

HELIAN NUNES DE OLIVEIRA

**USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E VULNERABILIDADE PARA
DST/HIV: ESTUDO PILOTO**

Belo Horizonte
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Minas Gerais
2006

HELIAN NUNES DE OLIVEIRA

**USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E VULNERABILIDADE PARA
DST/HIV: ESTUDO PILOTO**

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

Orientador: Prof. Mark Drew Crosland Guimarães
Co-orientadora: Prof^a. Carla Jorge Machado

Belo Horizonte
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Minas Gerais

2006

Oliveira, Helian Nunes de
O48u Usuários de serviços de saúde mental e vulnerabilidade para DST/HIV:
estudo piloto/Helian Nunes de Oliveira. Belo Horizonte, 2006.
189f.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas
Gerais. Faculdade de Medicina
Área de concentração: Saúde Pública. Epidemiologia
Orientador: Mark Drew Crosland Guimarães
Co-orientadora: Carla Jorge Machado
1.Reprodutibilidade de resultados 2.Projetos piloto 3.Doenças
sexualmente transmissíveis/epidemiologia 4.Pessoas mentalmente doentes
5.Fatores de risco 6.Saúde mental 7.Estudos transversais I.Título

NLM: WA 900
CDU: 614.2-036.22

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Prof^a. Ana Lúcia Almeida Gazzola

Vice-Reitor

Prof. Marcos Borato Viana

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. José Aurélio Garcia Bergmann

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Geraldo Brasileiro Filho

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Elza Machado de Melo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenador

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Sub-coordenadora

Prof^a Sandhi Maria Barreto

Colegiado

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof^a. Elizabeth Barboza França

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof^a. Maria Fernanda Furtado de Lima-Costa

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Elaine Leandro Machado

Lorenza Nogueira Campos

Paulo César Rodrigues Pinto Corrêa

Roberto Marini Ladeira



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640



UFMG

DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Mark Drew Crosland Guimarães, Carla Jorge Machado, Maurício de Assis Tostes e Francisco de Assis Acúrcio, aprovou a defesa da dissertação intitulada **“USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E RISCO PARA DST: VULNERABILIDADE E CONFIABILIDADE”** apresentada pelo mestrando **HELIAN NUNES DE OLIVEIRA** 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 07 de março de 2006.


Prof. Mark Drew Crosland Guimarães
Orientador


Profa. Carla Jorge Machado


Prof. Maurício de Assis Tostes


Prof. Francisco de Assis Acúrcio

Para Carol,
Beatriz e Arthur.

AGRADECIMENTOS

Mark Drew Crosland Guimarães

Carla Jorge Machado

Hélio Lauer de Barros

Lorenza Nogueira Campos

Maria das Graças Braga Ceccato

Palmira de Fátima Bonolo

Regina Capanema de Almeida

Aos estagiários do GPEAS (em especial a Carolina Ali Santos e Carlos Eduardo R.Gomes)

Esta investigação não teria sido possível sem o efetivo apoio das seguintes instituições:

GPEAS – Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde/DMPS/FM/UFMG

Faculdade de Medicina, DMPS, Curso de Pós-graduação em Saúde Pública – UFMG

Coordenação Técnica de Saúde Mental - Ministério da Saúde – MS

Programa Nacional de DST/aids – MS (Apoio financeiro: UNESCO/DST-DST-Aids
914/BRA/3014 – Projeto 169/03)

*“Toda a história é sempre
sua invenção
qualquer memória é sempre
um hiato no vazio.”*

*Leda Maria Martins
Os dias anônimos*

RESUMO

Os usuários de serviços de saúde mental (USM) têm sido descritos na literatura científica como população vulnerável ao HIV e outras DST – doenças sexualmente transmissíveis, entre elas a sífilis, hepatites B e C. No entanto, são necessários estudos e instrumentos confiáveis que descrevam comportamentos e situações de risco e fatores associados ao HIV e DST nesta população. Foi proposto pelo Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST/aids, Coordenação Técnica de Saúde Mental e Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS-DMPS-UFMG), um estudo multicêntrico abrangendo todas regiões do país (PROJETO PESSOAS). Foi desenvolvido um estudo piloto para avaliar a viabilidade, a confiabilidade e validade dos instrumentos, objeto desta dissertação. Participaram 90 usuários, selecionados aleatoriamente de um hospital psiquiátrico e de um centro de atenção psicossocial (CAPS) públicos. Os pacientes foram convidados para uma entrevista e realização de sorologias (HIV, Hepatite B e C e sífilis). Além da análise de confiabilidade, foram avaliados os perfis de vulnerabilidade observados através da entrevista utilizando a técnica Grade of Membership (GoM). A análise de confiabilidade indicou um índice kappa e coeficiente de correlação intraclasse (CCI) variando de razoável a excelente no intra e inter-avaliadores. A análise GoM utilizou 15 variáveis e gerou três perfis de vulnerabilidade mais consistentes. O perfil um refletiu principalmente uma alta proporção de mulheres, com 44 anos de idade ou mais, em união, que negaram história de DST, não utilizaram preservativos nos últimos 6 meses ou na última relação sexual, com história de algum tipo de violência sexual, que afirmaram não terem risco para “pegar aids”, com até 10 parceiros sexuais na vida, que negaram uso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas e troca de sexo por dinheiro ou drogas. O perfil dois abrangeu predominantemente homens, de 35 a 43 anos de idade, em união conjugal, com história de morador de rua e de DST, consumo de álcool, uso irregular de preservativo nos últimos 6 meses, recusa do parceiro em usar preservativo, que não utilizaram preservativo na última relação sexual, que relataram risco de “pegar aids”, com mais de 10 parceiros sexuais na vida, uso de drogas ilícitas na vida, uso de substâncias psicoativas durante relações sexuais e troca de sexo por dinheiro ou drogas. O perfil três foi composto por homens, de 18 a 34 anos de idade, solteiro ou com união no passado, que negaram história de serem moradores de rua ou história de DST ou consumo de álcool. Relataram sempre usar preservativo, inclusive na última relação, ou não tiveram parceiro sexual nos últimos 6 meses. Além disto, negaram recusa do parceiro em usar preservativo, relataram não terem risco de “pegar aids”, tiveram até 10 parceiros sexuais na vida, usaram drogas ilícitas na vida e negaram uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais. A aplicação do modelo de GoM ao questionário indicou perfis de vulnerabilidade em usuários da saúde mental compatíveis com a literatura. Este resultado, associado ao bom desempenho em relação à confiabilidade, indica a adequação do instrumento testado.

Palavras-chave: HIV, DST, psiquiatria, vulnerabilidade, confiabilidade, Grade of Membership, Fuzzy, metodologia de pesquisa, estudo piloto.

ABSTRACT

Mental ill patients (MIP) are known to be vulnerable to HIV and other sexually transmitted diseases (STD), e.g. syphilis, hepatitis B and C. However, well designed studies and reliable instruments that describe risk behavior and factors associated with HIV and STD in this population are still necessary. Thus, a multicenter study, sponsored by the AIDS National Program (PN-DST/AIDS Brasil) and the Mental Health Coordination, Ministry of Health, has been developed by the Research Group in Epidemiology and Health Care Evaluation, Federal University of Minas Gerais (GPEAS/FM/UFG), (PESSOAS PROJECT). A pilot study was conducted in order to assess feasibility, reliability and validity issues, object of this dissertation. The pilot study was conducted in one public psychiatric hospital and in one public mental health outpatient clinic. Participants were randomly selected (n=90) and invited for an interview and serology testing: HIV, hepatitis B and C and syphilis. In addition to a reliability analysis, vulnerability profiles were provided using Grade of Membership approach (GoM). Reliability assessment indicated kappa statistics and intraclass correlation coefficient (ICC) ranging from reasonable to excellent, both for intra and inter-raters. Final GoM analysis included 15 variables and generated three vulnerability profiles. The first profile mainly reflected a high proportion of adult women, living with a companion, who denied any past STD history, and reported lack of condom use in the last 6 months or in the last sexual intercourse. They also reported some kind of sexual violence, denied any risk of “acquiring AIDS”, had up to 10 sexual partners in their lifetime, and denied any illicit psychoactive substance use or exchange of sex for money or drugs. The second profile was predominantly composed of men, 35-43 years old, in conjugal union, with a history of homelessness and STD, alcohol use, irregular condom use in last the 6 months, sexual partner’s refusal to use condom. In addition, they reported not using condom in the last sexual intercourse, indicated some risk of acquiring AIDS, had more than 10 sexual partners in the life, used illicit drugs in their lifetime and psychoactive substance during sex and exchanged sex for money or drugs. The third profile consisted of men, 18-34 years old, single or in union in the past. In addition, they denied history of homelessness, STD or alcohol use, and reported always using condom or did not have sex in the last 6 months. They also denied refusal of the partner to use condom, used condom in the last sexual relation, indicated no risk of “acquiring AIDS”, had up to 10 sexual partners in their life, used illicit drugs in their lifetime and denied psychoactive substance use during sexual relations. The use of GoM model generated vulnerability profiles among mental ill patients compatible with the literature. This result, in addition to the reasonable reliability assessment, indicates the suitability of the tested instrument.

Keywords: HIV, STD, psychiatry, vulnerability, reliability, Grade of Membership, Fuzzy, research methodology, pilot study.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

FIG. 1	Diagrama do desenho do Projeto PESSOAS.	45
FIG. 2	Diagrama da avaliação do Estudo Piloto do Projeto PESSOAS.	46

LISTA DE TABELAS

TAB. 1	Principais fatores correlacionados aos comportamentos e situações de risco salientados na literatura científica que avalia usuários de serviços de saúde mental e a infecção pelo HIV e outras DST.	26
TAB. 2	Soroprevalência de hiv em estudos com usuários da saúde mental.	31
TAB. 3	Variáveis do instrumento utilizado nas entrevistas do Estudo Piloto do Projeto PESSOAS.	42
TAB. 4	Descrição das variáveis relacionadas à vulnerabilidade para infecção por HIV em pacientes psiquiátricos, de acordo com definições operacionais e categorias, Belo Horizonte, 2005.	49
TAB. 5	Recrutamento dos pacientes no estudo piloto, Projeto PESSOAS, 2003-2004.	55
TAB. 6	Distribuição da população elegível de acordo com a participação e características selecionadas (n=120), Projeto PESSOAS, 2003 - 2004.	56
TAB. 7	Distribuição da população elegível de acordo com a participação e principal diagnóstico psiquiátrico (n=120), Projeto PESSOAS, 2003 – 2004.	56
TAB. 8	Distribuição de frequência de variáveis sócio-demográficas selecionadas dos participantes (n=90).	57
TAB. 9	Distribuição de frequência de variáveis clínicas selecionadas dos participantes (n=90).	59
TAB. 10	Distribuição de frequência de variáveis de comportamentos e situações de risco participantes (n=90).	61
TAB. 11	Distribuição de frequência de variáveis relacionadas ao comportamento dos participantes durante a entrevista (n=90).	66

TAB. 12	Resultados das sorologias realizadas no estudo piloto do Projeto PESSOAS.	67
TAB. 13	Análise de confiabilidade intravaliador e interavaliador de variáveis selecionadas (teste-reteste). Projeto PESSOAS, 2003-2004	70
TAB. 14	Confiabilidade de variáveis contínuas utilizando o coeficiente de correlação intraclassa.	75
TAB. 15	Análise de confiabilidade de variável comparando entrevista e cartão de resposta. Projeto PESSOAS, 2003-2004.	75
TAB. 16	Estimativas de perfis pelo GoM, segundo categorias das variáveis e frequências, referentes a vulnerabilidade para HIV em USM no Estudo Piloto do Projeto PESSOAS (n=89).	78
TAB. 17	Perfis de vulnerabilidade para HIV em USM observados no Estudo Piloto de Projeto Multicêntrico no Brasil	79
TAB. 18	Avaliação para escolha do número de perfis através do modelo de GoM.	80
TAB. 19	Distribuição dos escores individuais – GoM (g_{ik}) ¹ para cada tipo puro (n=89).	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAd	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial – infantil
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América do Norte
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FM	Faculdade de Medicina
GoM	Grade of Membership
GPEAS	Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde
HbsAg	Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
HBV	Vírus da hepatite B
HCV	Vírus da hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
PESSOAS	Pesquisa de Soroprevalência de Aids em Saúde Mental
PTM	Portador de transtorno mental
SPA	Substância psicoativa
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USM	Usuário de serviços de saúde mental
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory
VHB	Vírus da hepatite B

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	20
3.2 O CONCEITO DE VULNERABILIDADE	20
3.3 A VULNERABILIDADE PARA DST ENTRE OS USM.....	21
3.4 PREVALÊNCIA DE DST EM USM.....	29
3.5 A CONFIABILIDADE EM ESTUDOS SOBRE DST EM USM	33
3.6 O MODELO DE GRADE OF MEMBERSHIP (GOM)	35
4 PROJETO PESSOAS	37
5 MATERIAIS E MÉTODOS	39
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO PILOTO	40
5.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO	40
5.3 ELABORAÇÃO E PREPARAÇÃO DO INSTRUMENTO	40
5.3.1 FASE INICIAL	40
5.3.2 FASE DE TESTAGEM DA ENTREVISTA	44
5.3.3 FASE FINAL	44
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	47
5.4.1 AVALIAÇÃO DE CONFIABILIDADE	47
5.4.2 AVALIAÇÃO DOS PERFIS DE VULNERABILIDADE	47
5.5 ASPECTOS ÉTICOS EM PESQUISA	50
6 RESULTADOS	51
6.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO PILOTO	52
6.2 CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO NO ESTUDO PILOTO	68
6.3 OS PERFIS DE VULNERABILIDADE COMPORTAMENTAL	76
7 DISCUSSÃO	81
7.1 ANÁLISE DE PROCEDIMENTOS	82
7.2 ANÁLISE DE CONFIABILIDADE	82
7.3 ANÁLISE DOS PERFIS DE VULNERABILIDADE PELO GOM	85
8 CONCLUSÃO	88
9 RECOMENDAÇÕES	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
APÊNDICES	104
APÊNDICE A: PROJETO DE PESQUISA DE DISSERTAÇÃO	105
ANEXOS	140
ANEXO A - FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	141
ANEXO B - CÓPIA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	143
ANEXO C - CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO	146
ANEXO D –APROVAÇÃO PELA CÂMARA.....	148
ANEXO E - QUESTIONÁRIO FINAL DO PROJETO PESSOAS	150

1 INTRODUÇÃO

O estudo de fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis tem sido foco das investigações epidemiológicas, principalmente após o advento do HIV (vírus da imunodeficiência humana) no início da década de 80. Os indivíduos e populações podem estar expostos a diferentes situações de risco para infecções como o HIV e outras DST (doenças sexualmente transmissíveis). Os grupos com maior vulnerabilidade para infecções devem ser identificados e avaliados para melhor intervenção em saúde, dentre estes grupos estão os usuários de serviços de saúde mental que são indicados como de elevado risco para HIV e outras DST por estudos como o de CURNOS & MCKINNON (1997), ROSENBERG *et al.* (2001) e ALMEIDA & PEDROSO (2004).

Assim, o Programa Nacional de DST/aids, a Coordenação Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde e o Grupo de do Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS-DMPS-UFGM) propuseram um Estudo Multicêntrico, o Projeto PESSOAS (Pesquisa de Soroprevalência de AIDS em Saúde Mental) para estimar a soroprevalência do HIV, sífilis, hepatite B e C em usuários de serviços de saúde mental - USM, avaliar os serviços de saúde participantes e os fatores e situações de risco associados às DST.

Nesta dissertação foram estudados dois aspectos referentes à avaliação de comportamento e situação de risco dos USM. Inicialmente, foi realizada uma análise de confiabilidade do questionário utilizado no Estudo Piloto do Projeto PESSOAS. Em seguida, procurou-se avaliar a importância de variáveis selecionadas na construção de perfis de vulnerabilidade e como estas se relacionam entre si.

Estas análises pretendem contribuir para obtenção de informações confiáveis e válidas no Projeto principal, e para identificação de grupos, onde possam ser direcionadas ações de saúde e intervenções.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a confiabilidade do questionário semi-estruturado destinado à investigação de comportamentos e situações de risco para infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) em usuários de serviços de saúde mental no Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Descrever aspectos sócio-demográficos, história clínica, comportamento e situação de risco, conhecimento e percepção sobre HIV/aids na população do Estudo Piloto do Projeto PESSOAS.
- 2.2.2 Avaliar a confiabilidade intravaliadores e interavaliadores do instrumento utilizado no Estudo Piloto do Projeto PESSOAS.
- 2.2.3 Avaliar a vulnerabilidade comportamental entre os usuários de serviços de saúde mental para infecção pelo HIV e outras DST, através de um modelo de classe latente, que é o Grade of Membership – GoM.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

O levantamento bibliográfico foi realizado através da Internet, nos bancos de dados MEDLINE e LILACS até 02 de novembro de 2005. Foram pesquisados trabalhos abrangendo os últimos quinze anos em línguas inglesa, espanhola e portuguesa. Utilizaram-se variações das palavras chave identificadas de forma isolada e/ou cruzadas: HIV, hepatite B (hepatitis B), hepatite C (hepatitis C), sífilis (syphilis), doenças sexualmente transmissíveis (sexually transmitted diseases), DST (STD), prevalência (prevalence), soroprevalência (seroprevalence), esquizofrenia (schizophrenia), bipolar (bipolar), psicoses (psychosis), risco (risk), transtorno mental (mental illness), Grade of Membership (GoM), vulnerabilidade (vulnerability) e confiabilidade (reliability).

3.2 O CONCEITO DE VULNERABILIDADE

O comportamento de risco para infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) é apontado na literatura científica como freqüente na população em geral. Porém, populações com precárias condições de vida, de saúde e em situações de isolamento, podem estar sujeitas a um maior risco (PARKER & CAMARGO JR. 2000).

O conceito de risco refere-se à chance de ocorrência de uma doença. O risco para DST é um dos mais complexos da epidemiologia, pois tem implicações importantes para a prevenção. O risco é aplicado para o planejamento e a implementação de ações que visem reduzir ou eliminar situações que afetem a saúde. No entanto, a caracterização por grupos de risco ou comportamento de risco pode ocasionar uma série de questões como o estigma e a negligência, que levam a intervenções inespecíficas e a culpabilização individual, além de apresentar limitações metodológicas (AYRES *et al.*, 2003).

Em busca de uma melhor contribuição na caracterização das relações do indivíduo e populações com um maior risco para infecções sexualmente transmissíveis, o paradigma da vulnerabilidade foi construído como uma referência para ações e estratégias nas áreas governamentais, acadêmicas e da sociedade civil organizada. Este conceito amplia a visão do risco e abre novas perspectivas para o conhecimento e intervenção no HIV/AIDS, expandindo

para áreas relacionadas (DELOR & HUBERT, 2000). Segundo os autores MANN *et al.* (1993) e AYRES *et al.* (1997), a vulnerabilidade traz uma série de elementos para avaliar cada pessoa ou populações quanto à chance de contaminação, e considera aspectos tanto individuais como sociais, que apresentem importância para alterar a exposição à infecção. A vulnerabilidade para infecção apresenta variações segundo o ambiente, os valores pessoais, níveis de exclusão social, cultural e econômica. Desta forma, vulnerabilidade, como é definido por AYRES *et al.* (1997) trata de um amplo esforço de produção de conhecimento e ações sobre a susceptibilidade de indivíduos e coletividades em relação às infecções sexualmente transmissíveis, em especial o HIV, integrando aspectos sociais, pragmáticos e individuais.

A vulnerabilidade para DST em usuários de serviços de saúde mental é apresentada em diversos estudos com ênfase no risco de infecção. Os principais trabalhos são apresentados nos itens abaixo.

3.3 A VULNERABILIDADE PARA DST ENTRE USM

As primeiras publicações que indicaram especificamente elevado risco para HIV e DST (doenças sexualmente transmissíveis) entre usuários de serviços de saúde mental (USM) foram apresentadas no início da década dos anos 90 (COURNOS *et al.* 1991; VOLAVKA *et al.*, 1991; SACKS *et al.*, 1992), sendo este achado confirmado em diversos estudos posteriores (COURNOS & MCKINNON, 1997; ROSENBERG *et al.*, 2001^a; KLINKENBERG *et al.*, 2003). A Tabela 1 apresenta uma sistematização dos principais fatores correlacionados aos comportamentos de risco em usuários de serviços de saúde mental.

Entre as mulheres portadoras de transtorno mental grave há maior relato de múltiplos parceiros na vida, sexo não protegido e troca de relações sexuais por dinheiro ou drogas (COVERDALE *et al.*, 1997; OTTO-SALAJ *et al.*, 1998; BUTTERFIELD *et al.*, 2003; COURNOS *et al.*, 1994; THOMPSON *et al.*, 1997; KIM *et al.*, 1992; DAVIDSON S. *et al.*, 2001). Estudos apontam uma maior frequência de troca de relações sexuais por bens também em moradores de rua (KLINKENBERG *et al.*, 2003; RAHAV *et al.*, 1998). Homens tiveram relação sexual com parceiros desconhecidos mais comumente (COVERDALE & TURBOTT,

2000) e indivíduos mais jovens foram associados com maior atividade sexual, (CAREY *et al.*, 1999; CHANDRA *et al.*, 2003; CURNOS *et al.*, 1994; MCKINNON *et al.*, 1996).

O uso de preservativos foi menos comum entre monogâmicos, mesmo em contexto de parceiros de alto risco (OTTO-SALAJ *et al.*, 1998; KIM *et al.*, 1992). É mais comum entre solteiros a troca de sexo por dinheiro ou drogas e história de múltiplos parceiros sexuais (BRUNETTE *et al.*, 1999; CAREY *et al.*, 2001 e 1999).

A maioria dos participantes nos estudos publicados teve relações sexuais no último ano. Usuários da saúde mental se envolvem mais em comportamentos de risco para infecção pelo HIV, comparados com populações demograficamente semelhantes. Os comportamentos de risco envolvem múltiplos parceiros, troca de relações sexuais por dinheiro ou drogas, sexo não protegido e uso de substâncias psicoativas, especialmente drogas injetáveis (KLINKENBERG *et al.*, 2003). A história de DST também é freqüente entre usuários de serviços de saúde mental (CAREY *et al.*, 2004).

CURNOS *et al.* (1991) observaram que nos USM com história de diagnóstico de esquizofrenia, 44,0% mantiveram contatos sexuais nos 6 meses anteriores ao estudo, 62,0% informaram múltiplos parceiros, 12,0% lembraram de contato sexual com portador de HIV ou UDI, 50,0% praticaram sexo por dinheiro, droga ou bens, 22,0% dos contatos foram entre o mesmo sexo e o uso de preservativo era incorreto e raro.

Aproximadamente 50% dos portadores de transtorno mental relataram envolvimento em pelo menos um comportamento de risco para HIV (SACKS *et al.*, 1992) (CAREY *et al.*, 1997). No entanto, CAREY *et al.* (1997) assinalam que o diagnóstico psiquiátrico sozinho não pode prever o risco, que parece ter mais relações com a gravidade da doença e os sintomas psiquiátricos apresentados pelo paciente.

Os sintomas psiquiátricos podem contribuir diretamente para maior incapacidade na proteção contra doenças sexualmente transmissíveis. O comprometimento cognitivo (CARMEN & BRADY, 1990) e as alterações psicopatológicas são indicados como uma influência nos comportamentos de risco (VOLAVKA *et al.*, 1991). As seqüelas dos transtornos mentais contribuem freqüentemente para o isolamento social e vidas instáveis financeiramente (STEINER *et al.*, 1992) (STEWART *et al.*, 1994). Portadores de transtorno mental residem

em maior proporção nas áreas urbanas, onde a infecção por HIV tem aumentado, e em locais que favorecem o contato com outros indivíduos de alto risco (CATES & GRAHAM, 1993) (RECTOR & SEEMAN, 1992), (ESSOCK *et al.*, 2003). Instabilidade financeira e pobreza também são associadas com aumento do risco devido à troca de sexo por comida, abrigo, drogas ou dinheiro (CARMEN & BRADY, 1990). Os portadores de transtorno mental que têm comorbidade com uso de substâncias psicoativas se tornam especialmente vulneráveis a infecção pelo HIV e hepatites B/C (COURNOS *et al.*, 1991; SACKS *et al.*, 1992; ROSEMBERG *et al.*, 2001^{a,b} e 2003), devido a comportamento sexual e história de uso de droga injetável (COURNOS *et al.*, 1991; SACKS *et al.*, 1990; VOLAVKA *et al.*, 1991; KELLY *et al.*, 1992).

O uso de drogas injetáveis aparece como fator de risco mais prevalente entre pessoas com transtorno mental grave em comparação com a população geral. Nos EUA a taxa de prevalência de uso de drogas injetáveis é de 1,4% na população geral, segundo National Household Survey on Drug Abuse (1995), comparado a estimativas de uso no último ano de 4 a 7 % e de 5 a 35% de uso na vida entre pessoas com doença mental grave (CAREY *et al.*, 1997). Além disso, o uso de drogas injetáveis parece aumentar os comportamentos sexuais de risco, incluindo número maior de parceiros sexuais por ano (ZAFRANI & MCLAUGHLIN, 1990), troca de sexo por dinheiro ou drogas (KALICHMAN *et al.*, 1994), relações sexuais com parceiros desconhecidos e de alto risco, e a não utilização de preservativos (SILBERSTEIN *et al.*, 1994; CAREY *et al.*, 1997^b; MCKINNON *et al.*, 1996).

Tem sido demonstrado também que pessoas com transtorno mental grave apresentam menos conhecimento sobre a infecção pelo HIV e vias de transmissão, além de acreditar que têm pouco ou nenhum risco para contrair a infecção. No estudo de GRASSI *et al.* (1999), somente 19,8% dos USM com diagnóstico de esquizofrenia indicaram adequado conhecimento sobre HIV/AIDS, comparadas com 80,5% de pessoas não portadoras de transtorno mental. Aproximadamente 50,0% dos portadores de transtorno mental acreditavam que não tinham risco para contaminação, enquanto somente 9,0% consideravam-se estar sob alto risco, a despeito de altas taxas de comportamento de risco no grupo (KALICHMAN *et al.*, 1994).

Os comportamentos de risco nos usuários de saúde mental podem ocorrer também no contexto de informação incorreta sobre a transmissão do HIV e secundariamente à percepção de não vulnerabilidade ao vírus. Estas situações foram frequentes no estudo realizado com 97

usuários de saúde mental de serviços ambulatoriais (KALICHMAN et al., 1994). Os indivíduos afirmaram ter pouco risco, apesar de somente 38,0% relatarem uso de preservativos no último ano e 29,0% nunca o terem utilizado. Além disso, 53,9% consumiram drogas ilícitas no último ano, 26,0% trocaram dinheiro ou drogas por relações sexuais, 18,0% receberam dinheiro ou drogas por sexo, 27,0% tiveram múltiplos parceiros no último ano e 8,0% relataram uso de drogas injetáveis pelo parceiro sexual.

KELLY et al. (1995), avaliaram 60 usuários de serviços ambulatoriais, a maioria com diagnóstico de esquizofrenia. Foi observado que 43,0% deles acreditavam que mulheres heterossexuais não “pegavam aids” e 45,0% que poderia se dizer que alguém pela aparência tinha aids. Neste grupo, muitos já trocaram relações sexuais por dinheiro, drogas ou um lugar para ficar, tiveram sexo casual e/ou combinado com o uso de álcool ou drogas e haviam 33% com história de sífilis, gonorréia, clamídia ou herpes genital. Por outro lado, CAREY et al. (1997) e OTTO-SALAJ et al. (1998) relataram que indivíduos com transtornos mentais envolvidos em comportamentos sexuais de risco relataram percepção de maior risco para infecção pelo HIV.

Usuários da saúde mental apresentam menos conhecimento sobre a infecção pelo HIV e as vias de transmissão do que a população em geral, a despeito das várias campanhas de massa realizadas pela mídia. GRASSI et al. (2001), em Ferrara, Itália, avaliaram 214 usuários de saúde mental, 114 estavam em regime de tratamento ambulatorial e os restantes internados. Um dos objetivos do estudo era o conhecimento dos USM sobre a transmissão do HIV e prevenção. O grupo foi analisado com controles que apresentavam idade e nível de escolaridade semelhante, recrutados de salas de espera em hospitais clínicos (foram excluídos indivíduos com história pregressa ou atual de transtorno mental). Os níveis de conhecimento sobre transmissão do HIV e prevenção entre os pacientes psiquiátricos foram menores do que aqueles do grupo controle. Além disso, os portadores de transtorno mental crônico ou esquizofrenia apresentaram menor conhecimento que os demais e concepções erradas sobre a transmissão do HIV e formas de prevenção foram mais frequentes nos internados com história de várias admissões e longa permanência.

CHUANG & ATKINSON (1996) em Calgary, Canadá, aplicaram um questionário com dez itens sobre formas de infecção pelo HIV, em 151 usuários da saúde mental, a maioria com diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno afetivo bipolar. Encontraram número significativo

de respostas erradas, principalmente quanto à possibilidade de contágio através da doação de sangue (40,0% de erro) e de somente um contato sexual de risco (25% de respostas erradas). Mais de 50% dos participantes tiveram um parceiro sexual no último ano e 33% indicaram que não insistiriam para seus parceiros utilizarem preservativos.

O conhecimento deficiente sobre Aids é apontado por VOLAVKA *et al.* (1992) como causa da falta de compreensão de um item do questionário aplicado. SHIELD *et al.* (2005) avaliaram 62 pacientes em Sidney, Austrália, no primeiro episódio psicótico. Os indivíduos apresentaram um bom conhecimento sobre DST, porém um pobre conhecimento sobre práticas sexuais de risco como o sexo anal e oral. O conhecimento maior sobre HIV/aids foi associado nos usuários de saúde mental com atividade sexual mais freqüente (MCKINNON *et al.*, 1996). Entretanto, STEINER *et al.* (1992), estudaram 50 pacientes admitidos em um hospital dia em Connecticut, EUA, e não encontraram relação entre o nível de conhecimento e a presença de fatores de risco.

Assim, a transmissão das DST é associada nesta população com atividade sexual desprotegida, uso de drogas injetáveis, múltiplos parceiros e troca de contato sexual por dinheiro ou drogas. Em geral, há correlação freqüente do maior risco para DST com fatores dos domínios sócio-demográficos e comportamentais, incluindo sexo, idade, situação conjugal, consumo de substâncias psicoativas, história de morador de rua e história de violência sexual, além da percepção do risco para DST.

Tabela 1: Principais fatores correlacionados aos comportamentos e situações de risco salientados na literatura científica que avalia usuários de serviços de saúde mental e infecção pelo HIV e outras DST.

FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	DESCRIÇÃO	AUTORES
Sexo	<i>Mulheres tinham mais comumente sexo não protegido.</i>	Butterfield <i>et al.</i> (2003) Cournos <i>et al.</i> (1994) Davidson S. <i>et al.</i> (2001) Kim <i>et al.</i> (1992) Otto-Salaj <i>et al.</i> (1998) Thompson <i>et al.</i> (1997)
	<i>Mulheres USM tinham múltiplos parceiros em maior frequência.</i>	Coverdale <i>et al.</i> (1997)
	<i>Homens USM tinham sexo com desconhecidos numa frequência maior.</i>	Coverdale & Turbott (2000)
Idade	<i>Mais jovens foram associados com maior atividade sexual.</i>	Carey <i>et al.</i> (1999) Chandra <i>et al.</i> (2003) Cournos <i>et al.</i> (1994) Mckinnon <i>et al.</i> (1996)
Situação conjugal	<i>O uso de preservativo era menos comum entre monogâmicos, até mesmo no contexto de parceiros de alto risco*.</i>	Kim <i>et al.</i> (1992) Otto-Salaj <i>et al.</i> (1998)*
	<i>Solteiros apresentaram múltiplos parceiros e troca de sexo por dinheiro ou drogas.</i>	Brunette <i>et al.</i> (1999) Carey <i>et al.</i> (1999, 2001)
História de morador de rua	<i>Maior frequência e duração da vivência na rua foi associada com sexo não protegido, relações sexuais com profissionais do sexo e desconhecidos.</i>	Rahav <i>et al.</i> (1998)
	<i>Maiores taxas de infecção por HIV</i>	Empfield <i>et al.</i> (1993) Silberstein <i>et al.</i> (1994) Klinkenber <i>et al.</i> (2003)

Tabela 1: Principais fatores correlacionados aos comportamentos e situações de risco salientados na literatura científica que avalia usuários de serviços de saúde mental e infecção pelo HIV e outras DST (continuação).

FATORES COMPORTAMENTAIS	DESCRIÇÃO	AUTORES
	<i>Tem história de DST com maior frequência.</i>	Carey <i>et al.</i> (2004) Mckinon <i>et al.</i> (2001)
História de transtorno mental devido ao uso de substâncias psicoativas	<i>Risco de HIV associado.</i>	Carey <i>et al.</i> (2001) Chandra <i>et al.</i> (2003) Weinhardt <i>et al.</i> (2001)
	<i>História de tratamento de abuso de substância é associado a Risco para HIV.</i>	Weinhardt <i>et al.</i> (1998)
	<i>Maiores taxas de infecção por HIV.</i>	Empfield <i>et al et al.</i> (1993) Silberstein <i>et al.</i> (1994)
História de consumo de álcool	<i>O uso de substâncias foi associado com relações sexuais não protegidas.</i>	Menon & Pomerantz (1997) Sacks & Dermatis (1994) Susser <i>et al.</i> (1995)
	<i>Risco de HIV foi associado ao uso de álcool.</i>	Carey <i>et al.</i> (1999, 2001) Kalichman <i>et al.</i> (1994) Otto-Salay <i>et al.</i> (1998) Rosenberg <i>et al.</i> (2001) Weinhardt <i>et al.</i> (2001)
	<i>Uso de álcool indiretamente associado como o risco de HIV através do uso de drogas.</i>	Rosenberg <i>et al.</i> (2001)
História de consumo de drogas ilícitas	<i>Risco de HIV foi associado ao uso de drogas ilícitas.</i>	Carey <i>et al.</i> (2001) Kalichman <i>et al.</i> (1994) Rosenberg <i>et al.</i> (2001)
Relações sexuais quando intoxicado por substâncias psicoativas	<i>Risco de HIV associado a ter sexo quando intoxicado.</i>	Weinhardt <i>et al.</i> (2001) Kalichman <i>et al.</i> (1994)
Número de parceiros sexuais na vida e troca de relações sexuais por dinheiro, drogas ou outros bens	<i>Múltiplos parceiros não foi associado a aumento do uso de preservativo.</i>	Cournos <i>et al.</i> (1994) Knox <i>et al.</i> (1994)
	<i>Associação de múltiplos parceiros com troca de sexo por dinheiro ou drogas.</i>	Cournos <i>et al.</i> (1994)
	<i>Envolvem-se mais frequentemente em trocas de sexo por dinheiro ou drogas.</i>	Goodman & Fallot (1998)
História de violência sexual	<i>Maior risco indireto de HIV pelo abuso de drogas.</i>	Rosenberg <i>et al.</i> (2001)
	<i>Maior exposição a traumas foi relacionado a aumento do risco para HIV.</i>	
	<i>Há associação entre vitimização da portadora de transtorno mental grave com aumento de comportamentos de risco para HIV.</i>	Goodman <i>et al.</i> (1997)

Tabela 1: Principais fatores correlacionados aos comportamentos e situações de risco salientados na literatura científica que avalia usuários de serviços de saúde mental e infecção pelo HIV e outras DST (continuação).

FATORES RELACIONADOS A PERCEPÇÃO DE RISCO /CONHECIMENTO	DESCRIÇÃO	AUTORES
Percepção de risco	<i>Indivíduos envolvidos em comportamentos sexuais de risco relataram percepção de maior risco para HIV.</i>	Carey <i>et al.</i> (1997) Otto-Salaj <i>et al.</i> (1998)
	<i>Usuários de saúde mental relataram baixa percepção de risco, apesar de apresentarem situações e comportamentos de risco</i>	Kelly <i>et al.</i> (1995) Kalichman <i>et al.</i> (1994)

3.4 PREVALÊNCIA DE DST EM USM

As infecções pelo HIV e outras DST são pouco estudadas entre os usuários de saúde mental, porém as taxas encontradas são altas. Nos trabalhos publicados as proporções de infecção pelo HIV oscilam entre zero a 22,9%, segundo a metodologia, amostra ou local do estudo (Tabela 2). Em pesquisas realizadas nos Estados Unidos - EUA, calcula-se uma taxa média de 7,0% de infecção por HIV (KLINKENBERG *et al.*, 2003), ou seja, mais do que 10 vezes a taxa observada na população em geral, que é de 0,6% (UNAIDS, 2002). Os usuários de saúde mental internados que apresentavam comorbidade com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e moradores de rua tiveram as maiores taxas (SILBERSTEIN *et al.*, 1994; SUSSER *et al.*, 1993).

Existem poucos dados sobre as taxas de doenças sexualmente transmissíveis que não HIV/aids, como a sífilis e as hepatites B e C, porém os resultados iniciais são preocupantes. ROSENBERG *et al.* (2001^b) em um estudo com 931 pacientes internados ou ambulatoriais, encontrou taxas de 23,4% de positividade para hepatite B e 19,6% para hepatite C. KLINKENBERG *et al.* (2003) ao avaliar 172 usuários de saúde mental moradores de rua com transtorno de uso de substâncias psicoativas associado, verificou que 33,0% apresentaram evidência de exposição prévia ao vírus da hepatite B, 30,0% estavam com anticorpos positivos para o vírus da hepatite C, 43,9% eram reativos para um dos vírus e 18,4% para ambos. BUTTERFIELD *et al.* (2004) estudaram 376 militares veteranos com transtornos mentais, internados em unidade psiquiátrica, e verificaram taxas de prevalência de 21,0% para VHB e 18,9% para VHC.

No Brasil, apesar de existir um número menor de trabalhos, há indícios também que as taxas de HIV e DST são altas nos usuários de serviços de saúde mental. Em pesquisa com 314 pacientes de um hospital psiquiátrico público, no período de junho de 1997 a outubro de 2000, com pelo menos um comportamento ou situação de risco e que concordaram em realizar avaliação sorológica, registraram-se taxas de soropositividade de 1,6% para anti-HIV, 7,0% de VDRL, 19,7% de anti-HBc e 5,7% de anti-HCV (ALMEIDA, 2004). Já SOUZA *et al.* (2004), em estudo com 433 indivíduos, sendo 408 portadores de transtornos mentais e internos em instituições psiquiátricas, sendo 71 com dependência química e 25 eram indivíduos com síndrome de Down não institucionalizados, observou soropositividade para o VHB de 22,4% e 1,6% deles eram positivos para HbsAg.

Um dado importante sobre possíveis efeitos da prevalência de HIV em USM, é que a infecção pelo HIV/aids associada ao transtorno psiquiátrico aumenta consideravelmente os gastos com tratamento, sendo calculada em cerca de \$13.800 por indivíduo/ano (em dólares norte-americanos). Para os pacientes em tratamento somente de aids é em torno de \$7.400 por pessoa e em pacientes apresentando apenas transtorno psiquiátrico é cerca de \$5.800,00 (ROTHBARD *et al.*, 2003).

Vale ressaltar que como estes estudos apresentam amostras de diferentes grupos de usuários de serviços de saúde mental, não é possível uma comparabilidade adequada ou extrapolação de resultados para a população em geral de USM.

Tabela 2 : Soroprevalência de HIV em estudos com usuários da saúde mental.

AUTORES	ANO DO ESTUDO	POPULAÇÃO DE PACIENTES	TAMANHO DA AMOSTRA	TIPO DE ESTUDO	LOCAL	EVENTO ESTUDADO	SOROPREVALÊNCIA PARA HIV (%)
Chen (1994)	-	Admitidos para internação (dois grandes hospitais)	834	Soroprevalência	Taipei (Taiwan)	HIV	0
DiNardo <i>et al.</i> (1995)	1989-92	Internados (um hospital psiquiátrico)	206	Soroprevalência	Rieti (Itália)	HIV HCV HBV	0 0,42 (HCV) 0,99 (HBV)
Almeida & Pedroso (2004)	1997-2000	Internados (um hospital público)	314	Transversal pacientes em comportamento de risco	Belo Horizonte (Brasil)	HIV HCV HBV VDRL	1,6 (n=5) 19,7 (HBV) 5,7 (HCV) 7,0 (VDRL)
Chandra <i>et al.</i> (1996)	1994	Internados	2139	Soroprevalência	Bangalore (Índia)	HIV	1,6 (n=34)
Meyer (2003)	2001	Pacientes psiquiátricos adultos ^{2,3} (hospital público)	535 (23,3 % não foram testados para HIV)	Revisão de prontuários de 1999 a abril de 2001	Oregon (EUA)	HIV HCV HBV HAV	2,6 (n=14) 20,3 (HCV) 35,9 (HAV) 49,5 (HBV)
Rosenberg <i>et al.</i> (2001)	1997-98	ambulatoriais e internados	931	Soroprevalência	Multicêntrico (EUA)	HIV HBV HCV	2,7 (n=25) 19,6 (HCV) 23,4 (HBV)
Meyer, McKinnon <i>et al.</i> (1993)	1990	internados ^{1,3} (hospital público)	199	Soroprevalência	New York (EUA)	HIV	4,0 (n=8)
Naber <i>et al.</i> (1994)	1985-93	Admitidos em internação	623	Soroprevalência durante período de 8 anos	Munique (Alemanha)	HIV	4,9 (n=30)
Cournos <i>et al</i> (1994)	1991	Internados (dois hospitais públicos)	962	Soroprevalência	New York (EUA)	HIV	5,3 (n=51)
Schwartz-Watts <i>et al.</i> (1995)	1993-94	Internados e Judiciários	223	Soroprevalência	Carolina do Sul (EUA)	HIV	5,4 (n=12)
Cournos <i>et al.</i> (1991)	1989-91	Admitidos consecutivamente para internação	451	Soroprevalência ⁴	New York City (EUA)	HIV	5,5 (n=25)
Meyer <i>et al.</i> (1993)	1989-91	Pacientes internados ³ , indigentes	87	Soroprevalência	New York City (EUA)	HIV	5,8 (n=5)
Stewart <i>et al.</i> (1994)	1990-91	Novos pacientes ambulatoriais ou Internados	533	Soroprevalência	Baltimore (EUA)	HIV	5,8 (n=31)
Klinkenberg <i>et al.</i> (2003).	2000	Moradores de rua com PTM e uso de substâncias	172	Soroprevalência em um estudo longitudinal	St.Louis (EUA)	HIV HCV HBV	6,2% (n=11) 30,0 (HCV) 32,5 (HBV)

Notas: (1) excluíram demências e abuso de substâncias psicoativas; (2) sem retardo mental, não idoso; (3) longa permanência; (4) revisão de arquivos hospitalares para comportamentos de risco.

Tabela 2: Soroprevalência de hiv em estudos com usuários da saúde mental (continua).

Empfield <i>et al.</i> (1993)	1989-91	Admitidos para internação e moradores de rua (hospital público)	203	soroprevalência	New York (EUA)	HIV	6,4 (n=13)
Lyketsos <i>et al.</i> (1993)	1992	Internados	534	Soroprevalência	Baltimore (EUA)	HIV	6,8 (n=36)
Sacks <i>et al.</i> (1992)	1989-90	Novas admissões voluntárias para internação em hospital privado	350	Soroprevalência e fatores de risco	New York City (EUA)	HIV	7,1 (n=25)
Volavka <i>et al.</i> (1991)	1990-91	Admitidos consecutivamente para internação (hospital público para indigentes)	515	Soroprevalência e fatores de risco	New York City (EUA)	HIV	8,9 (n=46)
Lee <i>et al.</i> (1992)	-	Admissões consecutivas em hospital filantrópico	125	Soroprevalência	New York City (EUA)	HIV	16,3 (n=22)
Susser <i>et al.</i> (1993)	-	Pacientes ambulatoriais masculinos, moradores de rua	62 (esquizofrênicos e bipolares)	Soroprevalência	New York City (EUA)	HIV	19,4 (n=12)
Silberstein <i>et al.</i> (1994)	1991	Pacientes ambulatoriais (hospital público)	118	Soroprevalência	New York City (EUA)	HIV	22,9 (n=27)

3.5 A CONFIABILIDADE EM ESTUDOS SOBRE DST EM USM

Os estudos sobre o impacto da epidemia da AIDS em pacientes com transtornos mentais crônicos têm focalizado na descrição da soroprevalência do HIV, comportamentos de risco e estratégias de prevenção. A recomendação da “National Institute of Mental Health National Conference” para pesquisas com HIV, aids, e transtornos mentais graves (MCKINNON *et al.*, 1997) é que as pesquisas se preocupem com a confiabilidade e validade dos dados obtidos, principalmente quanto ao comportamento sexual e uso de drogas, e que desenvolvam novos métodos de avaliação do risco de infecção para estes pacientes.

A confiabilidade e validade de avaliações do comportamento sexual são consideradas como o maior desafio para a pesquisa comportamental em HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis - IST. Há uma falta de consenso na comunidade científica em relação à validade relativa das medidas de risco para HIV e comportamentos relacionados ao sexo e uso de drogas, como, por exemplo, os questionários de autopreenchimento, marcadores biológicos e a incidência de IST (AUERBACH & COATES, 2000; WEINHARDT *et al.*, 1998).

A validade e a confiabilidade dos instrumentos podem ser afetadas pela psicopatologia dos transtornos mentais, segundo VOLAKVA *et al.* (1991). No entanto, um estudo realizado nesta população pelos autores, apresenta resultados de confiabilidade e validade favoráveis. Estudos posteriores observaram a possibilidade de realização de pesquisas entre usuários de saúde mental, considerando-se a confiabilidade dos relatos (SOHLER, 2000; MCKINNON, 1993; CAREY, 2001; MAHLER, 1995; ROSEMBERG *et al.*, 2003; KALICHMAN *et al.*, 1994).

Existem limitações metodológicas importantes nos estudos de avaliação da infecção por HIV em usuários de saúde mental - USM. Muitos dos estudos de risco de HIV entre USM utilizaram amostras pequenas (CAREY *et al.*, 1997) e as definições foram pouco consistentes para comportamentos de alto risco (KALICHMAN *et al.*, 1996). Alguns estudos têm categorizado indivíduos como de alto risco versus um baixo risco baseado em um único ou específico comportamento de risco (KELLY *et al.*, 1995). Outros estudos têm baseado o nível de risco pelo número de comportamentos de risco, desconsiderando comportamentos específicos, tais como o uso de droga injetável (CAREY *et al.*, 1997^b). Existem, ainda, outras pesquisas que produzem indicadores através da combinação de comportamentos de risco (KALICHMAN *et al.*, 1996). A falta de consistência da produção científica é exacerbada

pelo uso de diferentes períodos de tempos nos diversos estudos, o alto risco pode ser definido em relação a comportamentos ocorridos durante o mês anterior, no último ano ou durante a vida.

Além disso, a maioria dos estudos em pacientes psiquiátricos envolve somente HIV, alguns hepatites B ou C, ou ambas doenças e há poucas pesquisas sobre sífilis. Há carência de informações que identifiquem as barreiras para melhores práticas de prevenção nesta população e para organização de intervenções adequadas à realidade destes indivíduos. Estas ações necessitarão de avaliação do impacto sobre a prevalência do HIV e outras DST, pois a eficácia de intervenções para reduzir o risco para infecção por HIV em pessoas com transtorno mental grave, tem apresentado sucesso limitado (JOHNSON-MASOTTI *et al.*, 2003; ROSENBERG *et al.*, 2004; BRUNETTE *et al.*, 2003).

A maioria dos dados conhecidos e divulgados sobre comportamentos, riscos, HIV/Aids, sífilis e hepatites B e C em portadores de sofrimento mental são originários de trabalhos norte-americanos. No Brasil não se tem conhecimento de publicações de estimativas confiáveis entre USM sobre estas infecções. Faltam padronização, testagem de instrumentos, amostras representativas, confiabilidade e validade na metodologia de pesquisa. Há necessidade de realização de estudos e desenvolvimento de instrumentos que descrevam comportamentos e fatores associados a uma maior vulnerabilidade nesta população. Esta condição se relaciona mais amplamente com o perfil sócio-demográfico, situações de risco e a atenção à saúde oferecida pelo sistema público (MANN & OLIVEIRA, 2002; ALMEIDA, 2002). A vulnerabilidade individual envolve tanto uma dimensão cognitiva (acesso a informações e serviços) quanto a comportamental (características pessoais e habilidades pessoais). Além disto, são essenciais estudos sorológicos representativos que produzam estimativas de prevalência para HIV, sífilis e hepatites virais.

Estudos com melhor confiabilidade terão como resultado melhores dados e conhecimentos sobre os usuários de saúde mental e conseqüentemente uma maior possibilidade de avaliar intervenções para reduzir DST nesta população. Espera-se um impacto importante sobre o futuro da infecção no país, inclusive sobre gastos diretos e indiretos, desde anos de vida perdidos, até em relação aos tratamentos oferecidos e ao financiamento do sistema de previdência.

3.6 O MODELO DE GRADE OF MEMBERSHIP (GoM)

A vulnerabilidade desta população pode ser considerada um traço latente, i.e., que para se conhecer o pesquisador depende de outras variáveis que indiquem a condição ou característica. Assim, o estudo da vulnerabilidade é possível de forma indireta, através de itens que forneçam informações sobre comportamentos e situações de risco. A heterogeneidade da população deve ser considerada ao avaliar a participação de cada indivíduo e a informação de cada item na construção do perfil de vulnerabilidade. Isto significa dizer que pode haver grupos distintos na população, típicos, mas que nem todos os indivíduos, necessariamente, devem ter similaridade total a um único grupo, apresentando, assim, graus de similaridade que podem ser parciais a mais de um conjunto.

O Modelo de Grade of Membership – GoM, ou grau de pertinência, é uma técnica de classificação multivariada, baseada na teoria dos conjuntos nebulosos (fuzzy sets), que visa superar a teoria clássica dos conjuntos (crisp sets), onde se apresenta o problema da classificação limitada a um único conjunto. Esta teoria de conjuntos nebulosos permite uma aproximação maior do mundo real, onde existe algum grau de “nebulosidade” ou de “inexatidão”, podendo um indivíduo ser classificado em diferentes grupos ou perfis através de escores atribuídos (graus de pertinência) a cada um dos perfis (MANTON, WOODBURY & TOLLEY, 1994).

O GoM fornece informações sobre classificação na forma de “tipos puros”, denominados pelo símbolo λ_{kjl} (lambda), que representa a probabilidade de que o nível de comportamento l da variável j será atribuído a alguém com completa pertinência ao perfil k . O modelo também atribui aos indivíduos graus de pertinência em cada um destes tipos puros através de um parâmetro chamado g_{ik} (g – grau de pertinência, i – indivíduo e k tipo puro), que varia de 0.0 (completa falta de pertinência a um grupo) a 1.0 (pertinência total a um grupo). A maioria dos indivíduos geralmente pertence a mais de um grupo. O GoM possibilita não apenas que se conheça esses conjuntos ou perfis extremos da população, mas também avalia a heterogeneidade individual, através de um parâmetro para cada indivíduo da população, que representa o grau de pertinência de cada indivíduo a cada perfil formado.

Este modelo de análise já foi aplicado em várias situações, como em um estudo avaliando a vulnerabilidade entre pacientes iniciando o tratamento anti-retroviral (BONOLO *et al.*, 2005). BEISER, CARGO & WOODBURY (1994) mostraram as potencialidades do modelo GoM para estabelecer equivalências psicopatológicas nos pacientes de diferentes grupos etnoculturais. Em um estudo piloto internacional, patrocinado pela Organização Mundial de Saúde, MANTON *et al.* (1994) mostraram que uma classificação psiquiátrica baseada no modelo GoM identificou com maior clareza pontos fundamentais do processo do transtorno mental, do que classificações baseadas em outros modelos multivariados convencionais. CASSIDY *et al.* (2001), por exemplo, apresentaram a utilidade do GoM para validar os subtipos de mania no transtorno afetivo bipolar. SZÁDÓCZKY *et al.* (2002), estudaram os padrões de sintomas depressivos e ansiosos, encontrando resultados que demonstraram a heterogeneidade dos quadros na comunidade.

Podem ser encontradas ainda outras importantes aplicações do modelo GoM nas áreas de mortalidade em saúde (PEREIRA, 2005). SAWYER & BELTRÃO (1992) investigaram perfis de famílias mais saudáveis e menos saudáveis. MACHADO (1997) utilizou o modelo GoM para definir perfis de morbimortalidade para menores de um ano, no estado de São Paulo, tendo em vista a similaridade dos indivíduos a dois ou mais perfis de condições mórbidas.

O estudo de vulnerabilidade a determinadas doenças como a AIDS é, sem dúvida desafio bastante atual para pesquisadores da área da saúde. A identificação de perfis de vulnerabilidade de populações das regiões Nordeste e Sudeste brasileiras foi feita por BARBOSA (2001), com o uso do modelo GoM, a partir de um conjunto de atributos pessoais e comportamentais dos indivíduos, bem como de características das comunidades em que os mesmos se inserem.

AYRES *et al.* (2003) aponta a lógica fuzzy como um notável progresso dos recursos computacionais, capaz de fortalecer a vocação do quadro da vulnerabilidade para melhor configurar a modelagem epidemiológica, ao “*resgatar a dignidade epistemológica das relações partes-todo na apreensão teórica dos fenômenos da saúde coletiva*”. Não há registro de estudo publicado relacionado à análise de perfis de vulnerabilidade em usuários de saúde mental utilizando o GoM.

4 PROJETO PESSOAS

O Projeto PESSOAS (Pesquisa de Soroprevalência de AIDS em Saúde Mental) é um Estudo Multicêntrico Nacional de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatites B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental sob a coordenação do Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS-DMPS-UFMG) com o apoio do Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST/AIDS e Coordenação Técnica de Saúde Mental.

Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, com o objetivo de investigar aspectos da vulnerabilidade para infecção pelo HIV e outras DST em usuários de serviços de saúde mental no Brasil, por meio de entrevista semi-estruturada, pesquisa em prontuário, coleta de sangue e testagem sorológica (ELISA e Western-Blot para o Anti-HIV; HbsAg, Anti-Hbc total e Anti-Hbs para hepatite B; Anti-HCV para hepatite C; VDRL e FTA-Abs para sífilis), aplicação de questionário sobre serviços e um enfoque qualitativo complementar. Serão avaliados 3.400 pacientes hospitalizados ou inscritos em serviços substitutivos, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), excluindo Centros de Atenção para Usuários de Álcool e outras Drogas e Centros de Atenção para Infância e Adolescência (CAPSad e CAPSi). Os pacientes serão selecionados de 26 instituições, ponderando por região do país, tipo de serviço de saúde mental e distribuição de casos de Aids notificados (GUIMARÃES *et al.*, 2004). Os usuários de serviços de saúde mental serão convidados a participar do estudo e serão incluídos após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Foi realizado um estudo piloto preliminar para avaliar a viabilidade e os instrumentos deste estudo. Esta dissertação enfoca um dos aspectos do piloto, i.e, a avaliação da entrevista semi-estruturada, quanto à confiabilidade e perfis de vulnerabilidade captados pelo instrumento.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO PILOTO

Trata-se de uma pesquisa de corte transversal realizada em uma amostra de pacientes de dois serviços de referência na área de Saúde Mental (Centro de Referência em Saúde Mental Pampulha - CERSAM PAMPULHA – da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte -PBH e Hospital Galba Velloso - HGV - da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG). A aplicação dos questionários foi realizada durante os meses de outubro a novembro de 2003.

5.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população foi de usuários de serviços de saúde mental, adultos (com 18 anos de idade ou mais), internados em um hospital psiquiátrico público estadual (há pelo menos sete dias) ou em acompanhamento em um serviço substitutivo (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS). Considerando os objetivos do estudo preliminar, foi selecionada uma amostra de 45 pacientes em cada instituição, totalizando 90 participantes. A seleção dos participantes ocorreu de forma aleatória em ambos os serviços. No CAPS, um a cada quatro pacientes era abordado por membro da equipe e convidado a participar. Já no hospital psiquiátrico, os leitos foram listados e procedeu-se sorteio aleatório dos pacientes a serem convidados. Foi necessário estender a fase de recrutamento em aproximadamente uma semana, em ambos os serviços, para que se completasse o objetivo proposto de 90 entrevistas iniciais.

5.3 ELABORAÇÃO E PREPARAÇÃO DO INSTRUMENTO

5.3.1 FASE INICIAL

Para construção do instrumento e protocolos da pesquisa foram realizadas reuniões com grupo de especialistas vinculados ao tema, para formatação de versão preliminar (Figura 1 e 2). Foi aplicado um pré-teste visando avaliar seqüência, tempo e abrangência das entrevistas. Nesta fase preliminar foram realizadas seis entrevistas em cada serviço. As perguntas foram aplicadas para fins de validade relativa, procurando-se garantir a compreensão por parte do participante e abordagem com ele sobre a terminologia específica de questões específicas (uso

de drogas, DST, violência e prática sexual). Caso o mesmo não conseguisse compreender a pergunta, esta era reformulada até atingir clareza na compreensão.

A entrevista semi-estruturada foi organizada em perguntas fechadas e abertas (vide anexo com questionário utilizado no estudo piloto), sendo dividida em 4 partes (Tabela 3): a primeira parte é destinada às características sócio-demográficas, a segunda coleta a história clínica, a terceira pesquisa o comportamento/situação de risco e na quarta parte o conhecimento/percepção de risco sobre HIV/aids. Além disso, houve também uma quinta parte, destinada para pesquisa de dados em prontuário. Também foram criados anexos de elegibilidade, de participação e agendamento para orientar o trabalho do entrevistador e organizar os procedimentos relacionados ao estudo, juntamente com um manual instrutivo.

Após a fase preliminar, o instrumento foi reavaliado pelo grupo de especialistas tendo sido preparada versão 1.0 para ser testada no estudo piloto (vide anexo com cópia do questionário final).

Tabela 3 - Variáveis do instrumento utilizado nas entrevistas do Estudo Piloto do Projeto PESSOAS.

Parte do Instrumento	Variáveis
<i>Parte 1: Dados sócio-econômicos</i>	Tipo de entrevista; horário do início da entrevista (duração); naturalidade; residência atual; tempo de residência atual; cor; data do nascimento; sexo; idade; estado civil ; existência e quantidade de filhos; alfabetização; escolaridade; renda nos últimos 6 meses; principal fonte de renda; tempo de benefício ou aposentadoria; ocupação principal; parcela da renda que fica com o indivíduo; renda individual no último mês; renda familiar no último mês; nº de cômodos da residência; história de morador de rua ; se mora sozinho; familiares com quem mora; nº de pessoas que vivem na casa; plano de saúde; pertencimento a religião; se é religioso praticante.
<i>Parte 2: História clínica</i>	História de internação psiquiátrica; nº de internações; idade da primeira internação; frequência ao CAPS na última semana; história de interrupção do tratamento por conta própria; uso de psicofármacos; conhecimento do uso de psicofármacos; nome dos psicofármacos; queixas em relação aos psicofármacos; história de outras problemas de saúde; história de transfusão sanguínea; história de hemofilia ou desordem da coagulação; vacinação contra hepatite B; história de DST ; história de percepção de úlcera ou ferida genital/anal, corrimento vaginal e verrugas genitais/anais nos últimos 12 meses ou na vida; diagnóstico por profissional médico ou de saúde de sífilis, herpes genital/anal, cancro mole, gonococcia, infecção por clamídia, lingogranuloma venéreo, condiloma ou outros nos últimos 12 meses ou na vida.
<i>Parte 3: Comportamento e situação de risco</i>	Tabagismo atual; idade do início do tabagismo; nº de cigarros consumidos por dia; se fuma dentro do hospital ou CAPS; como consegue cigarros dentro da instituição de tratamento; história progressiva de tabagismo; idade que começou a fumar pela primeira vez; nº de cigarros que costumava fumar; história de consumo de álcool ; idade do início do consumo de álcool; frequência do consumo de álcool no último mês para pacientes do CAPS ou antes de internar para os hospitalizados; consumo de álcool dentro da instituição de tratamento; como obtêm álcool dentro da instituição de tratamento; consumo de maconha, cocaína, crack, alucinógenos, comprimidos, opiáceos, solventes ou outros nos últimos 12 meses ou na vida ; último período que consumiu e a frequência do consumo; história de uso de droga injetável; drogas que injetou; último período que injetou droga; história de compartilhamento de seringas; período em que ocorreu compartilhamento de seringas; história de experimentação de drogas dentro da instituição de tratamento; história de relação sexual; idade da primeira relação sexual; idade de início de relações sexuais regulares; sexo do parceiro na primeira relação sexual; atração sexual segundo o gênero; prática sexual segundo o gênero; tipo de prática sexual preferida; nº de parceiros homens nos últimos 6 meses e na vida; nº de parceiras mulheres nos últimos 6 meses e na vida ; frequência do uso de preservativo na vida; frequência do uso de preservativo nos últimos seis meses; história de recusa do parceiro em utilizar preservativo ; motivo da recusa para utilizar preservativo; frequência do uso de drogas durante relação sexual; frequência do uso de álcool durante relação sexual ; última vez que teve relação sexual antes da internação; uso de preservativo na última relação sexual antes de internar; local onde teve a última relação sexual antes de internar; parceiro com quem teve a última relação sexual antes de internar; história de relação sexual dentro da instituição de tratamento; gênero com quem teve relação sexual dentro da instituição de tratamento; uso de preservativo na relação sexual dentro da instituição; local na instituição que teve relação sexual; com quem teve relação sexual dentro da instituição; história de troca de sexo por dinheiro ou drogas; história de troca de dinheiro ou drogas por sexo ; história de violência verbal; frequência que aconteceu a violência verbal; quem praticou a violência verbal; onde ocorreu a violência verbal; história de violência física; frequência que aconteceu a violência física; quem praticou a violência física; onde ocorreu a violência física; história de violência sexual ; frequência que aconteceu a violência sexual; quem praticou a violência sexual; onde ocorreu a violência sexual; história de prisão; motivo da prisão; período da prisão; local da prisão.

Nota: Em negrito estão as variáveis utilizadas na avaliação de vulnerabilidade.

Tabela 3 - Variáveis do instrumento utilizado nas entrevistas do Estudo Piloto do Projeto PESSOAS (continuação).

Parte do Instrumento	Variáveis
<i>Parte 4: Conhecimento e percepção sobre HIV/AIDS</i>	Se já ouviu falar sobre aids ou HIV; quando ouviu falar sobre aids pela primeira vez; definição pessoal de aids; opinião de como se pega a aids; se a aids destrói a defesa do organismo, pode pegar pelo sangue contaminado, pode pegar esperma contaminado, pode pegar através do abraço, pode pegar pela picada de inseto; pode pegar em hospitais, tem tratamento, atinge só o sexo masculino, pode ser evitada por vacina; é causada pelo vírus HIV e é transmitida pela relação sexual; se já fez exame para aids; se soube o resultado; qual foi o resultado do exame; opinião sobre o risco pessoal de pegar aids ; motivo do risco pessoal relatado; se soube ler o cartão; lendo o cartão, atração sexual segundo o gênero e prática sexual segundo o gênero.
<i>Término da entrevista</i>	Horário do término da entrevista (duração); data da entrevista; nº de tentativas de realização da entrevista; se o paciente apresentou alguma atividade delirante durante a entrevista; se o paciente durante a entrevista estava tranqüilo, inquieto, interessado, desinteressado, cooperativo, desorganizado, sonolento, hostil e outros; se a entrevista teve que ser interrompida; motivo da interrupção; se o prontuário do paciente está disponível para pesquisa; nome do entrevistador.
<i>Parte 5: Pesquisa de dados no prontuário</i>	Data da internação atual ou início da frequência ao CAPS; naturalidade; cor; data do nascimento; idade; escolaridade; tipo de acompanhamento do paciente (CAPS); três últimos diagnósticos psiquiátricos registrados no prontuário; outros diagnósticos psiquiátricos registrados; última prescrição psiquiátrica; especialidades que registraram atendimento no prontuário; registro de outras condições clínicas; outros medicamentos diferentes dos psiquiátricos; registro de vacinação para hepatite B; registro dos seguintes exames: Anti-HIV, Anti-HCV, HbsAg, Anti-HBc, Anti-HBs, VDRL/FTA, FTA ou HAI; resultados destes exames; registro de violência verbal, física ou sexual; registro de DST; data da pesquisa; nome do pesquisador.

Nota: Em negrito estão as variáveis utilizadas na avaliação de vulnerabilidade.

5.3.2 FASE DE TESTAGEM DA ENTREVISTA

O piloto foi aplicado em indivíduos que estivessem aptos a responder as perguntas no momento da entrevista e que assinassem o *termo de consentimento livre esclarecido*. Cada indivíduo selecionado teve até três chances de ser incluído na pesquisa. Foram considerados aptos pelo entrevistador, os indivíduos que apresentaram condições mínimas para entrevista com auxílio de avaliação prévia, que incluía questões adaptadas do “Minimal State Examination – MMSE” (FOLSTEIN *et al.*, 1975). Após a coleta do sangue, o material era enviado para realização de sorologia na Fundação Ezequiel Dias (FUNED) em Belo Horizonte, Minas Gerais. Os entrevistadores receberam treinamento prévio para abordagem do paciente, preenchimento correto dos instrutivos, realização do protocolo de pesquisa e aplicação dos questionários.

5.3.3 FASE FINAL

Os resultados obtidos durante o piloto foram digitados, analisados e utilizados no ajuste do instrumento e procedimentos. O grupo de pesquisadores responsável pelo Projeto Multicêntrico realizou mais reuniões para ajuste do instrumento para o estudo principal.

Durante o piloto, iniciou-se a elaboração do banco de dados para digitação, dos manuais de instrução e de codificação. Estes foram testados e modificados de acordo com as necessidades levantadas. O Estudo Multicêntrico está programado para ser realizado durante o ano de 2006.

DESENHO DO PROJETO PESSOAS

PREPARAÇÃO		ESTUDO PILOTO		ESTUDO PRINCIPAL
PROCEDIMENTOS INICIAIS		FASES DO ESTUDO		
ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO	PRÉ-TESTE	TESTAGEM	ANÁLISE DOS DADOS	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Reuniões com grupos de especialistas 2) Revisão de literatura 3) Discussão de itens para serem incluídos 4) Versão preliminar do instrumento 5) Organização de Protocolos 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 6 entrevistas 2) Avaliação das entrevistas e reformulação 3) Versão para o piloto 4) Padronização dos procedimentos 5) Organização de manual instrutivo 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Treinamento dos entrevistadores 2) Aplicação em 90 usuários e coleta de sangue 3) Reentrevista em sete dias 4) Avaliação de serviços 5) Entrevistas qualitativas 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Criação de banco de dados 2) Digitação das respostas 3) Análise de confiabilidade e vulnerabilidade 4) Reuniões com pesquisadores 5) Versão final da entrevista 6) Cálculo da amostra final 7) Seleção de centros 8) Protocolos finais 	
2003		2004 - 2005		2006-2007

FIGURA 1- Diagrama do desenho de estudo.

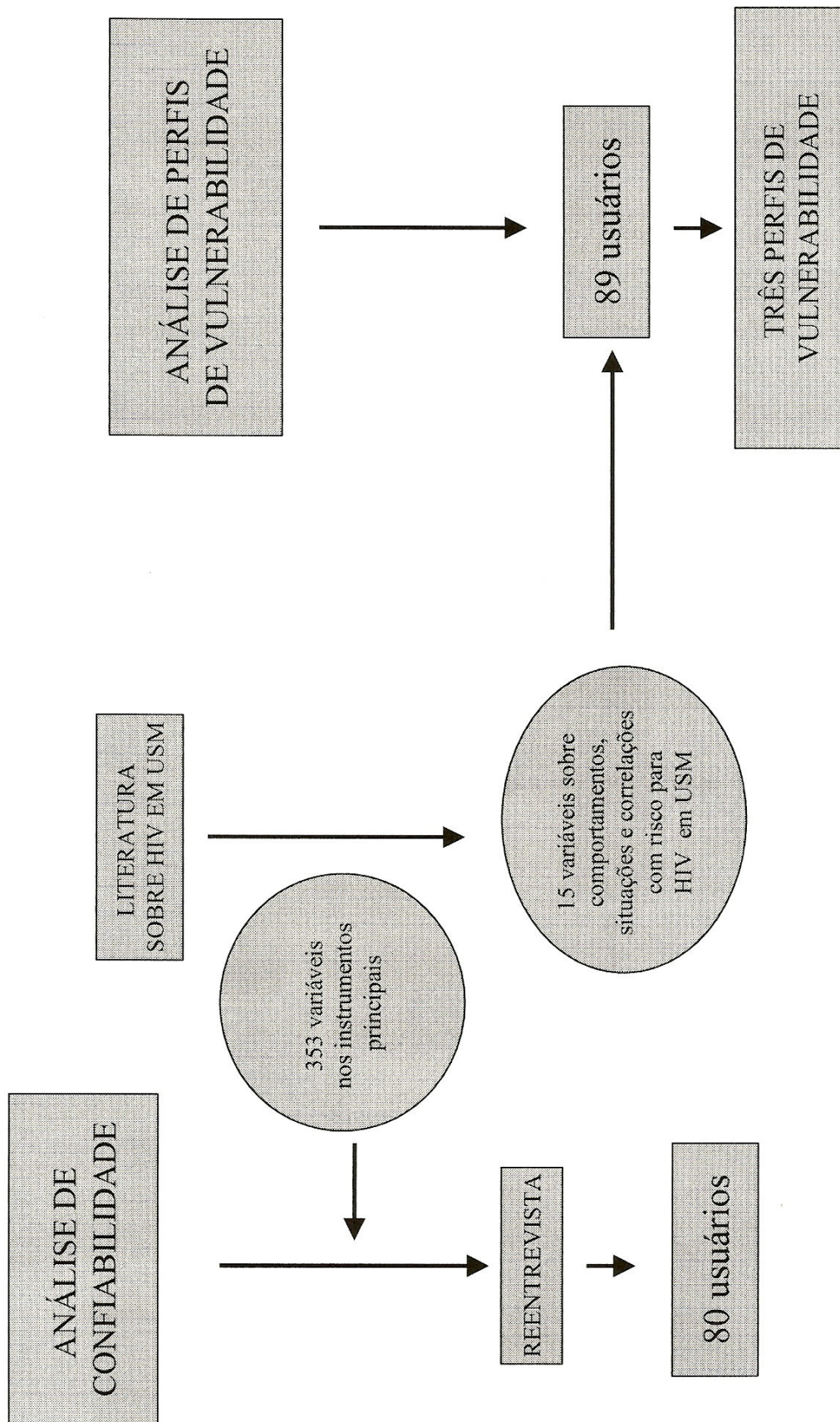


FIGURA 2 : DESENHO DA AVALIAÇÃO DO ESTUDO PILOTO DO PROJETO PESSOAS

5.4 ANÁLISE DOS DADOS.

5.4.1 AVALIAÇÃO DE CONFIABILIDADE

Foi realizada a análise descritiva e do grau de participação, e avaliada a confiabilidade teste-reteste e interavaliadores. Para este fim, 50% das entrevistas foram repetidas aleatoriamente pelo mesmo entrevistador e as 50% restantes foram repetidas por entrevistadores diferentes da primeira entrevista, no prazo máximo de uma semana após a realização da entrevista inicial. O prazo de uma semana foi estabelecido para prevenir possíveis mudanças nos comportamentos e situações, além de evitar perdas de participantes, devido à alta da instituição ou outras intercorrências. Para análise de dois itens (referentes à atração e prática sexual), ocorreu repetição em duas formas diferentes (através de pergunta direta e no final da entrevista utilizando um cartão contendo as respostas para serem lidas). Dados dos prontuários também foram coletados .

Para análise estatística das variáveis categóricas, a comparação foi realizada por meio do cálculo do índice Kappa simples ou ponderado, com intervalo de confiança de 95%. Para as variáveis contínuas utilizou-se o coeficiente de correlação intraclass (KELSEY 1986, GWET 2002, MENEZES & NASCIMENTO 2000, PASQUALI 2001). Respostas obtidas nas entrevistas também foram comparadas com os dados coletados nos prontuários. Foram também avaliados o tempo de aplicação, a seqüência e a compreensão das perguntas (análise semântica), além das dificuldades ocorridas nas entrevistas para fins de padronização dos procedimentos.

5.4.2 AVALIAÇÃO DOS PERFIS DE VULNERABILIDADE

A análise dos perfis de vulnerabilidade em usuários de serviços de saúde mental foi elaborada através do Modelo de Grade of Membership. No caso específico deste trabalho, o GoM permite verificar a informação que cada item fornece para a medida de vulnerabilidade e auxilia na conformação de grupos de vulnerabilidade aos quais os indivíduos do estudo devem possuir um maior ou menor grau de similaridade; ou seja, além de se obter conjuntos ou perfis extremos para a população é possível ainda se obter, os graus de pertinência de cada indivíduo a cada um dos grupos formados.

A vulnerabilidade individual foi estudada nesta dissertação através de alguns marcadores indicados pela literatura. Foram utilizados os seguintes itens como indicadores para o perfil de vulnerabilidade comportamental: número de parceiros sexuais na vida, troca de contato sexual por dinheiro ou drogas, história de DST, uso de preservativos, percepção de risco, história de morador de rua, história de violência sexual e uso de substâncias psicoativas, além de gênero, faixa etária e situação conjugal (Tabela 1 e 4). Estes itens apresentaram confiabilidade razoável e excelente na avaliação. Foram obtidos 3 perfis de vulnerabilidade nesta população estuda, através do GoM. Na construção da tipologia da vulnerabilidade comportamental à infecção pelo HIV, as variáveis que apresentavam λ superior a 1,2 vezes foram consideradas na caracterização do perfil extremo ou puro, conforme utilizado na maioria de outros estudos (SAWYER,1992).

Através do software GOM3[®] realizaram-se diversas iterações que geraram λ_{kj1} (lambda). Foram também encontradas as frequências absolutas e relativas das variáveis, conforme as categorias das variáveis e as estimativas de λ_{kj1} para os perfis extremos considerados. As características de cada um destes perfis extremos foram obtidas comparando λ_{kj1} com a frequência relativa das respostas na mesma categoria. Quando λ_{kj1} é maior do que a frequência marginal, significa que a estimativa da probabilidade de que uma variável relacionada à vulnerabilidade para infecção pelo HIV que pertence ao perfil k se enquadre naquela categoria é maior que a estimativa da probabilidade marginal e se considera que esta categoria seja característica para o perfil de vulnerabilidade pertencente ao perfil extremo k .

Com a finalidade de buscar o enquadramento de todos indivíduos em algum perfil, dividiram-se os escores de pertinência em quartis e considerou-se “predominante do perfil” aqueles com escore GoM maior ou igual a 0,75, sendo isto justificado pelo fato de que se um indivíduo possui um pertinência de pelo mesmo 0,75 em um dado perfil, ele possui, no máximo, um grau de pertinência de 0,25 de pertinência aos outros dois perfis, de forma conjunta (por exemplo 0,10 em um perfil e 0,25 no outro); além disso, aqueles indivíduos com escores entre 0,50 (inclusive) e 0,75 (exclusive), caso possuíssem escores nos outros dois perfis entre 0 e 0,25 também seriam considerados predominantes de um dado perfil.

Os questionários e os resultados de exames foram digitados em banco de dados (Paradox Windows[®]) e processados para análise utilizando-se os softwares SAS[®], SPSS[®] e o GOM3[®].

TABELA 4 – Descrição das variáveis relacionadas à vulnerabilidade para infecção por HIV em pacientes psiquiátricos, de acordo com definições operacionais e categorias, Belo Horizonte, 2005.

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO DA VARIÁVEL	CATEGORIAS	ADAPTAÇÕES
1. <i>Sexo</i>	Sexo do entrevistado	<i>Masculino</i> <i>Feminino</i>	Feminino masculino
2. <i>Idade</i>	Número de anos de vida completos	Em anos	44 ou mais 35-43 28-34 18-27
3. <i>Situação conjugal</i>	Existência de relacionamento estável atualmente ou no passado	(1) solteiro (2) <i>casado</i> (3) <i>em união</i> (4) <i>separado</i> (5) <i>viúvo</i>	Em união (2-3)* União no passado (4-5)* Solteiro (1)
4. <i>Morador de rua</i>	Se em algum momento da vida já foi morador de rua	<i>Sim</i> <i>Não</i>	Não sim
5. <i>DST</i>	Se em algum momento da vida teve alguma doença transmitida através das relações sexuais	<i>Sim</i> <i>Não</i> <i>IGN</i>	Não Sim IGN
6. <i>Consumo de álcool</i>	Se consumir ou já consumiu bebidas alcoólicas alguma vez na vida	<i>Sim</i> <i>Não</i>	Não Sim
7. <i>Uso de preservativo</i>	Frequência do uso de preservativos em todas as relações sexuais nos últimos seis meses	(1) <i>Todas as vezes</i> (2) Na maioria das vezes (3) <i>Menos da metade das vezes</i> (4) <i>Nunca</i> (5) <i>NA</i> (6) <i>IGN**</i>	Sempre (1) Nem sempre (2-3)* Nunca (4) Não se aplica (5)
8. <i>Preservativo e recusa do parceiro</i>	Se alguma vez desejou utilizar preservativo e o (a) parceiro (a) recusou	<i>Não</i> <i>Sim</i> <i>NA**</i> <i>IGN</i>	Não Sim Não respondeu
9. <i>Preservativo e última relação sexual</i>	Se na última relação sexual utilizou camisinha	<i>Não</i> <i>Sim</i> <i>NA</i> <i>IGN</i>	Sim Não Não se aplica Não respondeu
10. <i>Violência sexual</i>	Se já sofreu algum tipo de violência sexual na vida	<i>Sim</i> <i>Não</i> <i>IGN**</i>	Não Sim
11. <i>Percepção de risco</i>	Opinião sobre o risco pessoal de pegar aids	(1) <i>Muito risco</i> (2) <i>Algum risco</i> (3) <i>Nenhum risco</i> (4) <i>Não sabe com certeza**</i> (5) <i>NQI</i> ou (6) <i>IGN</i>	Nenhum risco (3) Há risco (1-2)* Não quis informar(5) Não respondeu (6)
12. <i>Nº Parceiros</i>	Número de parceiros (as) sexuais na vida	<i>Número</i>	Até 10 parceiros Mais de 10 parceiros Não se aplica Não respondeu
13. <i>Drogas ilícitas</i>	Uso ou experimentação de algum tipo de drogas ilícitas na vida ***	<i>sim</i> <i>não</i> <i>IGN**</i>	Não Sim
14. <i>Substâncias psicoativas e sexo</i>	Uso de álcool ou drogas ilícitas durante relações sexuais ***	<i>sim</i> <i>não</i> <i>NA</i> <i>IGN</i>	Não Sim Não se aplica Não respondeu
15. <i>Troca por sexo</i>	Oferecer ou receber dinheiro, drogas ou outros bens por relações sexuais ***	<i>sim</i> <i>não</i>	Não Sim

Nota: (*) – categorias agrupadas; (**) – nenhuma resposta para este item; (***) – perguntas agrupadas; NA – não se aplica; IGN – ignorado; NQI – não quis informar

5.5 ASPECTOS ÉTICOS EM PESQUISA

O Estudo Multicêntrico Nacional e o Estudo Piloto foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ETIC n125/03 e n195/04), e pelas Instituições envolvidas na pesquisa.

6 RESULTADOS

6.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO PILOTO

Foram entrevistados 45 pacientes de cada instituição participante, totalizando 90 participantes (Tabela 5). O tempo médio de aplicação da entrevista foi 42 minutos e a mediana de 39 minutos (mínimo: 20; máximo: 145 minutos). A maioria realizou a primeira entrevista na primeira tentativa em ambos os centros. Para 12 participantes (13,3%), foi necessária a interrupção da entrevista e sua continuação em segundo momento. Os motivos da interrupção foram acesso de funcionários à sala de entrevista, visita de familiares, beber água, sonolência, cansaço, solicitação do paciente para continuar em outro momento e receber medicação. A comparação dos grupos participantes e não participantes mostrou diferença somente em relação à idade (Tabelas 6 e 7). Foram coletadas amostras de sangue de 76 pacientes, perfazendo um total de 84% dos participantes (Tabela 5). Não ocorreu nenhum paciente positivo para HIV ou sífilis, enquanto que 19,7% tinham marcador Anti-Hbs positivo e 3,9% para hepatite C (Tabela 12). Os casos que necessitaram foram encaminhados para o serviço de referência para hepatite. Dois pacientes não aceitaram realizar a entrevista, somente a coleta de material. Assim, 63% (76/120) tiveram entrevista e coletas de sangues realizados.

Os principais motivos de não participação (n=30) foram: recusa total (33%), não estar apto (47%), viagem e realizar atendimento em casa (10%), não comparecimento (3%) e ignorado (7%). Dentre aqueles que não concordaram em realizar a reentrevista, os motivos alegados foram variados: recusa (20%), não estar apto (20%), abandono do tratamento (10%), internação (10%), dificuldade de retornar ao serviço (10%), alta hospitalar (10%), não comparecimento (10%) e ignorado (10%). Dentre os motivos de não realização da coleta de sangue, destacam-se: recusa total (43%), não comparecimento (43%), não apto (2%), paciente errante (7%) e evasão (7%).

Com relação às características sócio-demográficas, a maioria dos entrevistados era do sexo masculino (59,0%), com uma média de idade de 35 anos, enquanto que cerca de 55,6% eram de cor parda, 63,3% solteiros, 52,2% não tinham filhos, 51,1% tinham menos que 5 anos de escolaridade formal e 12,2% afirmaram não saber ler. A maioria residia em Belo Horizonte, mas 55,6% eram naturais de outro município. Somente 58,9% afirmaram possuir renda nos últimos 6 meses, sendo que a maioria era proveniente de benefício ou aposentadoria (58,5%) e 47,2% ficavam com menos da metade ou nada do pagamento. Apenas 7,8% informaram que a renda familiar era maior que 6 salários mínimos e 38,9% ignoravam o valor da renda

familiar. Cerca de 26,7% já foram moradores de rua. Grande maioria não tinha plano de saúde (94,4%). Um total de 62,2% declarou ter religião e ser praticante (Tabela 8).

Das variáveis clínicas selecionadas entre os participantes, destaca-se que somente 18,9% não tinham história de internações psiquiátricas anteriores e 21,9% foram internados pela primeira vez antes dos 18 anos. O principal diagnóstico psiquiátrico foi a Esquizofrenia (80,0%) e 54,4% apresentavam outros diagnósticos não psiquiátricos. Há relato de contato com material contaminado com sangue em 2,2% dos pacientes e somente 27,8% afirmaram terem vacinado para hepatite B. Além disso 28,9% tinham história de infecções sexualmente transmissíveis e a mais freqüente foi gonorréia (14,4%). Dos participantes que tratavam no CAPS, a maioria estava em regime não intensivo ou ambulatorial (53,3%), sendo que 35,6% afirmaram já terem interrompido o tratamento alguma vez (Tabela 9).

O tabagismo foi relatado por 63,3% dos pacientes, com idade de início abaixo dos 18 anos na maioria (63,2%). O consumo ultrapassou 11 cigarros por dia em 68,5% dos participantes. O consumo de álcool foi relatado em 76,7% e 14,4% afirmaram beber 3 ou mais vezes por semana. O consumo do álcool foi iniciado antes dos 18 anos em 55,1% e 4,3% afirmaram terem bebido na instituição uma vez (Tabela 10).

A maconha foi utilizada por 32,2% dos participantes no último mês, seguida pelo crack 14,4%, solvente 11,1% e cocaína 10,0%. A maconha foi a droga ilícita mais utilizada dentro do serviço de atenção (6,7%). O uso de droga endovenosa na vida foi relatado por 4,4%. A grande maioria já teve relação sexual (93,3%) e a idade da primeira relação foi antes dos 14 anos em 16,7% , totalizando em 73,4% antes dos 19 anos.

A atividade sexual regular teve início entre 18 e 30 anos em 44,4%. Somente 10,0% utilizam preservativo todas vezes na vida e nos últimos 6 meses somente 12,2% dos participantes. O parceiro já tinha recusado utilizar preservativo alguma vez em 27,8% e 54,4% não utilizaram preservativo na última relação sexual. A troca de dinheiro por sexo foi relatada por 27,8%.

A violência verbal foi relatada em 78,9% dos participantes e a violência física em 84,5%. Já a violência sexual ocorreu em 28,9% dos relatos. Já estiveram presos 41,1%. A maioria afirmou já ter ouvido falar em HIV/AIDS (96,7%), 34,4% já tinham realizado exame anti-HIV e 35,6% afirmaram ter risco de pegar AIDS (continuação da Tabela 10).

Apesar de durante a entrevista 33,3% dos indivíduos se apresentarem delirantes, 14,4% inquietos, 10,0% desinteressados, 7,8% sonolentos, 3,3% hostis e 6,7% desorganizados, somente 14,4% interromperam a entrevista. A cooperação foi observada em 97,8%, o interesse em 86,7% e a tranquilidade em 87,8% (Tabela 11).

Tabela 5 - Recrutamento dos pacientes no estudo piloto, Projeto PESSOAS, 2003-2004.

População	N (%)
<i>Recrutados</i>	120 (100)
<i>Participantes</i>	90 (75) ¹
<i>Não aptos</i>	14 (12) ¹
<i>Não participantes</i>	16 (13) ¹
<i>Primeira entrevista</i>	90 (75) ¹
<i>Reentrevista</i>	80 (89) ²
<i>Mesmo entrevistador</i>	47 (59) ³
<i>Entrevistador diferente</i>	33 (41) ³
<i>Coleta de sangue</i>	76 (84) ²
<i>Local de estudo</i>	
<i>HGV</i>	45 (50) ²
<i>CERSAM</i>	45 (50) ²

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

¹ Em relação ao total de recrutados (n=120)

² Em relação ao total de participantes (n=90)

³ Em relação ao total de reentrevistas (n=80)

Tabela 6 - Distribuição da população elegível de acordo com a participação e características selecionadas (n=120), Projeto PESSOAS, 2003 - 2004.

Característica	Participante		X ²	p
	Sim (%) (n=90)	Não (%) (n=30)		
Local da pesquisa				
<i>CERSAM</i>	45 (50,0)	13 (43,3)		
<i>HGV</i>	45 (50,0)	17 (56,7)	0,4	0,526
Idade				
<i>Até 35 anos</i>	49 (55,1)	8 (27,6)		
<i>>35 anos</i>	40 (44,9)	21 (72,4)	6,61	0,01*
Escolaridade formal				
<i><8 anos</i>	58 (65,2)	10 (58,8)		
<i>>8 anos</i>	31 (34,8)	7 (41,2)	0,25	0,617
Cor da pele				
<i>Branca/ Morena/ Parda</i>	75 (83,3)	12 (70,6)		
<i>Preta</i>	15 (16,6)	5 (29,4)	1,53	0,216
Município de nascimento				
<i>Belo Horizonte</i>	31 (35,6)	2 (11,8)		
<i>Fora de Belo Horizonte</i>	56 (64,4)	15 (88,2)	3,74	0,053

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

* p<0,05

Tabela 7 - Distribuição da população elegível de acordo com a participação e principal diagnóstico psiquiátrico (n=120), Projeto PESSOAS, 2003 - 2004.

Centro	Principal psiquiátrico	diagnóstico	Participante		X ²	p
			Sim (%) (n=90)	Não (%) (n=30)		
CERSAM	<i>Quadros psicóticos</i>		37 (82,2)	8 (61,5)		
	<i>Neuroses/abuso de substâncias/ lesões cerebrais</i>		8 (17,8)	5 (38,5)	2,43	0,12
HGV	<i>Quadros psicóticos</i>		39 (86,7)	16 (94,1)		
	<i>Neuroses/abuso de substâncias/ lesões cerebrais</i>		6 (13,3)	1 (5,9)	0,67	0,41

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

Tabela 8 - Distribuição de frequência de variáveis sócio-demográficas selecionadas dos participantes (n=90).

Variáveis	N (%)
<i>Características sócio-demográficas</i>	
Local da pesquisa	
<i>CERSAM</i>	45 (50,0)
<i>HGV</i>	45 (50,0)
Sexo	
<i>Masculino</i>	53 (59,0)
<i>Feminino</i>	37 (41,0)
Idade (anos)	
18 - 25	18 (20,0)
26 - 35	31 (34,4)
36 - 45	23 (25,6)
+ 45	17 (18,9)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
Cor da pele	
<i>Branca</i>	25 (27,7)
<i>Preta</i>	15 (16,7)
<i>Parda, morena ou cafuza</i>	50 (55,6)
Situação conjugal	
<i>Solteiro</i>	57 (63,3)
<i>Casado</i>	7 (7,8)
<i>Em união</i>	14 (15,6)
<i>Separado</i>	10 (11,1)
<i>Viúvo</i>	2 (2,2)
Número de filhos	
<i>Não tem</i>	47 (52,2)
1 - 3	29 (32,2)
4 - 6	10 (11,1)
+6	2 (2,2)
<i>Ignorado</i>	2 (2,2)
Escolaridade formal (anos)	
≤ 5	46 (51,1)
5 - 11	42 (46,7)
> 11	1 (1,1)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
Sabem ler e escrever	
<i>Sim</i>	79 (87,8)
<i>Não</i>	11 (12,2)
Município de nascimento	
<i>Belo Horizonte</i>	31 (34,4)
<i>Fora de Belo Horizonte</i>	50 (55,6)
<i>Município não existente</i>	7 (7,8)
<i>Ignorado</i>	2 (2,2)

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

Tabela 8 - Distribuição de frequência de variáveis sócio-demográficas selecionadas dos participantes (n=90) (continua).

Variáveis	N (%)
<i>Características sócio-demográficas</i>	
Município de residência	
<i>Belo Horizonte</i>	
<i>Fora de Belo Horizonte</i>	48 (53,3)
<i>Município não existente</i>	40 (44,4)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
	1 (1,1)
Renda individual (últimos 6 meses)	
<i>Sim</i>	53 (58,9)
<i>Não</i>	37 (41,1)
Principal fonte de renda ¹	
<i>Emprego com salário mensal</i>	2 (3,8)
<i>Trabalho temporário com salário</i>	5 (9,4)
<i>Autônomo</i>	11 (20,8)
<i>Benefício (Afastamento por doença)</i>	15 (28,3)
<i>Aposentado por doença</i>	16 (30,2)
<i>Outra fonte</i>	4 (7,5)
Parte do pagamento que fica com paciente ¹	
<i>Tudo</i>	25 (47,2)
<i>A maior parte</i>	2 (3,7)
<i>Menos da metade</i>	11 (20,8)
<i>Nada</i>	14 (26,4)
<i>Ignorado</i>	1 (1,9)
Renda familiar (último mês)	
<i>Sem renda</i>	3 (3,3)
<i>≤2 SM</i>	25 (27,8)
<i>2 - 4 SM</i>	11 (12,2)
<i>4 - 6 SM</i>	9 (10,0)
<i>+ 6 SM</i>	7 (7,8)
<i>Ignorado</i>	35 (38,9)
Já foi morador de rua	
<i>Não</i>	66 (73,3)
<i>Sim</i>	24 (26,7)
Plano de saúde	
<i>Não</i>	85 (94,4)
<i>Sim</i>	4 (4,5)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
Ter religião e ser praticante	
<i>Sim</i>	56 (62,2)
<i>Não</i>	15 (16,7)
<i>Não tem religião</i>	19 (21,1)

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

¹ Em relação aos participantes que tiveram renda no último mês (n=53)

Tabela 9 - Distribuição de frequência de variáveis clínicas selecionadas dos participantes (n=90).

Variáveis	N (%)
<i>História Clínica</i>	
Número de internações anteriores	
<i>Nenhuma</i>	17 (18,9)
1 - 3	36 (40,0)
4 - 9	14 (15,6)
+ 9	6 (6,7)
<i>Ignorado</i>	17 (18,9)
Idade na primeira internação (anos) ¹	
8 - 17	16 (21,9)
18 - 30	38 (52,1)
+ 30	9 (12,3)
<i>Ignorado</i>	10 (13,7)
Principal diagnóstico psiquiátrico	
<i>Esquizofrenia</i>	72 (80,0)
<i>Transtorno bipolar</i>	9 (10,0)
<i>Transtorno depressivo/ansioso</i>	4 (4,4)
<i>Outros</i> ²	5 (5,6)
Outros diagnósticos (não psiquiátricos)	
<i>Sim</i>	49 (54,4)
<i>Não</i>	41 (45,6)
Transfusão	
<i>Sim</i>	12 (13,3)
<i>Não</i>	75 (83,3)
<i>Ignorado</i>	3 (3,3)
Hemofilia	
<i>Sim</i>	1 (1,1)
<i>Não</i>	88 (97,8)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
Contato com material contaminado com sangue	
<i>Sim</i>	2 (2,2)
<i>Não</i>	81 (90,0)
<i>Ignorado</i>	7 (7,8)
Vacina para hepatite B	
<i>Sim</i>	25 (27,8)
<i>Não</i>	45 (50,0)
<i>Ignorado</i>	20 (22,2)

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

¹ Em relação ao total de pacientes que já estiveram internados (n=73)

² Outros diagnósticos: abuso de substância, transtorno de personalidade, lesões cerebrais, quadros demenciais e retardo mental

Tabela 9 - Distribuição de frequência de variáveis clínicas selecionadas dos participantes (n=90) (continua).

Variáveis	N (%)
<i>História Clínica</i>	
Relato de infecções sexualmente transmissíveis	
<i>Sim</i>	26 (28,9)
<i>Não</i>	59 (65,6)
<i>Ignorado</i>	5 (5,6)
Relato de infecções sexualmente transmissíveis (toda vida)	
<i>Sífilis</i>	5 (5,6)
<i>Herpes</i>	2 (2,2)
<i>Cancro</i>	4 (4,4)
<i>Gonorréia</i>	13 (14,4)
<i>Linfogranuloma venéreo</i>	2 (2,2)
<i>Condiloma</i>	4 (4,4)
<i>Outra IST</i>	9 (10,0)
Tipo de acompanhamento na saúde mental ⁴	
<i>Intensivo</i>	16(17,8)
<i>Semi-intensivo</i>	5(5,6)
<i>Não intensivo</i>	19(21,1)
<i>Ambulatorial</i>	5(5,6)
Interromperam acompanhamento na saúde mental alguma vez ⁴	
<i>Sim</i>	16 (35,6)
<i>Não</i>	29 (64,4)

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

⁴ Somente para pacientes do CERSAM

Tabela 10 - Distribuição de frequência de variáveis de comportamentos e situações de risco participantes (n=90).

Variáveis	N (%)
Uso atual de tabaco	
<i>Sim</i>	57 (63,3)
<i>Não</i>	33 (36,7)
Idade de início do tabagismo (anos) ⁵	
<18	36 (63,2)
18 - 30	17 (29,8)
> 30	3 (5,3)
Ignorado	1 (1,7)
Número de cigarros/dia	
1 - 10	17 (29,8)
11 - 20	29 (51,0)
+20	10 (17,5)
Ignorado	1 (1,7)
Uso de bebida alcoólica (último mês)	
Diariamente	5 (5,6)
Quase todo dia	4 (4,4)
Três vezes/semana	4 (4,4)
Duas vezes/semana	4 (4,4)
Uma vez/semana	4 (4,4)
Somente uma vez	12 (13,3)
Nenhuma vez	34 (37,8)
Não bebem	21 (23,3)
Ignorado	2 (2,2)
Idade de início de consumo de álcool ⁶	
<18	38 (55,1)
18 - 30	23 (33,3)
> 30	4 (5,8)
Ignorado	4 (5,8)
Uso de bebida alcoólica no CAPS/hospital ⁶	
Nenhuma vez	65 (94,2)
Somente uma vez	3 (4,3)
Ignorado	1 (1,4)
Uso de droga no último mês	
Maconha	29 (32,2)
Cocaína	9 (10,0)
Crack	13 (14,4)
Alucinógenos	4 (4,4)
Comprimidos	3 (3,3)
Solvente	10 (11,1)
Uso de drogas ilícitas dentro do CAPS/hospital	
Maconha	6 (6,7)
Cocaína	1 (1,1)
Solvente	2 (2,2)

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

⁵ Em relação ao total de fumantes (n=57)

⁶ Em relação ao total que usou bebida alcoólica (n=69)

Tabela 10 - Distribuição de frequência de variáveis de comportamentos e situações de risco participantes (n=90), (continua).

Variáveis	N (%)
Uso de droga endovenosa	
<i>Sim</i>	4 (4,4)
<i>Não</i>	85 (94,4)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
Já tiveram relação sexual	
<i>Não</i>	5 (5,6)
<i>Sim</i>	84 (93,3)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
Idade da primeira relação (anos)	
<14	15 (16,7)
14 - 18	51 (56,7)
> 18	15 (16,7)
<i>Não teve relação</i>	5 (5,6)
<i>Ignorado</i>	4 (4,4)
Idade do início de relações sexuais regulares (anos)	
< 18	29 (32,2)
18 - 30	40 (44,4)
> 30	2 (2,2)
<i>Nunca teve relações regulares</i>	6 (6,7)
<i>Não teve relação</i>	5 (5,6)
<i>Ignorado</i>	8 (8,9)

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

Tabela 10 - Distribuição de frequência de variáveis de comportamentos e situações de risco participantes (n=90), (continua).

Variáveis	Sexo		N (%)
	Masculino	Feminino	
Atração sexual			
<i>Só por mulheres</i>	42(46,7%)	1(1,1%)	43 (47,8)
<i>Principalmente por mulheres</i>	4(4,4%)	0	4 (4,4)
<i>Igualmente por homem e mulher</i>	1 (1,1%)	0	1 (1,1)
<i>Por homens</i>	1 (1,1%)	26(28,9%)	27 (30,0)
<i>Não sente atração</i>	3 (3,3%)	10(11,1%)	13 (14,4)
<i>Não quis informar</i>	1 (1,1%)	0	1 (1,1)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1%)	0	1 (1,1)
Prática sexual preferida			
<i>Nunca transou</i>	1(1,1%)	3(3,3%)	4 (4,4)
<i>Só com mulheres</i>	32(35,6%)	1(1,1%)	33 (36,7)
<i>Principalmente com mulheres</i>	1(1,1%)	0	1 (1,1)
<i>Igualmente com homem e mulher</i>	2(2,2%)	1(1,1%)	3 (3,3)
<i>Principalmente com homem</i>	1(1,1%)	0	1 (1,1)
<i>Só com homens</i>	0	20(22,2%)	20 (22,2)
<i>Atualmente não transa</i>	14(15,6%)	12(13,3%)	26 (28,9)
<i>Não quis informar</i>	1(1,1%)	0	1 (1,1)
<i>Ignorado</i>	1(1,1%)	0	1 (1,1)
Frequência de uso de preservativo (toda vida)			
<i>Todas vezes</i>	7(7,8%)	2(2,2%)	9 (10,0)
<i>Na maioria das vezes</i>	17(18,9%)	7(7,8%)	24 (26,7)
<i>Menos da metade das vezes</i>	17(18,9%)	11(12,2%)	28 (31,1)
<i>Nunca</i>	9(10,0%)	14(15,6%)	23 (25,6)
<i>Nunca teve relação</i>	2(2,2%)	3(3,3%)	5 (5,6)
<i>Ignorado</i>	1(1,1%)	0	1 (1,1)

Tabela 10 - Distribuição de frequência de variáveis de comportamentos e situações de risco participantes (n=90), (continua).

Variáveis	N (%)
Frequência do uso de preservativo (últimos 6 meses)	
<i>Todas vezes</i>	11 (12,2)
<i>Na maioria das vezes</i>	7 (7,8)
<i>Menos da metade das vezes</i>	10 (11,1)
<i>Nunca</i>	31 (34,4)
<i>Não teve relação</i>	29 (32,2)
<i>Ignorado</i>	2 (2,2)
Parceiro recusou usar preservativo alguma vez	
<i>Não</i>	59 (65,6)
<i>Sim</i>	25 (27,8)
<i>Nunca teve relação</i>	5 (5,6)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
Uso do preservativo na última relação sexual	
<i>Sim</i>	30 (33,3)
<i>Não</i>	49 (54,4)
<i>Nunca teve relação</i>	5 (5,6)
<i>Ignorado</i>	6 (6,7)
Recebeu dinheiro em troca de sexo	
<i>Não</i>	70 (77,8)
<i>Sim</i>	19 (21,1)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
Ofereceu dinheiro em troca de sexo	
<i>Não</i>	64 (71,1)
<i>Sim</i>	25 (27,8)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
Frequência de violência verbal	
<i>Nenhuma</i>	18 (20,0)
<i>Muitas vezes</i>	48 (53,3)
<i>Algumas vezes</i>	6 (6,7)
<i>Poucas vezes</i>	9 (10,0)
<i>Somente uma vez</i>	8 (8,9)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
Frequência de violência física	
<i>Nenhuma</i>	13 (14,4)
<i>Muitas vezes</i>	38 (42,2)
<i>Algumas vezes</i>	8 (8,9)
<i>Poucas vezes</i>	19 (21,1)
<i>Somente uma vez</i>	11 (12,2)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

Tabela 10 - Distribuição de frequência de variáveis de comportamentos e situações de risco participantes (n=90), (continua).

Variáveis	N (%)
Frequência de violência sexual	
<i>Nenhuma</i>	63 (70,0)
<i>Muitas vezes</i>	7 (7,8)
<i>Algumas vezes</i>	2 (2,2)
<i>Poucas vezes</i>	7 (7,8)
<i>Somente uma vez</i>	10 (11,1)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
Esteve preso alguma vez	
<i>Não</i>	52 (57,8)
<i>Sim</i>	37 (41,1)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
Já ouviram falar sobre o HIV/AIDS	
<i>Não</i>	2 (2,2)
<i>Sim</i>	87 (96,7)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
Realizaram exame anti-HIV	
<i>Não</i>	57 (63,3)
<i>Sim</i>	31 (34,4)
<i>Não quis informar</i>	1 (1,1)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
Opinião sobre o risco de pegar AIDS	
<i>Muito risco</i>	16 (17,8)
<i>Algum risco</i>	16 (17,8)
<i>Nenhum risco</i>	34 (37,8)
<i>Não sabe com certeza</i>	21 (23,3)
<i>NQI</i>	2 (2,2)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

Tabela 11 - Distribuição de freqüência de variáveis relacionadas ao comportamento dos participantes durante a entrevista (n=90).

Variáveis	N (%)
<i>Comportamento durante a entrevista</i>	
Atividade delirante	
<i>Sim</i>	30 (33,3)
<i>Não</i>	60 (66,7)
Inquietos	
<i>Não</i>	77 (85,6)
<i>Sim</i>	13 (14,4)
Desinteressados	
<i>Não</i>	81 (90,0)
<i>Sim</i>	9 (10,0)
Cooperativos	
<i>Sim</i>	88 (97,8)
<i>Não</i>	2 (2,2)
Tranqüilos	
<i>Sim</i>	79 (87,8)
<i>Não</i>	11 (12,2)
Sonolento	
<i>Não</i>	83 (92,2)
<i>Sim</i>	7 (7,8)
Hostil	
<i>Não</i>	87 (96,7)
<i>Sim</i>	3 (3,3)
Desorganizado	
<i>Não</i>	84 (93,3)
<i>Sim</i>	6 (6,7)
Outro comportamento	
<i>Não</i>	76 (84,4)
<i>Sim</i>	14 (15,6)
Se interrompeu a entrevista	
<i>Não</i>	77 (85,6)
<i>Sim</i>	13 (14,4)

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

Tabela 12 - Resultados das sorologias realizadas no estudo piloto do Projeto PESSOAS.

Sorologias positivas	CERSAM (n=39) N (%)	HGV (n=37) N (%)	TOTAL (n=76) N (%)
HIV	-	-	-
Sífilis	-	-	-
Hepatite B	10 (25,6)	5 (13,9)	15 (19,7)
Hepatite C	3 (7,7)	-	3 (3,9)

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

6.2 CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO NO ESTUDO PILOTO

Na reentrevista participaram 80 usuários (Tabela 5). Ao todo, 47 (59,0%) reentrevistas foram conduzidas pelo mesmo entrevistador e 33 (41,0%) por entrevistador diferente.

A concordância observada variou de 55,0% a 100,0% para avaliação intravaliadores e de 54,0% a 100,0% para a variação interavaliadores, mas para ambas, a maior parte das concordâncias estiveram acima de 90,0%, o que indica uma boa concordância observada.

O índice Kappa simples ou ponderado apresentou-se menor para todos os itens, como esperado. FLEISS (1981) estabeleceu arbitrariamente que o Kappa maior que 0,75 representa uma excelente concordância, entre 0,40 e 0,75 uma concordância intermediária razoável e abaixo de 0,40 uma concordância baixa. A maior parte das questões analisadas, o Kappa e o Coeficiente de Correlação Intraclasse apontaram concordâncias razoáveis a excelentes.

Houve uma tendência para um menor grau de concordância interavaliadores do que intravaliadores nas principais variáveis, tanto na avaliação com o Índice Kappa simples para variáveis categóricas como para o Coeficiente de Correlação Intraclasse para variáveis contínuas (Tabela 13 e 14). Ocorreu uma mudança de categoria, de razoável para excelente, na avaliação interavaliadores comparado com a intravaliadores, em variáveis sócio-demográficas como morar só, cor da pele, estado civil, se sabe ler e escrever. Lidar com dados sócio-demográficos pode ser mais simples em uma reentrevista pelo mesmo entrevistador, porém para um entrevistador diferente é outra primeira entrevista.

Na parte clínica também mudaram de categoria (de razoável para excelente): história de problema de saúde, de transfusão sanguínea, percepção de verruga genital/anal, diagnóstico de herpes genital/anal, diagnóstico de cancro mole, história de DST e corrimento vaginal, porém tanto na direção de melhor confiabilidade para interavaliadores como para intravaliadores. Situação semelhante de heterogeneidade na confiabilidade foi observada nas variáveis de comportamento e situação de risco.

Já nas questões que exigiam algum grau de conhecimento do paciente como se a aids tem tratamento, se a aids pode ser evitada por vacina ou o risco de pegar aids, tiveram um menor grau de confiabilidade, principalmente interavaliadores. Alterações de confiabilidade também podem indicar algumas vezes aprendizado, i.e., o entrevistado pode aprender a resposta correta no intervalo entre as duas entrevistas, principalmente nas questões relacionadas a conhecimento e assim modificar a resposta na segunda entrevista. Ao estratificar, indivíduos que aparentaram estarem delirantes durante a entrevista apresentaram menor confiabilidade na questão sobre percepção de risco (*Risco de pegar AIDS que acha que tem*).

Outro aspecto abordado foi a comparação de duas formas diferentes de coleta dos dados (entrevista comparado com apresentação de um cartão) para duas questões (preferências sexuais e práticas sexuais). A comparação de entrevista com reentrevista mostrou-se mais satisfatória do que a com o cartão para as duas questões, quando a avaliação foi intravaliadores. Para a variação interavaliadores, a comparação com o cartão foi um pouco melhor do que com a reentrevista (Tabela 15).

A avaliação de confiabilidade das respostas obtidas através de entrevista com os dados obtidos em prontuário apresentou resultados muito menores do que intravaliadores ou interavaliadores. Assim, o teste de confiabilidade pela coleta de dados no prontuário se demonstrou inconsistente, provavelmente devido à perda de informações, por não registro em prontuário.

Tabela 13 - Análise de confiabilidade intravaliador e interavaliador de variáveis selecionadas. Projeto PESSOAS, 2003-2004.

VARIÁVEL	KAPPA COM INTERVALO DE CONFIANÇA (95%)			
	Intravaliadores (n=47)		Interavaliadores (n=33)	
<i>Se tem algum plano de saúde</i>	0,55	(0,09; 1,00)	0,57	(0,16;0,99)
<i>Qual parte da renda ele fica</i>	0,59	(0,42;0,76)	0,52	(0,31;0,73)
<i>Se é religioso praticante</i>	0,66	(0,46;0,86)	0,62	(0,40;0,85)
<i>Com quem reside</i>	0,66	(0,52;0,80)	0,69	(0,52;0,86)
<i>Principal fonte de renda</i>	0,67	(0,51;0,83)	0,55	(0,35;0,75)
<i>Pertence a algum culto religioso</i>	0,67	(0,36;0,97)	0,67	(0,37;0,97)
<i>Foi morador de rua</i>	0,68	(0,45;0,92)	0,78	(0,54;1,00)
<i>Renda nos últimos 6 meses</i>	0,69	(0,48;0,90)	0,64	(0,38;0,89)
<i>Se mora só</i>	0,81	(0,60;1,01)	0,60	(0,29;0,92)
<i>Cor</i>	0,85	(0,71;0,99)	0,54	(0,27;0,81)
<i>Se tem filhos</i>	0,91	(0,80;1,00)	0,94	(0,82;1,00)
<i>Estado Civil</i>	0,92	(0,82;1,00)	0,68	(0,45;0,91)
<i>Sexo</i>	0,96	(0,87;1,00)	0,93	(0,78;1,00)
<i>Se sabe ler e escrever</i>	1,00	(1,00;1,00)	0,72	(0,35;1,00)

Abaixo de 0,40 – concordância baixa

Entre 0,40 e 0,75 – concordância intermediária razoável

Maior que 0,75 – uma excelente concordância além do acaso

Tabela 13 - Análise de confiabilidade intravaliador e interavaliador de variáveis selecionadas. Projeto PESSOAS, 2003-2004. (continuação)

VARIÁVEL	KAPPA COM INTERVALO DE CONFIANÇA (95%)			
	Intravaliadores (n=47)		Interavaliadores (n=33)	
	Kappa	Intervalo	Kappa	Intervalo
<i>História de vacinação para hepatite B</i>	0,27	(0,05;0,48)	0,23	(-0,05;0,51)
<i>Se algum profissional de saúde informou que tinha Herpes genital/anal alguma vez na vida</i>	0,38	(-0,15;0,91)	0,65	(0,02;1,00)
<i>Se algum profissional de saúde informou diagnóstico de cancro mole alguma vez na vida</i>	0,40	(-0,02;0,82)	1,00	(1,00;1,00)
<i>Se notou ferida genital/anal alguma vez na vida</i>	0,50	(0,15;0,84)	0,40	(0,03;0,76)
<i>Se tem alguma coisa que incomoda nos psicofármacos que está tomando</i>	0,54	(0,31;0,77)	0,59	(0,33;0,85)
<i>Se notou verruga genital/anal alguma vez na vida</i>	0,63	(0,29;0,97)	0,37	(-0,06;0,79)
<i>Se algum profissional de saúde informou que tinha sífilis alguma vez na vida</i>	0,65	(0,21;1,09)	0,47	(-0,16;1,00)
<i>História de outro problema de saúde</i>	0,66	(0,45;0,87)	0,10	(-0,24;0,43)
<i>História de DST</i>	0,67	(0,46;0,88)	0,81	(0,60;1,00)
<i>História de transfusão sanguínea</i>	0,71	(0,44;0,98)	0,26	(-0,08;0,60)
<i>Se notou corrimento vaginal alguma vez na vida</i>	0,80	(0,61;0,99)	0,61	(0,32;0,91)
<i>História de internação psiquiátrica</i>	0,92	(0,77;1,00)	1,00	(1,00;1,00)

Abaixo de 0,40 – concordância baixa

Entre 0,40 e 0,75 – concordância intermediária razoável

Maior que 0,75 – uma excelente concordância além do acaso

Tabela 13 - Análise de confiabilidade intravaliador e interavaliador de variáveis selecionadas. Projeto PESSOAS, 2003-2004. (Continuação)

VARIÁVEL	KAPPA COM INTERVALO DE CONFIANÇA (95%)			
	Intravaliadores (n=47)		Interavaliadores (n=33)	
<i>Uso de cocaína nos últimos 12 meses</i>	0,24	(-0,21;0,69)	0,87	(0,63;1,00)
<i>Local onde teve relações sexuais dentro da instituição</i>	0,31	(0,10;0,52)	0,84	(0,54;1,00)
<i>Quem praticou os atos de violência física</i>	0,41	(0,26;0,57)	0,18	(0,00;0,35)
<i>Se o parceiro recusou o uso de preservativo</i>	0,41	(0,15;0,66)	0,45	(0,10;0,79)
<i>Sexo do parceiro com quem teve relação sexual dentro da instituição</i>	0,48	(0,08;0,88)	0,69	(0,35;1,00)
<i>Se já sofreu violência verbal alguma vez</i>	0,49	(0,30;0,68)	0,20	(-0,02;0,42)
<i>A frequência que sofreu violência física</i>	0,53	(0,35;0,72)	0,48	(0,24;0,71)
<i>Se já sofreu violência física alguma vez</i>	0,54	(0,25;0,84)	0,44	(-0,02;0,89)
<i>Frequência do uso de preservativos nos últimos 6 meses</i>	0,55	(0,35;0,75)	0,46	(0,24;0,68)
<i>Quantidade de parceiras na vida</i>	0,56	(0,37;0,75)	0,69	(0,50;0,87)
<i>Se já experimentou maconha dentro da instituição</i>	0,63	(0,25;1,00)	0,78	(0,38;1,00)
<i>Oferecimento de dinheiro ou drogas em troca de sexo alguma vez na vida</i>	0,64	(0,39;0,88)	0,69	(0,42;0,97)
<i>Se teve relação sexual dentro da instituição</i>	0,65	(0,21;1,09)	0,84	(0,54;1,00)
<i>Frequência que usou preservativo nas relações sexuais dentro da instituição</i>	0,65	(0,15;1,15)	0,88	(0,63;1,00)
<i>História de consumo de álcool</i>	0,66	(0,44;0,89)	0,53	(0,22;0,83)
<i>Se já experimentou solventes dentro da instituição</i>	0,66	(0,03;1,00)	0,65	(0,02;1,00)
<i>Se já experimentou cocaína dentro da instituição</i>	0,66	(0,03;1,00)	1,00	(1,00;1,00)
<i>Se já sofreu algum tipo de violência sexual</i>	0,67	(0,46;0,89)	0,74	(0,47;1,00)
<i>Uso de maconha nos últimos 12 meses</i>	0,71	(0,48;0,95)	0,87	(0,71;1,00)
<i>Frequência do consumo de álcool dentro da instituição</i>	0,72	(0,52;0,92)	0,55	(0,31;0,79)
<i>Uso de preservativos na vida</i>	0,72	(0,58;0,86)	0,74	(0,56;0,91)

Abaixo de 0,40 – concordância baixa

Entre 0,40 e 0,75 – concordância intermediária razoável

Maior que 0,75 – uma excelente concordância além do acaso

Tabela 13 - Análise de confiabilidade intravaliador e interavaliador de variáveis selecionadas. Projeto PESSOAS, 2003-2004. (continuação)

VARIÁVEL	KAPPA COM INTERVALO DE CONFIANÇA (95%)			
	Intravaliadores (n=47)		Interavaliadores (n=33)	
	Kappa	Intervalo	Kappa	Intervalo
<i>Uso de solventes nos últimos 12 meses</i>	0,73	(0,38;1,08)	0,36	(-0,20;0,92)
<i>Uso de preservativo na última relação sexual</i>	0,73	(0,55;0,91)	0,65	(0,40;0,89)
<i>Uso de drogas durante as relações sexuais</i>	0,75	(0,46;1,03)	0,61	(0,32;0,91)
<i>História de prisão</i>	0,79	(0,59;0,98)	0,88	(0,72;1,00)
<i>Uso de crack nos últimos 12 meses</i>	0,83	(0,62;1,05)	0,89	(0,68;1,00)
<i>Sexo que tem atração sexual</i>	0,84	(0,71;0,97)	0,89	(0,76;1,00)
<i>Recebimento de dinheiro ou drogas em troca de sexo alguma vez na vida</i>	0,85	(0,65;1,00)	0,82	(0,58;1,00)
<i>Uso de crack alguma vez na vida</i>	0,86	(0,68;1,04)	0,54	(0,22;0,86)
<i>Uso de maconha alguma vez na vida</i>	0,86	(0,71;1,00)	0,63	(0,37;0,90)
<i>Uso de cocaína alguma vez na vida</i>	0,88	(0,73;1,04)	0,73	(0,48;0,97)
<i>Sexo do parceiro na primeira relação sexual</i>	0,88	(0,75;1,00)	0,94	(0,81;1,00)
<i>Ex-tabagista</i>	0,89	(0,78;1,00)	0,71	(0,48;0,93)
<i>Tabagismo</i>	1,00	(1,00;1,00)	1,00	(1,00;1,00)
<i>História de relação sexual alguma vez na vida</i>	1,00	(1,00;1,00)	1,00	(1,00;1,00)

Abaixo de 0,40 – concordância baixa

Entre 0,40 e 0,75 – concordância intermediária razoável

Maior que 0,75 – uma excelente concordância além do acaso

Tabela 13 - Análise de confiabilidade intravaliador e interavaliador de variáveis selecionadas sobre conhecimento e percepção sobre HIV/aids. Projeto PESSOAS, 2003-2004. (Continuação)

VARIÁVEL	KAPPA COM INTERVALO DE CONFIANÇA (95%)			
	Intravaliadores (n=47)		Interavaliadores (n=33)	
	Kappa	Intervalo	Kappa	Intervalo
<i>Risco de pegar AIDS que acha que tem</i>	0,41	(0,23;0,58)	0,40	(0,18;0,62)
<i>Se a AIDS tem tratamento</i>	0,42	(0,15;0,69)	0,32	(0,00;0,64)
<i>Se AIDS pode pegar por picada de inseto</i>	0,53	(0,33;0,73)	0,47	(0,22;0,71)
<i>Se AIDS é causada pelo vírus HIV</i>	0,54	(0,21;0,86)	0,33	(-0,07;0,73)
<i>Se AIDS pode ser evitada por vacina</i>	0,55	(0,36;0,74)	0,14	(-0,14;0,42)
<i>Se AIDS pode pegar pelo sangue contaminado</i>	0,55	(0,09;1,00)	0,37	(-0,18;0,91)
<i>Se AIDS destrói a defesa do organismo</i>	0,61	(0,35;0,86)	0,47	(0,14;0,80)
<i>Se AIDS atinge só o sexo masculino</i>	0,62	(0,32;0,92)	1,00	(1,00;1,00)
<i>Atração sexual utilizando o cartão de respostas</i>	0,82	(0,70;0,95)	0,67	(0,46;0,88)
<i>Se já ouviu falar sobre HIV/AIDS</i>	1,00	(1,00;1,00)	1,00	(1,00;1,00)

Abaixo de 0,40 – concordância baixa

Entre 0,40 e 0,75 – concordância intermediária razoável

Maior que 0,75 – uma excelente concordância além do acaso

Tabela – 14: Confiabilidade de variáveis contínuas utilizando o coeficiente de correlação intraclasse.

Variáveis	Confiabilidade Intravaliadores	Confiabilidade Interavaliadores
<i>Nº parceiros sexuais na vida</i>	0,64	0,79
<i>Início de relações sexuais regulares</i>	0,65	0,54
<i>Renda individual último mês</i>	0,74	0,56
<i>Nº de internações psiquiátricas</i>	0,74	0,68
<i>Nº de cigarros que fumava</i>	0,74	0,97
<i>Idade</i>	0,78	0,99
<i>Nº parceiras sexuais nos últimos 6 meses</i>	0,78	0,88
<i>Idade da primeira internação</i>	0,83	0,53
<i>Nº de vezes que foi a CAPS^a</i>	0,84	0,71
<i>Nº de cômodos na moradia</i>	0,88	0,83
<i>Nº de cigarros fumados por dia</i>	0,89	0,78
<i>Idade da primeira relação sexual</i>	0,89	0,93
<i>Número de filhos</i>	0,91	0,99
<i>Nº de pessoas que vivem na casa</i>	0,91	0,87
<i>Idade do início consumo de álcool</i>	0,91	0,87
<i>Nº parceiras sexuais na vida</i>	0,92	0,82
<i>Idade de início do tabagismo^c</i>	0,96	0,83
<i>Nº parceiros sexuais nos últimos 6 meses</i>	0,96	0,89
<i>Renda familiar no último mês</i>	0,97	0,65
<i>Idade de início do tabagismo^b</i>	0,99	0,77

Nota: ^a nº de vezes que foi na última semana ao CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; ^b para tabagistas
^c para ex-tabagistas

Tabela 15 - Análise de confiabilidade de variável comparando entrevista e cartão de resposta. Projeto PESSOAS, 2003-2004.

Variável	C. Obs.	Kappa	Intervalo de confiança
Resposta entrevista X cartão (n=90)			
Atração sexual	74%	0,626	0,503 a 0,749
Prática sexual	69%	0,588	0,478 a 0,698
Resposta reentrevista X cartão (n=80)			
Atração sexual	84%	0,760	0,625 a 0,895
Prática sexual	75%	0,657	0,534 a 0,780

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

6.3 OS PERFIS DE VULNERABILIDADE COMPORTAMENTAL

Para análise pelo GoM, primeiramente realizaram-se análises exploratórias, variando o número de perfis e as variáveis utilizadas. As variáveis que apresentavam pouca informação nesta amostra de indivíduos foram retiradas ou substituídas por outras. Por exemplo, a história de uso de substâncias psicoativas é discriminada no instrumento por cada droga, para a análise elas foram agrupadas em somente uma variável (uso de drogas ilícitas na vida). A partir desta análise e das indicações da literatura foram selecionadas 15 variáveis para o modelo final, que também apresentaram resultados razoáveis a excelentes na avaliação de confiabilidade. A análise inicial do GoM gerou três perfis mais consistentes (vide Tabelas 16 e 17). O critério de determinação do número de perfis utilizado foi o proposto por AKAIKE (1973 apud CORDER *et al.*, 2005, p190-191) – AIC (Critério de informação de Akaike), onde o log da máxima verossimilhança, através do menor valor alcançado pelo critério, apontou o melhor modelo (Tabela 18). É calculado como menos duas vezes o logaritmo da verossimilhança mais duas vezes o número de parâmetros existente ($AIC = -2\log + 2P$). O logaritmo é calculado pelo software GOM3[®] e o número de parâmetros (P) é igual ao número de possíveis respostas (a1) vezes o número de perfis considerados (b1) somado ao número de indivíduos (c1) vezes o nº de gik de cada indivíduo (d1), ou seja $P = (a1 + b1)(c1 + d1)$. Além disto, considerou-se a “significância substantiva” dos perfis, pois um número menor de perfis (dois) ocasionou sobreposição de perfis, que limitavam a capacidade de discriminar os indivíduos em relação às características estudadas. Além disso, quatro ou mais perfis não trouxeram mudanças significativas nesta amostra, pois geraram perfis muito parecidos com os já existentes.

Assim, como indicado na Tabela 17, **o perfil puro ou extremo um** reflete principalmente uma alta proporção de mulheres, com 44 anos de idade ou mais, em união, negam história de DST, negam consumo de álcool, não utilizaram preservativos nos últimos 6 meses e na última relação sexual, com história de algum tipo de violência sexual, afirmaram que não tinham risco para “pegar aids”, tiveram até 10 parceiros sexuais na vida, não tem história de uso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas e não tem história de troca de sexo por dinheiro ou drogas.

O perfil extremo dois abrange predominantemente homens, de 35 a 43 anos de idade, em união, com história de morador de rua, história de DST, história de consumo de álcool, uso nem sempre de preservativo nos últimos 6 meses, história de recusa do parceiro de usar preservativo, não utilizaram preservativo na última relação sexual, relataram risco de “pegar AIDS”, mais de 10 parceiros sexuais na vida, uso de drogas ilícitas na vida, uso de substâncias psicoativas durante relações sexuais e troca de sexo por dinheiro, drogas ou outros bens.

O perfil extremo três é composto por homens, de 18 a 34 anos de idade, com história de união no passado ou solteiros, negam história de morador de rua, negam história de DST, história de consumo de álcool, uso sempre de preservativo nos últimos 6 meses ou não tem história de parceiro sexual nos últimos 6 meses, negam história de recusa do parceiro de usar preservativo, utilizaram preservativo na última relação sexual, relataram nenhum risco de “pegar AIDS”, até 10 parceiros sexuais na vida, afirmaram uso de drogas ilícitas na vida e negam uso de substâncias psicoativas durante relações sexuais.

A Tabela 19 apresenta a distribuição dos coeficientes individuais (gik) para as 89 pessoas que foram incluídas no GoM (um indivíduo não foi incluído por não ter respondido a maioria das questões incluídas na avaliação). Boa parte dos indivíduos (38 indivíduos, 42,7%) foi classificada em perfis puros ou extremos, porém os restantes permaneceram em perfis mistos, ressaltando a heterogeneidade da população de usuários de serviços de saúde mental. Deve-se também observar que o pertencimento total ou parcial ao perfil 2, que apresenta importante vulnerabilidade para HIV e DST, corresponde a 50,8% (47) dos indivíduos.

Tabela 16 - Estimativas de perfis pelo GoM, segundo categorias das variáveis e frequências, referentes a vulnerabilidade para HIV em USM no Estudo Piloto do Projeto PESSOAS (n=89).

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	FREQUÊNCIA MARGINAL		PERFIS EXTREMOS λ (lambda)			O/E*		
		Absoluta	Relativa	1	2	3	1	2	3
Sexo	0 <i>feminino</i>	37	0,42	1,00	0,00	0,00	2,40	0,00	0,00
	1 <i>masculino</i>	52	0,58	0,00	1,00	1,00	0,00	1,71	1,71
Faixa etária	0 <i>44 anos ou mais</i>	22	0,25	0,53	0,13	0,00	2,13	0,54	0,00
	1 <i>35-43 anos</i>	20	0,23	0,12	0,38	0,20	0,55	1,68	0,91
	2 <i>28-34 anos</i>	22	0,25	0,15	0,29	0,33	0,60	1,18	1,35
	3 <i>18-27 anos</i>	25	0,28	0,20	0,20	0,46	0,72	0,70	1,65
Situação conjugal	0 <i>Em união</i>	21	0,24	0,37	0,31	0,00	1,58	1,31	0,00
	1 <i>união no passado</i>	12	0,14	0,15	0,00	0,23	1,14	0,00	1,72
	2 <i>solteiro</i>	56	0,63	0,47	0,69	0,77	0,75	1,10	1,22
História de morador de rua	0 <i>Não</i>	65	0,73	0,76	0,41	1,00	1,04	0,57	1,37
	1 <i>sim</i>	24	0,27	0,24	0,59	0,00	0,90	2,17	0,00
História de DST	0 <i>não</i>	58	0,65	0,90	0,00	1,00	1,38	0,00	1,53
	1 <i>sim</i>	26	0,29	0,00	0,95	0,00	0,00	3,24	0,00
	2 <i>não respondeu</i>	5	0,06	0,10	0,05	0,00	1,78	0,97	0,00
Consumo de álcool na vida	0 <i>não</i>	20	0,23	0,55	0,00	0,00	2,44	0,00	0,00
	1 <i>sim</i>	69	0,78	0,45	1,00	1,00	0,58	1,29	1,29
Uso de preservativo nos últimos 6 meses	0 <i>sempre</i>	11	0,12	0,00	0,00	0,42	0,00	0,00	3,42
	1 <i>nem sempre</i>	17	0,19	0,00	0,62	0,00	0,00	3,25	0,01
	2 <i>nunca</i>	31	0,35	0,67	0,25	0,00	1,92	0,72	0,00
	3 <i>não se aplica</i>	30	0,34	0,33	0,13	0,58	0,98	0,38	1,71
Recusa do parceiro de usar preservativo	0 <i>não</i>	59	0,66	0,69	0,26	1,00	1,04	0,40	1,51
	1 <i>sim</i>	25	0,28	0,17	0,74	0,00	0,60	2,62	0,00
	2 <i>não respondeu</i>	5	0,06	0,14	0,00	0,00	2,49	0,00	0,00
Uso de preservativo na última relação sexual	0 <i>sim</i>	30	0,34	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,97
	1 <i>não</i>	49	0,55	0,73	1,00	0,00	1,32	1,81	0,00
	2 <i>não se aplica</i>	5	0,06	0,14	0,00	0,00	2,44	0,00	0,00
	3 <i>não respondeu</i>	5	0,06	0,14	0,00	0,00	2,44	0,00	0,00
Vítima de violência sexual	0 <i>não</i>	63	0,71	0,51	0,91	0,80	0,72	1,29	1,13
	1 <i>sim</i>	26	0,29	0,49	0,09	0,20	1,69	0,30	0,68
Percepção de risco relatada de "pegar aids"	0 <i>Nenhum risco</i>	34	0,38	0,48	0,00	0,59	1,24	0,00	1,55
	1 <i>Há risco</i>	32	0,36	0,20	0,54	0,41	0,55	1,51	1,13
	2 <i>não respondeu</i>	21	0,24	0,27	0,46	0,00	1,15	1,94	0,00
	3 <i>não quis informar</i>	2	0,02	0,05	0,00	0,00	2,45	0,00	0,00
Número de parceiros sexuais na vida	0 <i>até 10 parceiros</i>	48	0,54	0,83	0,00	0,72	1,55	0,00	1,34
	1 <i>+ de 10 parceiros</i>	33	0,37	0,00	1,00	0,20	0,00	2,70	0,55
	2 <i>não se aplica</i>	6	0,07	0,17	0,00	0,00	2,47	0,00	0,00
	3 <i>não respondeu</i>	2	0,02	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	3,37
Uso de drogas ilícitas na vida	0 <i>não</i>	41	0,46	1,00	0,00	0,00	2,17	0,00	0,00
	1 <i>sim</i>	48	0,54	0,00	1,00	1,00	0,00	1,86	1,86
Uso de substâncias psicoativas durante relações sexuais	0 <i>não</i>	52	0,58	0,86	0,00	0,73	1,48	0,00	1,25
	1 <i>sim</i>	31	0,35	0,00	0,96	0,27	0,00	2,76	0,78
	2 <i>não se aplica</i>	5	0,06	0,14	0,00	0,00	2,43	0,00	0,00
	3 <i>não respondeu</i>	1	0,01	0,00	0,04	0,00	0,00	3,63	0,00
Troca de sexo por dinheiro ou drogas	0 <i>não</i>	53	0,60	1,00	0,00	0,64	1,68	0,00	1,07
	1 <i>sim</i>	36	0,40	0,00	1,00	0,36	0,00	2,48	0,89

Fonte dos dados básicos: Projeto PESSOAS, GPEAS/DMPS/FM – UFMG - 2004.

*Nota: O/E é a razão entre cada uma das probabilidades observadas e as frequências esperadas (marginais).

A significância de λ_{kjl} está indicada por numerais em negrito.

Tabela 17 - Perfis de vulnerabilidade para HIV em USM observados no Estudo Piloto de Projeto Multicêntrico no Brasil.

	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 3
1. <i>Sexo</i>	feminino	masculino	Masculino
2. <i>Idade</i>	44 anos ou mais	35-43 anos	28-34 anos 18-27 anos
3. <i>Situação conjugal</i>	Em união	Em união	União no passado Solteiro
4. <i>História de morador de rua</i>	--	Sim	Não
5. <i>História de doença sexualmente transmissível</i>	Não Não respondeu	Sim	Não
6. <i>História de consumo de álcool</i>	Não	Sim	Sim
7. <i>Uso de preservativo nos últimos 6 meses</i>	Nunca	Nem sempre	Sempre Não se aplica
8. <i>Recusa do parceiro de usar preservativo</i>	Não respondeu	Sim	Não
9. <i>Uso de preservativo na última relação sexual</i>	Não Não se aplica Não respondeu	Não	Sim
10. <i>Se já sofreu algum tipo de violência sexual</i>	Sim	Não	--
11. <i>Percepção de risco relatada de “pegar AIDS”</i>	Nenhum risco Não quis informar	Há risco Não respondeu	Nenhum risco
12. <i>Número de parceiros sexuais na vida</i>	Até 10 Não se aplica	Mais de 10	Até 10 Não respondeu
13. <i>Uso de drogas ilícitas na vida</i>	Não	Sim	Sim
14. <i>Uso de substâncias psicoativas durante relações sexuais</i>	Não	Sim	Não
15. <i>Troca de sexo por dinheiro, drogas ou outros bens</i>	Não	Sim	--

*Fonte dos dados básicos: Projeto PESSOAS, GPEAS/DMPS/FM – UFMG - 2004.

Tabela 18 – Avaliação para escolha do número de perfis através do modelo de GoM.

Nº de possíveis respostas	Nº de Perfis considerados	Nº de indivíduos	Nº de gik para cada indivíduo	Total de parâmetros	-log likelihood	-2*log likelihood	AIC
44	3	89	3	399	-891	-1782.0	-984.0
44	4	89	4	532	-812	-1624.0	-560.0
44	5	89	5	665	-755	-1510.0	-180.0

NOTA: AIC=Critério de informação de Akaike.

Tabela 19 – Distribuição dos escores individuais – GoM (gik)¹ para cada tipo puro (n=89).

Perfil	Frequência	Percentual (%)
P1		
<i>Tipo Puro 1</i>	6	6,7
<i>misto 1 e 2</i>	7	7,9
<i>misto 1 e 3</i>	7	7,9
<i>misto 2 e 1</i>	6	6,7
P2		
<i>Tipo Puro 2</i>	21	23,6
<i>misto 2 e 3</i>	9	10,1
<i>misto 3 e 1</i>	10	11,2
<i>misto 3 e 2</i>	4	4,5
P3		
<i>Tipo Puro 3</i>	11	12,40
Sem predomínio	8	9,0
Total	89	100,0

(1) gik: Obtido a partir de um escore de grau de pertinência de um indivíduo.

(2) Tipo Puro ($gik < 1,00$ ou $gik \geq 0,75$), Misto ($0,50 \geq gik < 0,75$) e sem predomínio ($gik < 0,50$)

7 DISCUSSÃO

7.1 ANÁLISE DE PROCEDIMENTOS

O estudo mostrou-se viável considerando o estado mental dos participantes, o índice de aceitação para participação e consentimento para entrevista e coleta de sangue (vide tabelas 5 e 11). A entrevista foi bem conduzida, dentro do tempo aceitável para um estudo piloto. As perguntas formuladas são consideradas claras e sem ambigüidade, porém necessitam de terminologia adequada acompanhada de explicações e esclarecimentos.

Ressaltou-se ainda mais que supervisores e entrevistadores devem ser rigorosamente selecionados e treinados. Estes também se beneficiarão do manual instrutivo que foi elaborado.

Os resultados das entrevistas, apesar de não representarem toda a população dos serviços, indicam que esta população tem comportamento de alta vulnerabilidade em geral e especialmente para as doenças sexualmente transmissíveis. São preocupantes os dados referentes ao uso de álcool, drogas ilícitas, o não uso de preservativos, o alto grau de violência física e verbal, dentre outros. Estes dados enfatizam a relevância do tema e necessidade do estudo multicêntrico nacional proposto.

7.2 ANÁLISE DE CONFIABILIDADE

Os achados deste estudo indicam que o instrumento elaborado para o Projeto PESSOAS apresenta na maior parte dos itens confiabilidade de razoável a excelente para pesquisa sobre aspectos relacionados à vulnerabilidade para infecção por HIV/AIDS, sífilis, hepatites B e C, nos usuários da saúde mental.

Deve-se lembrar que a confiabilidade teste-reteste tem limitações: a realização da avaliação em dois momentos diferentes, tendo em vista que o comportamento sexual pode mudar rapidamente (é um fenômeno instável). Além disso, as entrevistas são afetadas pelo estigma social, erros de memória e desconforto diante do tema (CAREY *et al.*, 2004). Na interpretação dos resultados de estudos de confiabilidade, uma baixa confiabilidade pode não

significar necessariamente que o instrumento não é replicável, mas indicar que avaliou aspectos instáveis ao longo do tempo. Porém, uma alta confiabilidade pode ser resultante de erros sistemáticos e não de uma boa reprodutibilidade. Assim, para verificar a acurácia de instrumentos são recomendados estudos de validade.

Neste estudo piloto foi utilizado o intervalo de 1 semana nas avaliações. A amostra incluída foi heterogênea e não serão as mesmas unidades incluídas no estudo multicêntrico, porém representam uma população semelhante a que vai ser submetida ao multicêntrico, i.e., usuários de serviços de saúde mental provenientes de Centros de Atenção Psicossocial ou de hospitais públicos ou conveniados com o Sistema Único de Saúde. A amostra foi maior do que a utilizada em outros estudos de confiabilidade em USM (SOHLER *et al.*, 2000; MCKINNON *et al.*, 1993; CAREY *et al.*, 2001; MAHLER, 1995; ROSENBERG *et al.*, 2003).

O menor grau de concordância entre observadores do que com o mesmo observador deve ser salientado devido à multiplicidade de entrevistadores que participarão do projeto principal, indicando a necessidade de atenção no treinamento e padronização das entrevistas. Os estudos com critérios operacionais e entrevistas padronizadas têm o objetivo de aumentar a concordância entre diferentes investigadores e possibilitar comparações de resultados (MENEZES & NASCIMENTO, 2000).

Para o Projeto PESSOAS, as questões de maior importância são as de vulnerabilidade, em especial aquelas sobre violência, comportamentos e situações de risco. Em boa parte houve concordância razoável a excelente, inclusive para violência sexual. No entanto, violências verbais e físicas demonstraram baixa confiabilidade, principalmente interavaliadores. A história de recusa do parceiro para utilizar preservativo apresentou também menor confiabilidade, juntamente com a percepção de risco (principalmente em indivíduos delirantes). Porém, as questões sobre uso de substâncias psicoativas, apresentaram índices razoáveis a excelentes, assim como o número de parceiros, história de morador de rua, consumo de álcool ou drogas durante relações sexuais e troca de sexo por dinheiro ou drogas. A lembrança da história pessoal de doenças nem sempre é fácil, principalmente doenças sexualmente transmissíveis, que pode resultar em preconceito. Observação semelhante

também pode ser aplicada aos comportamentos sexuais e uso de substâncias psicoativas ilícitas.

Em outros estudos de confiabilidade, como o de SOHLER *et al.* (2000), onde foi aplicado duas vezes (intervalo de uma a duas semanas) um questionário de auto-resposta, em 39 moradores de rua, do sexo masculino e portadores de transtorno mental grave, o índice Kappa variou de 0,69 a 0,93 e o coeficiente de correlação intraclasse - CCI de 0,49 a 0,90. A conclusão do trabalho foi que auto-respostas confiáveis podem ser obtidas nesta população.

MCKINNON *et al.* (1993), também encontraram valores altos de Kappa (0,82) e CCI (0,60 a 0,88) em 27 pacientes portadores de transtorno mental grave após estabilização do quadro clínico, no exame de relatos da atividade sexual recente.

CAREY *et al.* (2001) em pesquisa com 66 pacientes ambulatoriais, aplicando questionário para avaliar comportamento sexual de risco, encontraram valores de CCI variando de 0,47 a 0,98. MAHLER (1995), em pesquisa com USM obteve valores de CCI de 0,72 para frequência do uso de preservativos e 0,95 para número de parceiros. ROSENBERG *et al.* (2003), em 77 usuários de serviços de saúde mental, encontraram CCI de 0,71 a 0,96 e Kappa de 0,66 a 0,96, variando a confiabilidade entre boa e excelente para os diversos itens. KALICHMAN *et al.* (1994) em outro estudo, avaliou somente a concordância simples e obteve valores maiores que 90%.

É necessário assinalar que apesar do uso da avaliação pelo Kappa para variáveis categóricas ser crescente em estudos de confiabilidade, o índice não detecta bias entre entrevistadores. O Teste de McNemar modificado e o Teste de homogeneidade marginal, entre outros, são utilizados para detectar bias entre dois entrevistadores, porém o Índice de Bias é proposto devido à possibilidade de avaliação da extensão da concordância (LUDBROOK, 2004). Vários estudos utilizam o coeficiente de correlação intraclasse para variáveis contínuas, porém não identifica diferenças sistemáticas. Os métodos de regressão linear, entre outros, são mais sensíveis para detectar bias, embora o uso não seja tão simples. As diferentes estratégias para exame da confiabilidade apresentam vantagens e desvantagens, os pesquisadores devem considerar estes fatos, os objetivos do teste de confiabilidade, a

possibilidade de uso e até reportar mais de um método nos resultados (LUIZ & SZKLO, 2005; VET, TERWEE & BOUTER, 2003).

Assim, a sensibilização do entrevistador participante na pesquisa principal de vulnerabilidade para HIV e DST em USM é essencial, além do conhecimento adequado dos instrumentos e protocolo de pesquisa, que dependerão também da qualidade do manual instrutivo.

7.3 ANÁLISE DOS PERFIS DE VULNERABILIDADE PELO GOM

A análise dos perfis de vulnerabilidade pelo GoM avaliados pelo instrumento e amostra do Estudo Piloto do Projeto PESSOAS, reproduziu perfis para infecção pelo HIV e DST compatíveis com as pesquisas publicadas na literatura científica.

No perfil um foram observados indivíduos do sexo feminino que relataram a não utilização de preservativos nas relações sexuais, provavelmente por estarem em união ou casadas. Este comportamento coloca estes indivíduos em risco para infecção por DST, apesar de não apresentarem outros comportamentos considerados como de risco (uso de drogas lícitas ou ilícitas e maior número de parceiros sexuais na vida, por exemplo). Também aponta para outros temas importantes na avaliação da vulnerabilidade que é a história de violência sexual, que foi predominante neste grupo. Já no perfil dois, que foi o de pertencimento mais frequente (23,6%, 21 indivíduos), é preocupante o amplo leque de comportamentos e situações de risco que estes indivíduos estão expostos, mesmo admitindo a percepção de que há risco. Além disso são indivíduos do sexo masculino e na sua maior proporção em união, ou seja, tem o risco de transmitir para os parceiros também. Agora, os indivíduos do perfil três relataram uso de preservativo ou sem história de atividade sexual nos últimos seis meses. Contraditoriamente são indivíduos pertencentes a faixas etárias mais jovens e solteiros ou com história de união no passado, que poderia assinalar maior risco, segundo os dados já publicados. Porém relataram uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, que estão relacionadas a uma maior vulnerabilidade para doenças sexualmente transmissíveis.

O investigador ao estruturar um instrumento de pesquisa, objetiva principalmente alcançar dados válidos e confiáveis, que possam responder às hipóteses formuladas e contribuir para a ciência. Uma forma de corresponder a estes anseios é desenvolver uma série de atividades que possam garantir a qualidade, como elaborar protocolos, planejar e executar treinamento, realizar pré-teste e estudo piloto (SZKLO & NETO 2000; WEINHARDT *et al.*, 1998).

A validade de um teste refere-se ao que ele mede e quão bem realiza tal feito. Deve ser estabelecida com referência ao uso específico para o qual o teste está sendo considerado. Os métodos empregados atualmente são numerosos e tem vários nomes. O estágio atual reflete duas tendências principais que são, a orientação teórica e a verificação da ligação com a teoria através da testagem de hipóteses empíricas e experimentais. Conceitos antigos de validação foram integrados ao conceito abrangente de validade de construto, termo introduzido oficialmente em 1954 (no Technical Recommendations for Psychological Tests and Diagnostic Techniques), por clássico artigo de CRONBACH E MEEHL (1955 apud PASQUALI, 2003, p164). Embora o conceito já tivesse “*uma história de sob outros nomes, tais como validade intrínseca, validade fatorial e até validade aparente (face validity)*” (PASQUALI, 2003).

Segundo PASQUALI (2003), “*parece, entretanto, que o conceito de validade dos testes psicológicos irá finalmente se reduzir à validade de construto, sendo o de conteúdo e o de critério apenas aspectos da validade de construto*”. A validade de construto de um teste é a extensão em que pode-se afirmar que o teste mede um construto teórico (exemplos: ansiedade, aptidão escolar, habilidades, vulnerabilidade, compreensão mecânica e qualidade de vida).

Um dos recursos utilizados para auxiliar no processo de validação do construto é a análise fatorial ou técnicas similares, como o GoM. Para fins de validação de um instrumento de pesquisa, ressalta-se que um mesmo teste, quando empregado para finalidades diferentes, deve ser validado de maneiras diferentes e requer a acumulação gradual de informações de várias fontes (ANASTASI & URBINA, 2000). Ou seja, quase todas as informações no processo de desenvolver ou utilizar um teste são relevantes para a sua validade, mediante as dificuldades de viabilizar a demonstração. Procedimentos como a avaliação de confiabilidade ajudam a definir a homogeneidade do construto e a estabilidade temporal. “*O problema não é descobrir o*

construto a partir de uma representação existente (teste), mas sim descobrir se a representação (teste) constitui uma representação legítima, adequada do construto” (PASQUALI, 2003).

Neste estudo o GoM foi agregado à análise do piloto e reproduziu perfis de vulnerabilidade que assinalam a importância do uso de substâncias psicoativas, troca de dinheiro ou drogas por sexo, múltiplos parceiros, violência sexual, sexo não protegido e a dificuldade das mulheres em negociar o uso de preservativos.

Assim, o GoM foi adequado para demonstrar a ocorrência de perfis de vulnerabilidade em usuários de serviços de saúde mental. Além disso, o modelo reconhece que há indivíduos que não são característicos de qualquer perfil extremo e isso fica claro através dos perfis mistos observados no parâmetro *gik* (Tabela 19). A existência de indivíduos que estão “no meio do caminho”, ou seja, que não se inserem nos perfis demonstrados é apenas um reflexo da heterogeneidade em nível individual, que existe em qualquer população. Embora existam tipos puros bem definidos, existem aqueles que deles se desviam em maior ou menor medida. É razoável pensar que uma amostra maior possa verificar se essa diferença é reiterada e se indica a existência de outros perfis em USM.

Os resultados apresentados são importantes para o conhecimento de aspectos relacionados a vulnerabilidade ao HIV e outras DST em USM. Uma vez, que contêm mais variáveis de diferentes domínios, utilizaram um método que tem poder de avaliar graus de pertinência e um instrumento que demonstrou confiabilidade. Assim, é importante salientar que não é possível um “padrão ouro” para o estudo de vulnerabilidade comportamental para a infecção por HIV e outras DST. Existem poucos trabalhos na literatura que abordam a validade de estudos em comportamento sexual. Cabe ao estudo principal (multicêntrico) o aprofundamento da análise destes perfis e de outros que possam surgir na análise de uma amostra maior, abrangendo a diversidade das regiões brasileiras. A maior contribuição será o melhor entendimento conceitual da vulnerabilidade nesta população, pois o comportamento individual é mutável e é socialmente construído (AYRES *et al.*, 2003).

8 CONCLUSÃO

Os resultados apresentados no Estudo Piloto do Projeto PESSOAS mostram de razoável a excelente confiabilidade teste-reteste e interavaliadores. Além disso, a aplicação do modelo de GoM ao questionário do estudo piloto, revelou a ocorrência de perfis de vulnerabilidade em usuários da saúde mental para infecção pelo HIV e DST, resultado esperado com base na literatura.

O Estudo Multicêntrico, que será realizado com a metodologia aperfeiçoada no Piloto, poderá contribuir para melhor caracterização dos perfis de vulnerabilidade nesta população. Este fato possibilitará o conhecimento em maior profundidade das complexas inter-relações entre o HIV/Aids e populações como a dos usuários de serviços de saúde mental. Políticas públicas e os cuidados em saúde, a partir destes achados, poderão agir mais efetivamente em suas medidas preventivas.

9 RECOMENDAÇÕES

1. Em pesquisas sobre doenças sexualmente transmissíveis em usuários de serviços de saúde mental, deve-se salientar a necessidade de avaliar a compreensão das perguntas do instrumento utilizado, bem como a construção de uma definição operacional que seja clara para o paciente.
2. Treinamento específico para entrevistadores em estudos com usuários de serviços de saúde mental, principalmente em temas que envolvam sexualidade, DST e vulnerabilidade.
3. É importante o uso de diferentes métodos para verificar as pesquisas sob o ponto de vista metodológico, pois este procedimento auxilia na melhor avaliação da confiabilidade e validade do estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, R.C.; PEDROSO, E.R.P. Vulnerabilidade e exposição a marcadores sorológicos dos vírus da imunodeficiência humana, hepatites B e C, vírus linfotrópico de células T humanas e sífilis em pacientes psiquiátricos internados em hospital público. **Rev Med Minas Gerais** 2004; 14(4):244-50.
2. ALMEIDA, R.C. **Comportamentos, situações de risco e exposição aos marcadores sorológicos dos vírus da imunodeficiência humana, hepatites B e C, vírus linfotrópico de células T humanas, sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis em pacientes psiquiátricos internados em hospital público.** Belo Horizonte, 224p, tese de doutorado. Medicina Tropical. Faculdade de Medicina da UFMG, 2002.
3. ANASTASI, A. **Testagem psicológica/** Anne Anastasi e Susana Urbin ; trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, 575p.
4. AUERBACK, J.D.; COATES, T.J. HIV prevention research: accomplishments and challenges for the third decade of AIDS. **Am J Public Health** 2000;90:1029-32
5. AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA, J.R.I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência.** Organizado por Dina Czeresnia. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.
6. AYRES J.R.C.M. **Sobre o Risco – para compreender a epidemiologia.** São Paulo: Hucitec, 1997.
7. BARBOSA, L.D.M. **Perfis de vulnerabilidade ao risco de contrair o HIV nas Regiões Nordeste e Sudeste brasileiras: aspectos individuais e da comunidade.** 2001. 158f. Tese (Doutorado) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.
8. BEISER, M.; CARGO, M.; WOODBURY, M.A. A comparison of psychiatric disorder in different cultures: depressive typologies in Southeast-Asian refugees and resident Canadians. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, v.4, n.3, p.157-172, 1994.
9. BONOLO, P.F. **Terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV/aids, Belo Horizonte, 2001-2003: o desafio da adesão.** [Tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, UFMG; 2005.
10. BRUNETTE, M.F.; DRAKE, R.E.; MARSH, B.J.; TORREY, W.C.; ROSENBERG, S.D. Five-Site Health and Risk Study Research Committee. Responding to blood-borne infections among persons with severe mental illness. **Psychiatr Serv.** 2003 Jun;54(6):860-5.
11. BRUNETTE, M.F.; ROSENBERG, S.D.; GOODMAN, L.A.; MUESER, K.T.; OSHER, F.C.; VIDAVER, R. *et al.* HIV risk factors among people with severe

- mental illness in urban and rural areas, **Psychiatric Services** **50** (1999), pp. 556–558.
12. BUTTERFIELD, M.I.; BOSWORTH, H.B.; MEADOR, K.G.; STECHUCHA, K.M.; ESSOCK, S.M.; OSHER, F.C. *et al.* Gender differences in hepatitis C infection and risks among persons with severe mental illness, **Psychiatric Services** **54** (2003), pp. 848–853.
 13. BUTTERFIELD, M.I.; BOSWORTH, H.B.; STECHUCHAK, K.M.; FROTHINGHAM, R.; BASTIAN, L.A.; MEADOR, K.G.; SWARTZ, M.; HORNER, R.D. Racial differences in hepatitis B and hepatitis C and associated risk behaviors in veterans with severe mental illness. **J Natl Med Assoc.** 2004 Jan;96(1):43-52.
 14. CAREY, M.P.; CAREY, K.B.; KALICHMAN, S.C. Risk for human immunodeficiency virus (HIV) infection among persons with severe mental illnesses. **Clinical Psychology Review** 17:271–291, 1997^b
 15. CAREY, M.P.; CAREY, K.B.; WEINHARDT, L.S. *et al.* Behavioral risk for HIV infection among adults with a severe and persistent mental illness: patterns and psychological antecedents. **Community Mental Health Journal** 33: 133–142, 1997.
 16. CAREY, M.P.; CAREY, K.B.; GLEASON, J.R.; GORDON, C.M.; BREWER, K.K. HIV risk behavior among outpatients at a state psychiatric hospital: Prevalence and risk modeling, **Behavior Therapy** **30** (1999), pp. 389–406.
 17. CAREY, M.P.; CAREY, K.B.; MAISTO, S.A.; GORDON, C.M.; VANEABLE, P.A. Prevalence and correlates of sexual activity and HIV-related risk behavior among psychiatric outpatients, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 69 (2001), pp. 846–850.
 18. 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. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 192, n.4, april 2004, p.289-296.
 19. CAREY, M.P.; CAREY, K.B.; MAISTO, S.A.; GORDON, C.M.; SCHRODER, K.E.E.; VANABLE, P.A. Reducing HIV-risk behavior among adults receiving outpatient psychiatric treatment: Results from a randomized controlled trial, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 72 (2004), pp. 252–268
 20. CARMEN, E.; BRADY, S.M. AIDS risk and prevention for the chronically mentally ill. **Hospital and Community Psychiatry**, 41:652–657, 1990
 21. CASSIDY, F.; PIEPER, C.F.; CARROLL, B.J. Subtypes of Mania Determined by Grade of Membership Analysis. **Neuropsychopharmacology**, 2001-VOL. 25, n.3, p373-383.

22. CATES J.A.; GRAHAM L.L. HIV and serious mental illness: reducing the risk. **Community Mental Health Journal**, 29:35–47, 1993
23. CERQUEIRA, C.A. **Tipologia e características dos estabelecimentos escolares brasileiros**. 295p. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
24. CHANDRA, P.S.; CAREY, M.P.; CAREY, K.B.; PRASADA RAO, P.S.D.V.; JAIRAM, K.R.; THOMAS, T. HIV risk behavior among psychiatric inpatients: Results from a hospital-wide screening study in southern India, **International Journal of STD & AIDS**, 14 (2003), pp. 532–538.
25. CHEN, C.H. Seroprevalence of human immunodeficiency virus infection among Chinese psychiatric patients in Taiwan. *Acta Psychiatr Scand.* 1994 Jun;89(6): 441-442. **Acta Psychiatr Scand.**, 1994 Jun;89(6):441-2.
26. CORDER, E.H.; ERVIN, J.F.; LOCKHART, E.; SZYMANSKY, M.H.; SCHMECHEL, D.E.; HULETTE, C.M. Cardiovascular damage in Alzheimer Disease: autopsy findings from the Bryan ADRC. **Journal of Biomedicine and Biotechnology**, 2005:2 (2005), 189-197.
27. CURNOS, F.; HORWATH, E.; GUIDO, J.R.; MCKINNON, K.; HOPKINS, N. HIV-1 infection at two public psychiatric hospitals in New York City. **AIDS Care**, 1994;6(4):443-52.
28. CURNOS, F.; EMPFIELD, M.; HORWATH, E.; MCKINNON, K.; MEYER, I.; SCHRAGE, H.; CURRIE, C.; AGOSIN, B. Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. **Am J Psych**, 1991; 15:228-2.
29. CURNOS, F.; GUIDO, J.; COOMARASWAMY, S.; MEYER-BASHBURG, H.; SUGDEN, R.; HORWATH, W. Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia, **American Journal of Psychiatry**, 151 (1994), pp. 228–232
30. CURNOS, F.; MCKINNON, K. HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the United States: a critical review. **Clinical Psychology Review**, 17:259–269, 1997.
31. COVERDALE, J.H.; TUBOTT, S.H. Risk behaviors for sexually transmitted infections among men with mental disorders, **Psychiatric Services**, 51 (2000), pp. 234–238.
32. COVERDALE, J.H.; TURBOTT, S.H.; ROBERTS, H. Family planning needs and STD risk behaviors of female psychiatric outpatients, **British Journal of Psychiatry**, 171 (1997), pp. 69–72.

33. DAVIDSON, S.; JUDD, F.; JOLLEY, D.; HOCKING, B. ; THOMPSON, S.; HYLAND, B. Risk factors for HIV/AIDS and hepatitis C among the chronically mentally ill, **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 35 (2001), pp. 203–209.
34. DELOR, F; HUBERT, M. Revisiting the concept of vulnerability. **Social Science & Medicine**, 2000; Volume 50, Issue 11, pages 1557-1570.
35. DESAI, M.M.; ROSENHECK, R.A. HIV testing and receipt of test results among homeless persons with serious mental illness. **Am J Psychiatry**, 2004 Dec;161(12): 2287-94.
36. DI NARDO, V.; PETROSILLO, N.; IPPOLITO, G.; BONAVENTURA, M.E.; PURO, V.; CHIARETTI, B.; TOSONI, M. Prevalence and incidence of hepatitis B virus, hepatitis C virus and human immunodeficiency virus among personnel and patients of a psychiatric hospital. **Eur J Epidemiol**, 1995 Apr;11(2):239-42.
37. EMPFIELD, M.; COURNOS, F. ; MEYER, I.; MCKINON, K.; HORWATH, E.; SILVER, M. *et al.* HIV seroprevalence among homeless patients admitted to a psychiatric inpatient unit, **American Journal of Psychiatry**, 150 (1993), pp. 47–52.
38. ESSOCK, S.M.; DOWDEN, S.; CONSTANTINE, N.T.; KATZ, L.; SWARTZ, M.S.; MEADOR, K.G.; OSHER, F.C.; ROSENBERG, S.D. Five-Site Health and Risk Study Research Committee. Risk factors for HIV, hepatitis B, and hepatitis C among persons with severe mental illness. **Psychiatr Serv**, Jun;54(6):836-41, 2003.
39. FLEISS, J.L. **Statistical Methods for Rates and Proportions**. 2nd ed. New York, NY: John Wiley and Sons; 1981.
40. FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Minimal state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiat Res** 12:189-98, 1975.
41. GOODMAN, L.A.; FALLOT, R.D. HIV risk-behavior in poor urban women with serious mental illness: Association with childhood physical and sexual abuse, **American Journal of Orthopsychiatry**, 68 (1998), pp. 73–83.
42. GOODMAN, L.A.; ROSENBERG, S.D.; MUESER, K.T.; DRAKE, R.E. Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. **Schizophr Bull**, 1997;23(4): 685-96.
43. GRASSI, L.; PAVANATI M, C.R. *et al.* HIV risk behavior and knowledge about HIV/AIDS among patients with schizophrenia. **Psychological Medicine**, 29:171–179, 1999.

44. GRASSI, L.; BIANCOSINO, B.; RIGHI, R.; FINOTTI, L.; PERON, L. Knowledge about HIV transmission and prevention among italian patients with psychiatric disorders. **Psychiatric Service**, 52:679-681, 2001.
45. GUIMARÃES, M.D.C.; OLIVEIRA, H.N.; CAMPOS, L.N.; MELO, A.P.S.; CARDOSO, C.S.; SIQUEIRA, A.; BARROS, H.L.; OLIVEIRA, S.B.; ACÚRCIO, F.A.; FREITAS, M.I.F.; ALMEIDA, R.C. *et al.* **Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final.** Belo Horizonte, 2004, 47p.
46. GWET, K. **Computing Inter-Rater Reliability with the SAS System. Series: Statistical Methods for Inter-Rater Reliability Assessment**, n. 3, ococtober 2002.
47. JOHNSON-MASOTTI, A.P.; WEINHARDT, L.S.; PINKERTON, S.D.; OTTO-SALAJ, L.L. Efficacy and cost-effectiveness of the first generation of HIV prevention interventions for people with severe and persistent mental illness. **J Ment Health Policy Econ.** 2003 Mar;6(1):23-35.
48. KALICHMAN, S.C.; CAREY, M.P.; CAREY, K.B. Human immunodeficiency virus (HIV) risk among the seriously mentally ill. **Clinical Psychology: Science and Practice** 3:130– 143, 1996.
49. KALICHMAN, S.C.; KELLY, J.A.; JOHNSON, J.R. *et al.* Factors associated with risk for HIV infection among chronic mentally ill adults. **American Journal of Psychiatry**, 151:221– 227, 1994
50. KELLY, J.A.; MURPHY, D.A.; BAHR, G.R.; BRASFIELD, T.L.; DAVIS, D.R.; HAUTH, A.C. *et al.* AIDS/HIV risk behavior among the chronic mentally ill. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v.149, p.886-889, 1992.
51. KELLY, J.A.; MURPHY, D.A.; SIKKEMA, K.J. *et al.* Predictors of high and low levels of HIV risk behavior among adults with chronic mental illness. **Psychiatric Services**, 46: 813–818, 1995
52. KELSEY, J.L. **Methods in observational epidemiology.** New York: Oxford University Press, 1986.
53. KIM, A.; GALANTER, M.; CASTANEDA, R.; LIFSHUTZ, H.; FRANCO, H. Crack cocaine use and sexual behavior among psychiatric inpatients, **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 18 (1992), pp. 235–246.
54. KLINKENBERG, W.D.; CASLYN R.J.; MORSE, G.A.; YONKER R.D.; MCCUDDEN, S.; KETEMA, F.; CONSTANTINE, N.T. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B, and hepatitis C among homeless persons with

- co-occurring severe mental illness and substance use disorders. **Compr Psychiatry**, 2003 Jul-Aug;44(4):293-302.
55. KNOX, M.D.; BOAZ, T.L.; FRIEDRICH, M.A.; DOW, M.G. HIV risk factors for persons with serious mental illness, **Community Mental Health Journal**, 30 (1994), pp. 551–563
 56. LEE, H.K.; TRAVIN, S.; BLUESTONE, H. HIV-1 in inpatients. **Hosp Community Psychiatry**.1992 Feb;43(2):181-2.
 57. LUDBROOK, J. Detecting systematic bias between two raters. **Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology** (2004), 31, 113-115.
 58. LUIZ, R.R; SZKLO, M. More than one statistical strategy to assess agreement of quantitative measurements may usefully be reported. **Journal of Clinical Epidemiology**, 58(2005), 215-216.
 59. LYKETSOS, C.G.; STORCH, D.D.; LANN, H.D.; FINN, R.; HABER, R.; MENG, R. HIV-1 among inner city dually diagnosed inpatients. **Am J Drug Alcohol Abuse**. 1994;20(1):101-13.
 60. MACHADO, C. J. **Perfis de morbidade infantil no estado de São Paulo, 1994: uma aplicação de Grade of Membership à análise de causas múltiplas de morte**. 1997. 126f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.
 61. MAHLER, J.; YI, D.; SACKS, M.; DERMATIS, H.; STEBINGER, A.; CARD, C.; PERRY, S. Undetected HIV infection among patients admitted to an alcohol rehabilitation unit. **Am J Psychiatry**. 1994 Mar;151(3):439-40.
 62. MANN, C.G.; OLIVEIRA, S.B.; OLIVEIRA, C.S.S. **Guia para Profissionais de Saúde Mental/ Sexualidade & DST/AIDS: discutindo o subjetivo de forma objetiva** – Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ IFB – 2002.
 63. MANN, J. et al (Orgs.). **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro:Relume-Dumará, 1993. 321 p.
 64. MANTON, K.G.; WOODBURY, M.A.; TOLLEY, H.D. **Statistical applications using fuzzy sets**. New York,: Jonh Wiley & Sons, 1994. 312p.
 65. MCDERMOTT, B.E.; SAUTTER, F.J.; WINSTEAD, D.K. et al. Diagnosis, health beliefs, and risk of HIV infection in psychiatric patients. **Hospital and Community Psychiatry**, 45:580– 585, 1994.

66. MCKINNON, K.; CAREY, M.P.; COURNOS, F. Research On Hiv, Aids, And Severe Mental Illness: Recommendations From The Nih National Conference. **Clinical Psychology Review**, Vol. 17, No. 3, 327-331, 1997 pp.
67. MCKINNON, K.; COURNOS, F.; SUGDEN, R. et al. The relative contributions of psychiatric symptoms and AIDS knowledge to HIV risk behaviors among people with severe mental illness. **Journal of Clinical Psychiatry**, 57:506–513, 1996.
68. MCKINNON K.; COURNOS F.; MEYER-BAHLBURG, H.F.L.; GUIDO, J.R.; CARBALLO, L.R.; MARGOSHES, E.S.; HERMAN, R.; GRUEN, R.S.; EXNER, T.M. Reliability of sexual risk behavior interviews with psychiatric patients. **Am J Psychiatry** 150:6, June 1993.
69. MCKINNON, K.; COURNOS, F.; HERMAN, R.; A lifetime alcohol or other drug use disorder and specific psychiatric symptoms predict sexual risk and HIV infection among people with severe mental illness, **AIDS and Behavior** 5 (2001), pp. 233–240.
70. MEADE, C.S.; SIKKEMA, K.J. Hiv risk behavior among adults with severe mental illness: a systematic review. **Clinical Psychology Review** 25 (2005) 433-457.
71. MENEZES, P.R.; NASCIMENTO, A.F. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In: Gorenstein, C.; Andrade, H.S.G.; Zuardi, A.W.; **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 23-28, 2000.
72. MENON, A.S.; POMERANTZ, S. Substance use during sex and unsafe sexual behaviors among acute psychiatric inpatients, **Psychiatric Services**, 48 (1997), pp. 1070–2.
73. MILLER, L.J.; FINNERTY, M. Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. **Psychiatric Services**, 47:502–506, 1996.
74. MEYER, I.; MCKINNON, K.; COURNOS, F.; EMPFIELD, M.; BAVLI, S.; ENGEL, D.; WEINSTOCK, A. HIV seroprevalence among long-stay patients in a state psychiatric hospital. **Hosp Community Psychiatry**. 1993 Mar;44(3):282-4.
75. MEYER, J.M. Prevalence of hepatitis A, hepatitis B, and HIV among hepatitis C-seropositive state hospital patients: results from Oregon State Hospital. **J Clin Psychiatry**. 2003 May;64(5):540-5.
76. NABER, D.; PAJONK, F.G.; PERRO, C.; LOHMER, B. Human immunodeficiency virus antibody test and seroprevalence in psychiatric patients. **Hosp Community Psychiatry**. 1992 Feb;43(2):181-2.

77. **NATIONAL HOUSEHOLD SURVEY ON DRUG ABUSE: MAIN FINDINGS.** Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 1995.
78. **OMS. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** 2001.
79. OTTO-SALAJ, L.L. ; HECKMAN, T.G.; STEVENSON, L.Y.; KELLY, J.A. Patterns, predictors, and gender differences in HIV risk among severely mentally ill men and women, **Community Mental Health Journal**, 34 (1998), pp. 175–190.
80. PARKER, R.; CAMARGO, J.R KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública.** RJ, 16(Sup.1):89-102,2000.
81. PASQUALI, L. Parâmetros Psicométricos dos Testes Psicológicos. In: **Técnicas de Exame Psicológico – TEP: manual**, São Paulo: Casa do Psicólogo/ CFP, 2001.
82. PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação/Luiz Pasquali.** – Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
83. PEREIRA, C.C.A. **Causas múltiplas de morte relacionadas ao HIV/AIDS nos municípios de São Paulo e Santos, 2001.** 83p. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.
84. PRINCE, M.; STEWART, R.; FORD, T.; HOTOPF, M. **Practical psychiatric epidemiology.** Oxford University Press, 2003, 414p.
85. RAHAV, M.; NUTTBROCK, L.; RIVERA, J.; LINK, B. HIV infection risks among homeless, mentally ill, chemically misusing men. **Substance Use and Misuse**, 33 (1998), pp. 1407–1426.
86. RECTOR, N.A.; SEEMAN, M.V. Schizophrenia and AIDS. **Hospital and Community Psychiatry**, 43:181–182, 1992.
87. ROSENBERG, S.D.; TRUMBETTA, S.L.; MUESSER, K.T.; GOODMAN, L.A.; OSHER, F.C.; VIDAVER, R.M. *et al.* Determinants of risk behavior for human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in people with severe mental illness, **Comprehensive Psychiatry**, 42 (2001^a), pp. 263–271.
88. ROSENBERG, S.D.; GOODMAN, L.A.; OSHER, F.C. *et al.* Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. **American Journal of Public Health**, 91:31–37, 2001^b
89. ROSENBERG, S.; SWANSON, J.W.; WOLFORD, G.I.; MARSH, B.; OSHER, F.C.; SWARTZ, M.S.; ESSOCK, S.M.; BUTTERFIELD, M.I. and the Five-Site Health and Risk Study Research Committee. The five-site health and risk study of

- blood-borne infections among persons with severe mental illness. **Psychiatric Services**, June 2003, v. 54, n6, p827-835.
90. ROTHBARD, A.B.; METRAUX, S.; BLANK, M.B. Cost of care of medicaid recipients with serious mental illness and HIV infection ou AIDS. **Psychiatric Services**, September 2003, vol. 54, n9: 1240-6.
 91. SACKS, M.; DERMATIS, H.; LOOSER-OTT, S. et al. **Seroprevalence of HIV and risk factors for AIDS in psychiatric inpatients**. *Hospital and Community Psychiatry*, 43:736–737, 1992.
 92. SACKS, M.H. *et al.* HIV related risk factors in acute psychiatric inpatients. **Hosp Comm Psych**, 1990; v.41, n.4, p.449-451, 1990.
 93. SACKS, M.; DERMATIS, H. Acute psychiatric illness: Effects on HIV-risk behavior. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, 17 (1994), pp. 5–19.
 94. SAWYER, D.; BELTRÃO, K. I. **Healthy household and child survival in Brazil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1992. 27p. (Relatórios Técnicos IBGE; 10/92).
 95. SCHWARTZ-WATTS, D.; MONTGOMERY, L.D.; MORGAN, D.W. Seroprevalence of human immunodeficiency virus among inpatient pretrial detainees. **Bull Am Acad Psychiatry Law**. 1995;23(2):285-8.
 96. SHIELD, H.; FAIRBROTHER, G.; OBMANN, H. Sexual health knowledge and risk behaviour in young people with first episode psychosis. **Int J Ment Health Nurs**. 2005 Jun;14(2):149-54.
 97. SHROUT, P.E. Reliability. In: **Textbook in psychiatry epidemiology** / edited by Ming T. Tsuan, Maurício Tohen. – 2nd ed. p131-147. 722p, 2002.
 98. SILBERSTEIN, C.; GALANTER, M.; MARMON, M. et al. HIV-1 among inner city dually diagnosed inpatients. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 20:101–113, 1994.
 99. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213p.
 100. SOHLER, N.; COLSON, P.W.; MEYER-BAHLBURG, H.F.L.; SUSSER, E. Reliability of self-reports about sexual risk behavior for HIV among homeless men with severe mental illness. **Psychiatric Services**, June 2000, vol 51, p814-816.
 101. SOUZA, M.S.; BARBOSA, M.A.; BORGES, A.M.T.; DAHER, R.R.; BRINGEL, R.M.; MARTINS, R.M.B.; CARDOSO, D.D.P. Soroprevalência da infecção pelo

- vírus da hepatite B em portadores de doença mental. **Rev Bras Psiquiatr**, 2004;26(1):35-8.
102. SOUZA, M.S.L. **Guia para redação e apresentação de monografias, dissertações e teses/** Maria Suzana de Lemos Souza. 3.ed. ver.aum. Belo Horizonte: Coopmed, 2005, 170p.
 103. STEELE, F.R. A moving target: CDC still trying to estimate HIV-1 prevalence. **Journal of NIH Research**, 6:25–26, 1994
 104. STEINER, J.; LUSSIER, R.; ROSENBLATT, W. Knowledge about and risk factors for AIDS in a day hospital population. **Hospital and Community Psychiatry**, 43:734–735, 1992
 105. STEWART, D.L.; ZUCKERMAN, C.J.; INGLE, J.M. HIV seroprevalence in a chronically mentally ill population. **Journal of the National Medical Association**, 86:519–523, 1994
 106. SUSSER, E.; VALENCIA, E.; MILLER, M.; TSAI, W.Y.; MEYER-BAHLBURG, H. and CONOVER, S.; Sexual behavior of homeless mentally ill men at risk for HIV, **American Journal of Psychiatry**, 152 (1995), pp. 583–587.
 107. SUSSER, E.; VALENCIA, E.; CONOVER, S. Prevalence of HIV infection among psychiatric patients in a New York City men's shelter. **Am J Public Health**. 1993 Apr;83(4):568-70.
 108. SZÁDÓCZKY, E.; RÓZSA,S.; PATTEN, S.; ARATÓ, M.; FUREDI,J. Lifetime patterns of depressive symptoms in the community and among primary care attenders: an application of grade of membership analysis. **Journal of Affective Disorders**, 77 (2003)31-39.
 109. SZKLO, M.; NIETO, J.F. **Epidemiology: Beyond the Basics**. Maryland: Aspen Publishers, 2000.
 110. THOMPSON, S.C.; CHECKELY, G.E.; HOCKING, J.S.; CROFTS, N.; MIJCH, A.M.; JUDD, F.K. HIV risk behavior in HIV testing of psychiatric patients in Melbourne, **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 31 (1997), pp. 566–576.
 111. UNAIDS, **Report on the global HIV/AIDS epidemic**, World Health Organization, Geneva (2002).
 112. VALLERAND, R.J. Vers Une Méthodologie de Validation Trans-culturelle de Questionnaires Psychologiques: Implications pour la Recherche en Langue Française. **Canadian Psychology/Psychologie Canadienne**, 1989,30:4,662-80.

113. VET, H.C.W.; TERWEE, C.B.; BOUTER, L.M. Current challenges in clinimetrics. **Journal of Clinical Epidemiology**, 56 (2003) 1137-1141.
114. VOLAVKA, J.; CONVIT, A.; CZOBOR, P.; DOUYON, R.; O'DONNELL, J.; VENTURA, F. HIV seroprevalence and risk behaviors in psychiatric inpatients. **Psychiatry Research**; 1991, 39:109-114.
115. WEINHARDT, L.S.; FORSYTH, A.D.; CAREY, M.P.; JAWORSKI, B.C.; DURANT, L.E. Reliability and Validity of Self-Report Measures of HIV-Related Sexual Behavior: Progress Since 1990 and Recommendations for Research and Practice. **Archives of Sexual Behavior**, Vol. 27, No. 2, 1998, 155-180.
116. WEINHARDT, L.S.; CAREY, M.P.; CAREY, K.B. HIV-risk behavior and the public health context of HIV/AIDS among women living with severe mental illness and persistent mental illness, **Journal of Nervous Disease and Mental Illness**, 186 (1998), pp. 276–282.
117. 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 severe and persistent mental illness. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 69 (2001), pp. 77–84.
118. ZAFRANI, M; MCLAUGHLIN, D.G. Knowledge about AIDS. **Hospital and Community Psychiatry**, 41:1261, 1990.

APÊNDICE

A. Projeto de Pesquisa de Dissertação.

HELIAN NUNES DE OLIVEIRA

**COMPORTAMENTO DE RISCO E VULNERABILIDADE PARA DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS:
AVALIAÇÃO PRELIMINAR**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

BELO HORIZONTE

2004

HELIAN NUNES DE OLIVEIRA

**COMPORTAMENTO DE RISCO E VULNERABILIDADE PARA DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS:
AVALIAÇÃO PRELIMINAR**

**Projeto de dissertação de mestrado apresentado em
22/10/2004 para Banca de Qualificação no Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de
concentração em Epidemiologia, da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.**

Orientador: Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

BELO HORIZONTE

2004

BANCA DE QUALIFICAÇÃO:

Dr. Almir Tavares Jr. (DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA/UFMG)

Dra. Waleska Caiafa (DMPS/UFMG)

Dr. Mark Drew Crosland Guimarães (orientador)

SUMÁRIO

Resumo	110
1. JUSTIFICATIVA	111
2. OBJETIVOS	116
3. MÉTODOS	117
3.1.Delineamento	117
3.2.População do Estudo	117
3.3.Elaboração do Instrumento	117
3.4.Testagem	118
3.5. Análise dos dados	119
3.5.1.Avaliação de confiabilidade	119
3.5.2.Avaliação de conteúdo	120
3.5.3. Grade of Membership	120
4. CRITÉRIOS ÉTICOS	123
5.VIABILIDADE DO PROJETO	123
6.CRONOGRAMA DA DISSERTAÇÃO	124
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	125
8. ARTIGOS	126
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
10.ANEXOS	133
10.1.CURSO DE DISCIPLINAS	133
10.2. ANÁLISE PRELIMINAR DOS RESULTADOS	134
10.3. PARECER DA COEP.....	142

RESUMO

Os usuários de serviços de saúde mental e a população em geral estão expostos ao risco de contaminação por HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST's em diversas situações. Porém os pacientes com transtorno mental grave persistente apresentam condições clínicas psicopatológicas e sociais que podem resultar em comportamentos de risco e maior vulnerabilidade para infecção. As taxas de prevalência do HIV entre pacientes psiquiátricos na literatura científica chegam a oscilar entre zero a 22,9%. Há necessidade de criação de instrumentos de pesquisa e realização de estudos fornecendo dados confiáveis que descrevam e avaliem a prevalência destas doenças nesta população no Brasil. É importante também conhecer o perfil sócio-demográfico, os comportamentos e situações de risco. A atenção à saúde oferecida pelo sistema público, deve ser investigada procurando as associações existentes que determinam o agravamento do problema. Estes dados serão importantes para organização de medidas preventivas, promover o adequado diagnóstico e abordagens terapêuticas para os usuários da saúde mental dentro da realidade brasileira. Este trabalho tem o objetivo principal de avaliar as qualidades de medida do Estudo Piloto de Projeto Multicêntrico Nacional de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis e Hepatites B / C em instituições públicas de atenção em saúde mental (Projeto PESSOAS – Pesquisa de Soroprevalência de AIDS em Saúde Mental).

Unitermos: DST/IST, HIV/VIH, aids/sida, Vulnerabilidade, Comportamento de Risco, Confiabilidade, Metodologia de Pesquisa, Psiquiatria.

1. JUSTIFICATIVA

A desospitalização dos portadores de sofrimento mental já é uma realidade no Brasil e vem acompanhada por uma preocupação constante em resgatar a cidadania destes sujeitos. Porém não existe uniformidade na atenção oferecida, apesar da melhora observada com a humanização da atenção hospitalar e criação dos serviços substitutivos (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS). Além disso, pouco se conhece sobre a vida pessoal e a saúde destes indivíduos.

São freqüentes os relatos de comportamento de risco para infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV e doenças sexualmente transmissíveis - DST's . Sendo importante lembrar que um conceito que melhor se aplica a essa população é o de vulnerabilidade, pois amplia a visão do risco e abre novas perspectivas para o conhecimento e intervenção ao HIV/AIDS, expandindo para áreas relacionadas. A vulnerabilidade inclui a dimensão social (vulnerabilidade social), político-institucionais (vulnerabilidade pragmática) e comportamentais (vulnerabilidade individual) que são associadas às diferentes susceptibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações, às infecções e suas consequências (Ayres, 1997; Bayos, 1997; Almeida, 1998) .

Em pesquisa com pacientes apresentando quadros esquizofrênicos foi identificado que: 44,0% mantiveram contatos sexuais nos 6 meses anteriores ao estudo, 62,0% informaram múltiplos parceiros, 12,0% lembraram de contato sexual com portador de HIV ou usuários de drogas

injetáveis-UDI, 50,0% praticaram sexo por dinheiro, droga ou bens, 22,0% praticavam sexo com pessoas do mesmo sexo e o uso de preservativo era incorreto e raro (Cournos, 1991).

A maioria dos dados conhecidos e divulgados sobre comportamentos, riscos, HIV/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), sífilis e hepatites B e C em portadores de sofrimento mental são originários de trabalhos norte-americanos. É difícil fazer uma comparação adequada, considerando a variabilidade metodológica dos estudos. As definições de comportamentos de risco e vulnerabilidade são pouco consistentes, utilizam-se diferentes períodos de tempo e ocorre uma ausência de representatividade necessária para produzir estimativas confiáveis (Kalichman, 1994).

A primeira publicação relatando que pacientes psiquiátricos tinham elevado risco para infecção pelo HIV surgiu em 1989 através da pesquisadora norte-americana Francine Cournos, sendo este achado confirmado em diversos estudos posteriores (Cournos, 1995; Kalichman, 1996; Rosenberg, 2001; Silberstein, 1994). As taxas de prevalência de HIV entre pessoas com doença mental grave em trabalhos norte-americanos variaram de 4,0 a 22,9% (média de 7,8%) (Cournos, 1995). Enquanto na população em geral a taxa apresentava-se em torno de 0,4% de soroprevalência de HIV (Steele, 1994).

As instituições de longa permanência, que incluem por definição os hospitais psiquiátricos, apresentam taxas elevadas de pacientes HIV positivos: as prevalências publicadas encontram-se entre 5,0% a 20,0% (Bentley et al, 1990).

Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST's que não HIV/AIDS têm sido registradas em pacientes psiquiátricos, as taxas de hepatite B e C, por exemplo, são 5 e 11 vezes maiores que a estimada para a população americana em geral, respectivamente (Rosenberg, 2001).

Em dados brasileiros preliminares publicados sobre pacientes psiquiátricos e comportamentos, situações de risco, vulnerabilidade e perfil sorológico com relação ao HIV, sífilis e hepatites B e C, a presença de comportamentos de risco foi identificada em pacientes psiquiátricos internados em hospital público: entre 108 pacientes pesquisados registrou-se 64,4% de não uso ou uso irregular de preservativo, 16,6% de drogadição, sendo que destes 28,3% eram UDI e 12,0% informaram contatos com pessoas do mesmo sexo (Almeida, 1998). O uso de preservativos é baixo entre pacientes psiquiátricos: entre 240 pacientes internados pesquisados apenas 12,9% informaram uso correto do preservativo masculino, sendo, ainda, identificados pensamentos errôneos nos discursos analisados com relação as razões do não uso e uso inadequado dos mesmos (Almeida et al, 1999).

As taxas de prevalência de HIV, sífilis, hepatites B e C e HTLV I/II encontradas entre pacientes psiquiátricos internados foram mais elevadas que as obtidas em estudos populacionais sentinelas: entre 70 pacientes pesquisados registraram-se taxas de 2,9% de positividade para anit-HIV, 7,1% de VDRL, 12,9% de anti-HBc, 12,9% de anti-HCV e 1,4% de HTLV I/II (Almeida & Pedroso, 1999).

Alguns sintomas podem contribuir diretamente para incapacidade na proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, particularmente o comprometimento cognitivo (Carmen, 1990) e a

comorbidade com o uso de substâncias psicoativas (Sacks, 1992), devido principalmente ao comportamento sexual e história de uso de droga injetável (Cournos, 1991; Sacks, 1990; Volavka, 1991; Kelly, 1992).

Tem sido demonstrado também que pessoas com doença mental grave apresentam menos conhecimento do que as que não apresentam doença mental grave. No estudo de Grassi (1999) somente 19,8% das pessoas com esquizofrenia indicaram adequado conhecimento sobre HIV/AIDS, comparadas com 80,5% de pessoas sem comprometimento mental. E muitos acreditam que têm pouco ou nenhum risco para contrair HIV. Próximo à metade das pessoas com doença mental acreditavam que eles não tinham risco, enquanto somente 9% consideravam-se estar sob alto risco (Kalichman, 1994).

Quanto a avaliação de programas de prevenção, tem se observado uma eficácia de sucesso limitado nas intervenções para reduzir o risco para infecção por HIV em pessoas com transtorno mental grave (Johnson-Masotti, 2003). Fato ainda mais preocupante ao se considerar que o HIV/AIDS associado ao transtorno psiquiátrico aumenta consideravelmente os gastos com tratamento (cerca de US\$13.800,00 por indivíduo), que em pacientes somente com AIDS é em torno de US\$7.400,00 por pessoa e em pacientes apresentando apenas transtorno psiquiátrico é cerca de US\$5.800,00 (Rothbard et al, 2003).

Em relação aos aspectos metodológicos, a principal recomendação é que as pesquisas se preocupem com a confiabilidade e validade dos dados obtidos, principalmente quanto ao comportamento sexual e uso de drogas, e que desenvolvam novos métodos de avaliação do risco

de infecção para estes pacientes (Mckinnon, 1997). É frequente o uso de instrumentos adaptados de outros que foram utilizados em outras populações com objetivos variados, mas ainda não foram criados instrumentos/questionários específicos que avaliem de forma adequada o HIV/AIDS e DST's em pacientes com transtorno mental grave dentro da realidade brasileira.

Assim, há necessidade de realização de estudos e criação de instrumentos confiáveis que descrevam e avaliem não só a prevalência destas doenças nesta população no Brasil, mas também o perfil sócio-demográfico, de comportamento e situação de risco, e de atenção à saúde, oferecidos pelo sistema público de saúde, investigando as associações existentes. Estas ações são importantes para organização de medidas de prevenção, diagnóstico e abordagem terapêutica para os usuários da saúde mental na realidade brasileira (Mann, 2002; Checkley, 1996; Kalichman, 1994; Meyer, 1995,2003; McDermonntt, 1994; Volavka, 1991; Rosenberg, 2001; Klinkenberg, 2003).

E em resposta a estes dados foi proposto um Estudo Multicêntrico Nacional de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatites B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental (Projeto PESSOAS - Pesquisa de Soroprevalência de AIDS em Saúde Mental) sob a coordenação do Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS-DMPS-UFMG) com o apoio do Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST/AIDS e Coordenação Técnica de Saúde Mental. Trata-se de uma pesquisa de corte-transversal, com o objetivo de investigar vulnerabilidade/comportamento de risco para infecção pelo HIV e outras IST's em usuários de serviços de saúde mental no Brasil, por meio de entrevista semi-estruturada, pesquisa em prontuário, coleta de sangue, aplicação de questionário sobre serviços e

um enfoque qualitativo complementar. Serão avaliados 3.200 pacientes (hospitalizados ou inscritos em serviços substitutivos) selecionados de aproximadamente 35 instituições, ponderando por região do país, tipo de serviço de saúde mental e população (Guimarães et al, 2004). Para avaliar a viabilidade e os instrumentos deste estudo foi realizado um estudo piloto preliminar. Este projeto de dissertação enfoca um dos aspectos do piloto, que é a avaliação da entrevista semi-estruturada, quanto a confiabilidade e validade do instrumento.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Avaliar as qualidades de medida, validade e confiabilidade de questionário semi-estruturado destinado à investigação de comportamento e situações de risco para infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) em usuários de serviços de saúde mental no Brasil.

2.2 Objetivos específicos:

- A. Revisar a literatura científica sobre comportamento de risco em pacientes com transtorno mental grave.
- B. Descrever a população do Estudo Piloto.
- C. Avaliar o perfil de vulnerabilidade relacionado à vulnerabilidade comportamental e a confiabilidade teste-reteste e interavaliadores do instrumento.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1.Delineamento: trata-se de um estudo de corte transversal, com duração de um mês, de amostra de pacientes de dois serviços de referência na área de Saúde Mental (Centro de Referência em Saúde Mental Pampulha - CERSAM PAMPULHA e Hospital Galba Velloso - HGV da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG).

3.2.População do Estudo: Portadores de sofrimento mental internados em um hospital psiquiátrico público estadual (há pelo menos sete dias) ou em acompanhamento em um serviço substitutivo (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS). Considerando os objetivos do estudo preliminar, foi proposto amostra de 45 pacientes em cada instituição, totalizando 90 participantes.

3.3.Elaboração do Instrumento: Para construção do instrumento foram realizadas reuniões com um grupo de especialistas vinculados ao tema, compreendendo uma versão preliminar. Foi realizado pré-teste visando avaliar sequência, tempo e abrangência. Nesta fase preliminar realizou-se seis entrevistas em cada serviço, cada pergunta foi aplicada procurando-se garantir a compreensão por parte do participante. Caso o mesmo não entende-se a pergunta, esta era reformulada até atingir clareza na compreensão.

A entrevista semi-estruturada ficou organizada em perguntas fechadas e abertas, sendo dividida em 4 partes: a primeira parte é destinada para verificar as características sócio-demográficas, a segunda para coletar a história clínica, a terceira para a pesquisa do

comportamento e situação de risco e a quarta estudar o conhecimento e percepção sobre HIV/AIDS, incluindo assim variáveis como: idade, nível de instrução, residência, renda familiar, diagnóstico, tratamentos e condutas, história e diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis, tempo de internação, comportamento sexual, uso de álcool e drogas ilícitas, tabagismo e outros fatores associados com o risco de transmissão das infecções de interesse. Além de uma quinta parte que é destinada para pesquisa de dados em prontuário. Também foram criados anexos de elegibilidade, de participação e agendamento para orientar o trabalho do entrevistador e organizar os procedimentos relacionados ao estudo.

Após a fase preliminar, o instrumento foi reavaliado pelo grupo de especialistas tendo sido preparada a versão 1.0 a ser testada no estudo piloto.

3.4. Testagem: O piloto foi conduzido em indivíduos maiores de 18 anos selecionados aleatoriamente, que estivessem aptos a responder as perguntas no momento da entrevista e que assinassem o *termo de consentimento livre esclarecido*. Cada indivíduo selecionado teve 3 chances de ser incluído na pesquisa. Foram excluídos os pacientes considerados não aptos mediante avaliação prévia com instrumento em anexo ao questionário, que incluía questões adaptadas do MiniMental State Examination - MMSE (Folstein 1975) e técnicas de entrevista psiquiátrica sobre o estado de consciência, orientação temporal e espacial, atenção, memória, pensamento e inteligência, para observar alterações que pudessem indicar a impossibilidade de responder ao questionário.

Foi aplicada a versão preliminar da entrevista semi-estruturada em dois centros de referência para tratamento em saúde mental em Belo Horizonte, onde foram entrevistados os 90 pacientes (45 de cada instituição) por profissionais da área de saúde treinados previamente. Para fins de avaliação da qualidade do instrumento, confiabilidade, 50% das entrevistas foram repetidas aleatoriamente pelo mesmo entrevistador e as 50% restantes foram repetidas por entrevistadores diferentes da primeira entrevista, no prazo máximo de uma semana após a realização da entrevista inicial, totalizando 180 entrevistas (Vallerand, 1989; Pasquali, 2001). A análise de dois itens (referentes a atração e prática sexual) foram repetidos de duas formas diferentes (através de pergunta direta e no final da entrevista utilizando um cartão contendo as respostas para serem lidas). Dados dos prontuários também foram coletados para auxílio no estudo. Durante o piloto avaliou-se o perfil de cada instituição e a participação dos indivíduos, fazendo com que a amostra do Estudo Multicêntrico fosse redimensionada. Esta dissertação trata-se da análise preliminar da versão 1.0.

Durante o piloto, iniciou-se a elaboração dos bancos de dados para digitação, dos manuais de instrução e de codificação. Estes serão testados e modificados de acordo com as necessidades levantadas.

3.5. Análise dos dados:

3.5.1. Avaliação de confiabilidade - Além da análise descritiva e de participação, será avaliada a confiabilidade teste-reteste e interavaliadores. Para análise estatística das variáveis categóricas a comparação será por meio do cálculo da concordância observada e do índice kappa, com

intervalo de confiança de 95% . Para as variáveis contínuas pretende-se utilizar coeficiente de correlação intraclasse (Kelsey 1986, Menezes e Nascimento 2000, Pasquali 2001). Serão também avaliados o tempo de aplicação, a seqüência e a compreensão das perguntas (análise semântica), além das dificuldades ocorridas nas entrevistas para fins de padronização dos procedimentos.

3.5.2.Avaliação de conteúdo - Objetivando a análise de conteúdo os resultados do piloto e formato final dos instrumentos e procedimentos também serão discutidos através de um consenso entre especialistas com experiência na área. Este processo será semelhante ao ocorrido com o pré-teste do instrumento e incluirá avaliação da definição do conteúdo (detalhamento e clara importância de cada item), explicitação dos objetivos a serem avaliados e a determinação da proporção relativa de representação no teste de cada tópico do conteúdo (PASQUALI, 2003).

3.5.3.Grade of Membership (GoM)-

A vulnerabilidade comportamental desta população é considerada traço latente. A pesquisa é possível de forma indireta, através de itens que forneçam informações. Há heterogeneidade na população que precisa de enfoque que avalie a participação de cada indivíduo e a informação de cada item. A análise foi elaborada através do Modelo de Grade of Membership - GoM.

O método de Grade of Membership (GoM), ou grau de pertinência, é uma técnica de classificação multivariada, baseada na teoria dos conjuntos nebulosos (fuzzy sets). Esta conceituação visa superar a teoria clássica dos conjuntos, onde se apresenta o problema da

classificação limitada a um único conjunto. Ela permite aproximação maior do mundo real, onde existe algum grau de “nebulosidade” ou de “inexatidão”, podendo um indivíduo ser classificado em diferentes grupos ou perfis através de escores atribuídos (graus de pertinência) a cada um dos perfis (MANTON, WOODBURY & TOLLEY, 1994). No caso específico deste trabalho, o GoM permite verificar a informação que cada item fornece para a medida de vulnerabilidade e auxilia na conformação de grupos típicos (mais comuns) de vulnerabilidade; além disso, há a conformação de graus de pertinência de cada indivíduo a cada um dos grupos formados.

O GoM fornece informações sobre classificação na forma de “tipos puros”, denominados pelo símbolo λ_{kjl} (lambda), que representa a probabilidade de que o nível de comportamento l da variável j será escolhido por alguém com completo pertencimento no perfil k. O modelo também atribui aos indivíduos graus de pertinência em cada um destes tipos puros através de uma estatística chamada gik (g – grau de pertencimento, i – indivíduo e k tipo puro), que varia de 0.0 (completa falta de pertencimento) a 1.0 (pertencimento total a um grupo). A maioria dos indivíduos geralmente pertence a mais de um grupo.

Podem ser encontradas importantes aplicações do modelo GoM. SAWYER & BELTRÃO (1992) investigaram perfis de famílias mais saudáveis e menos saudáveis. MACHADO (1997) utiliza o modelo GoM para definir perfis de morbimortalidade para menores de um ano (no estado de São Paulo), tendo em vista a similaridade dos indivíduos a dois ou mais perfis de condições mórbidas.

Em homeopatia, acredita-se que determinadas características físicas e emocionais dos indivíduos correspondem a medicamentos homeopáticos e que a resposta clínica poderia ser predita em indivíduos com os perfis descritos. Assim, DAVIDSON J. *et al.* (2001) utilizaram o modelo GoM para investigar tipos constitucionais das pessoas e validação de questionário (HASELEN, 2001).

O estudo de vulnerabilidade a determinadas doenças como a AIDS é, sem dúvida desafio bastante atual para pesquisadores da área da saúde. A identificação de perfis de vulnerabilidade de populações das regiões Nordeste e Sudeste brasileiras foi feita por BARBOSA (2001), com o uso do modelo GoM, a partir de um conjunto de atributos pessoais e comportamentais dos indivíduos, bem como de características das comunidades em que os mesmos se inserem.

A vulnerabilidade individual vai ser estudada neste trabalho através de alguns marcadores indicados pela literatura. Serão utilizados os seguintes itens como indicadores para o perfil de vulnerabilidade comportamental: número de parceiros sexuais na vida, troca de contato sexual por dinheiro ou drogas, história de DST, uso de preservativos, percepção de risco, história de morador de rua, história de violência sexual e uso de substâncias psicoativas, além de gênero, faixa etária e situação conjugal.

Os questionários e os resultados de exames foram digitados em banco de dados (Paradox®) e processados para análise utilizando-se o software SAS® e o DSIGOM®.

4. CRITÉRIOS ÉTICOS

O projeto piloto foi submetido e aprovado pelas Instituições envolvidas no estudo. O Estudo Multicêntrico Nacional e o Estudo Piloto (n195/04) já foram aprovados pela COEP/UFMG.

5. VIABILIDADE DO PROJETO

O projeto teve apoio financeiro do Ministério da Saúde através do Programa Nacional DST/AIDS. A coleta de dados já foi concluída.

6. CRONOGRAMA DA DISSERTAÇÃO

Atividade	Período						
	Ano 2004				Ano 2005		
	Mar- Mai	Jun- Ago	Set- Nov	Dez- Fev	Mar- Mai	Jun- Ago	Set- Nov
Reuniões para discussão do projeto com especialistas	Já realizada						
Construção dos instrumentos e discussão dos procedimentos e rotinas para realização do estudo	Já realizada						
Pré-teste do instrumento	Já realizada						
Estudo Piloto (coleta de dados)	Já realizada						
Revisão da literatura	■	■	■	■	■	■	
Curso de disciplinas	■	■	■	■			
Seminário da dissertação			■				
Análise dos resultados	■	■	■	■	■		
Redação da dissertação					■	■	■
Apresentação da dissertação							■

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O Estudo piloto foi conduzido somente em dois centros de tratamento em Belo Horizonte. É importante lembrar que o Brasil apresenta muitas diferenças culturais que podem afetar os comportamentos de risco e também a participação no Estudo.

Foram excluídos pacientes mais graves/instáveis por não estarem aptos, fato que pode contribuir para a maior confiabilidade das informações obtidas, porém pode tornar a amostra menos heterogênea, não representando a população geral em saúde mental.

Não foi realizada verificação do diagnóstico psiquiátrico do paciente, utilizou-se somente o descrito em prontuário pelos profissionais assistentes, o que poderia implicar em “misclassification”. Porém, não se observou diferença significativa quanto ao diagnóstico em relação aos pacientes considerados aptos quando comparados com os não aptos.

O processo de validação não possui um “padrão ouro” para este tipo de estudo do comportamento sexual/vulnerabilidade. Para isso vários procedimentos foram propostos na tentativa de construção de um instrumento mais adequado de pesquisa nesta população. O Método de GoM é uma proposta como forma de melhorar esta avaliação.

8. ARTIGOS

A proposta é que após apresentação da dissertação, sejam escritos dois artigos:

- A.** Revisão de literatura científica relacionada à temática, enfatizando o comportamento de risco e vulnerabilidade dos pacientes com transtorno mental grave.

- B.** Avaliação da qualidade do instrumento: confiabilidade e perfis de vulnerabilidade.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, RC. VIH/SIDA e o paciente psiquiátrico. *Revista Médica de Minas Gerais*. 1998; v.8, n.2, jul./set., 108-13.

Almeida RC e Pedroso ERP. Avaliação epidemiológica do uso de preservativos por pacientes psiquiátricos. *Rev Soc Bras Med Trop*, 1999; 32:346-7, Supl. 1.

Almeida RC e Pedroso ERP. Hepatite B em pacientes psiquiátricos internados em hospital público. *Rev Soc Bras Med Trop*, v.2000; 33: 220-1.

Almeida RC e Pedroso ERP. Sorologia para hepatite B/C, HIV, HTLV I/II e sífilis em pacientes psiquiátricos - estudo preliminar. *Rev Soc Bras Med Trop*, 1999; 32:463. Supl 1.

Almeida RC, Barros HL, Oliveira HN. Paciente psiquiátrico e o uso de preservativo-discurso versus mensagem. *Rev Soc Bras Med Trop*, 1999;32:346. Supl 1.

Almeida RC e Pedroso ERP. Relações entre o vírus da hepatite C e pacientes psiquiátricos internados em hospital público. *Rev Soc Bras Med Trop*, 2000; 33: 220.

Ayres JRCM. Sobre o risco para compreender a epidemiologia. São Paulo; Hucitec, 1997, 327p.

Ayres JRCM, França-Júnior I, Calazans GJ. Aids, Vulnerabilidade e prevenção. In: SEMINÁRIO SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS, 2. Anais...[s.l.]: Gráfica SES/MG, [s.d.]. p.20-37.

Bajos N. Social factors and the process of risk construction in HIV sexual transmission. *AIDS Care*, Abingdon, v.9, n.2, p.227-237, 1997.

Barbosa, L. D. M. Perfis de vulnerabilidade ao risco de contrair o HIV nas Regiões Nordeste e Sudeste brasileiras: aspectos individuais e da comunidade. 2001. 158f. Tese (Doutorado) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

Bentley DW, Cheney L. AIDS and long-term care facilities. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1990;11: 202-6.

Buckley PF, Hyde JL. State hospitals responses to the sexual behavior of psychiatric inpatients. *Psych Ser*, 1997;48:398-9.

Carmen E, Brady SM: AIDS risk and prevention for the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry* 41:652-657, 1990

Checkley GE, Thompson SC, Crofts N, Mijch AM, Judd FK. Hiv in the mentally ill. *Aust N Z J Psych* 1996;30:184-94.

Cournos F. et al. Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *Am J Psych*, 1991; 15:228-2.

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

Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Minimental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 12:189-98, 1975.

Guimarães MDC, Oliveira HN, Campos LN, Melo APS, Cardoso CS, Siqueira A, Barros HL, Oliveira SB, Acúrcio FA, Freitas MIF, Almeida RC, et al. *Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final*. Belo Horizonte, 2004, 47p.

DAVIDSON J., FISHER P., HASELEN R.A. VAN, WOODBURY M. and CONNOR K. Do constitutional types really exist? A further study using grade of membership analysis. *British Homeopathic Journal*, (2001) 90, 138-147.

Johnson-Masotti AP, Weinhardt LS, Pinkerton SD, Otto-Salaj LL. Efficacy and cost-effectiveness of the first generation of HIV prevention interventions for people with severe and persistent mental illness. *J Ment Health Policy Econ*. 2003 Mar;6(1):23-35.

Kalichman SC, Kelly JA, Johnson BA, Bulto M. Factors associated with risk for HIV infection among chronic mentally ill adults. *Am J Psych* 1994; 151: 221-227.

Kalichman SC, Carey MP, Carey KB: Human immunodeficiency virus (HIV) risk among the seriously mentally ill. *Clinical Psychology: Science and Practice* 3:130– 143, 1996.

Kelly JA, Murphy DA, Sikkema KJ, et al: Predictors of high and low levels of HIV risk behavior among adults with chronic mental illness. *Psychiatric Services* 46: 813–818, 1995.

Kelsey JL. *Methods in observational epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1986.

Klinkenberg WD, Caslyn RJ, Morse GA, Yonker RD, McCudden S, Ketema F, Constantine NT. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B, and hepatitis C among homeless persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Compr Psychiatry*. 2003 Jul-Aug;44(4):293-302.

MACHADO, C. J. Perfis de morbidade infantil no estado de São Paulo, 1994: uma aplicação de Grade of Membership à análise de causas múltiplas de morte. 1997. 126f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.

Mann CG, Oliveira SB, Oliveira CSS. *Guia para Profissionais de Saúde Mental/ Sexualidade & DST/AIDS: discutindo o subjetivo de forma objetiva* – Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ IFB – 2002.

McDermott BE, Sautter FJ, Winstead DK, Quirk T. Diagnosis, Health Beliefs, and Risk of HIV infection in Psychiatric Patients. *Hospital and Community Psychiatry*. 1994; June, v. 45, n.6, 580-585.

Mckinnon K, Carey MP, Cournos F. Research On Hiv, Aids, And Severe Mental Illness: Recommendations From The Nihh National Conference. *Clinical. Psychology Review*, Vol. 17, No. 3, 327-331, 1997 pp.

Menezes PR, Nascimento AF. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In: Gorenstein, C.; Andrade, H.S.G.; Zuardi, A.W.; *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial, 23-28, 2000.

Meyer I, Empfield M, Engel D, Cournos F. Characteristics of HIV-positive chronically mentally ill inpatients. *Psychiatric Quartely*; 1995, v. 66, n.3, 201-7.

Meyer JM . Prevalence of hepatitis A, hepatitis B, and HIV among hepatitis C-seropositive state hospital patients: results from Oregon State Hospital. *J Clin Psychiatry*. 2003 May;64(5):540-5.

Pasquali L. Parâmetros Psicométricos dos Testes Psicológicos. In: *Técnicas de Exame Psicológico – TEP: manual*, São Paulo: Casa do Psicólogo/ CFP, 2001.

Pasquali, L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação/Luiz Pasquali*. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, et al: Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American Journal of Public Health* 91:31–37, 2001.

Rothbard AB, Metraux S, Blank MB. Cost of care of medicaid recipients with serious mental illness and HIV infection ou AIDS. *Psychiatric Services*, September 2003, vol. 54, n9: 1240-6.

Sacks MH et al. HIV related risk factors in acute psychiatric inpatients. *Hosp Comm Psych*, 1990; 41: 440-2.

SAWYER, D., BELTRÃO, K. I. Healthy household and child survival in Brazil. Rio de Janeiro: IBGE, 1992. 27p. (Relatórios Técnicos IBGE; 10/92).

Silberstein C, Galanter M, Marmon M, et al: HIV-1 among inner city dually diagnosed inpatients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 20:101–113, 1994.

Steele FR: A moving target: CDC still trying to estimate HIV-1 prevalence. *Journal of NIH Research* 6:25–26, 1994.

Szklo M, Nieto JF. *Epidemiology: Beyond the Basics*. Maryland: Aspen Publishers, 2000.

Vallerand RJ. Vers Une Méthodologie de Validation Trans-culturelle de Questionnaires Psychologiques: Implications pour la Recherche en Langue Française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*; 1989,30:4,662-80.

Volavka J, Convit A, Czobor P, Douyon R, O'Donnell J, Ventura F. HIV seroprevalence and risk behaviors in psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*; 1991, 39:109-114.

10. ANEXOS

10.1. CURSO DE DISCIPLINAS

Disciplina	Créditos	Conceito
Metodologia da Pesquisa Científica I - CAE838	3	A
Princípios de Bioestatística - EST814	4	B
Princípios de Epidemiologia - MPS806	5	A
Métodos Estatísticos Avançados em Epidemiologia - EST815	5	A
Métodos em Epidemiologia - MPS807	5	B
Introdução ao Uso da Computação - MPS817	4	B
Seminários em Epidemiologia I - MPS836	2	A
Seminários em Epidemiologia II - MPS837	2	A
Tópicos especiais em Epidemiologia I - MPS868	1	A
Tópicos especiais em Epidemiologia I - MPS868	1	A
Tópicos especiais em Epidemiologia - MPS813	1	A
TOTAL DE CRÉDITOS	33	

10.2. ANÁLISE PRELIMINAR DOS RESULTADOS

Tabela 1 - Recrutamento dos pacientes no estudo piloto, Projeto PESSOAS, 2003-2004.

População	N (%)
Recrutados	120 (100)
Participantes	90 (75)¹
Não apto	14 (12)¹
Não participantes	16 (13)¹

¹ Em relação ao total de recrutados (n=120)

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004

Tabela 2 - Distribuição da população recrutada de acordo com a participação e características selecionadas (n=120), Projeto PESSOAS, 2003 - 2004.

Característica	Participantes		X ²	p
	Sim (%) (n=90)	Não (%) (n=30)		
Local da pesquisa				
CERSAM	45 (50,0)	13 (43,3)		
HGV	45 (50,0)	17 (56,7)	0,4	0,526
Idade				
≤35 anos	49 (55,1)	8 (27,6)		
>35 anos	40 (44,9)	21 (72,4)	6,61	0,01*
Escolaridade formal				
<8 anos	58 (65,2)	10 (58,8)		
≥8 anos	31 (34,8)	7 (41,2)	0,25	0,617
Cor da pele				
Branca/ Morena/ Parda	75 (83,3)	12 (70,6)		
Preta	15 (16,6)	5 (29,4)	1,53	0,216
Município de nascimento				
Belo Horizonte	31 (35,6)	2 (11,8)		
Fora de Belo Horizonte	56 (64,4)	15 (88,2)	3,74	0,053

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

* p<0,05

Tabela 3 - Distribuição da população recrutada de acordo com a participação e principal diagnóstico psiquiátrico (n=120), Projeto PESSOAS, 2003 - 2004.

Principal diagnóstico psiquiátrico	Participantes		X ²	p	
	Sim (%) (n=90)	Não (%) (n=30)			
Centro					
CERSAM	Transtornos psicóticos	37 (82,2)	8 (61,5)	2,43	0,12
	Não psicóticos	8 (17,8)	5 (38,5)		
HGV					
	Transtornos psicóticos	39 (86,7)	16 (94,1)	0,67	0,41
	Não psicóticos	6 (13,3)	1 (5,9)		

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

Tabela 4 - Análise de confiabilidade intravaliador e interavaliador de variáveis selecionadas (teste-reteste). Projeto PESSOAS, 2003-2004

Variáveis	Intravaliador		Intervaliador	
	Concordância observada	Kappa (IC 95%)	Concordância observada	Kappa (IC 95%)
Sexo	98%	0,96 (0,68-1,24)	97%	0,93 (0,59-1,27)
Renda nos últimos 6 meses	85%	0,69 (0,40-0,97)	82%	0,64 (0,31-0,97)
Saber nome dos remédios	81%	0,59 (0,32-0,86)	79%	0,48 (0,16-0,80)
Fumar cigarro	100%	1,00 (0,72-1,28)	100%	1,00 (0,66-1,34)
Usar álcool	85%	0,66 (0,39-0,95)	82%	0,53 (0,23-0,83)
Usar maconha alguma vez na vida	94%	0,86 (0,58-1,15)	82%	0,63 (0,30-0,97)
Uso cocaína alguma vez na vida	96%	0,88 (0,61-1,16)	88%	0,73 (0,39-1,07)
Usar preservativo	72%	0,62 (0,45-0,79)	76%	0,66 (0,46-0,87)

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004

Tabela 5 - Distribuição de frequência de variáveis sócio-demográficas selecionadas dos participantes (n=90).

Variáveis	N (%)
<i>Características sócio-demográficas</i>	
Local da pesquisa	
<i>CERSAM</i>	45 (50,0)
<i>HGV</i>	45 (50,0)
Sexo	
<i>Masculino</i>	53 (59,0)
<i>Feminino</i>	37 (41,0)
Idade (anos)	
18 - 25	18 (20,0)
26 - 35	31 (34,4)
36 - 45	23 (25,6)
+ 45	17 (18,9)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
Escolaridade formal (anos)	
.5	46 (51,1)
5 - 11	42 (46,7)
> 11	1 (1,1)
<i>Ignorado</i>	1 (1,1)
Sabem ler e escrever	
<i>Sim</i>	79 (87,8)
<i>Não</i>	11 (12,2)

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004

Tabela 6 - Distribuição de frequência de variáveis relacionadas ao comportamento dos participantes durante a entrevista (n=90).

Variáveis	N (%)
<i>Comportamento durante a entrevista</i>	
Atividade delirante	
<i>Sim</i>	30 (33,3)
<i>Não</i>	60 (66,7)
Inquietos	
<i>Não</i>	77 (85,6)
<i>Sim</i>	13 (14,4)
Desinteressados	
<i>Não</i>	81 (90,0)
<i>Sim</i>	9 (10,0)
Cooperativos	
<i>Sim</i>	88 (97,8)
<i>Não</i>	2 (2,2)
Tranqüilos	
<i>Sim</i>	79 (87,8)
<i>Não</i>	11 (12,2)

Fonte: Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional – avaliação preliminar – Relatório Técnico Final. Belo Horizonte, 2004.

ANEXOS

A. Cópia parecer COEP

UFMG

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


Parecer nº. ETIC 195/04

Interessado: Prof. Dr. Mark Drew Crosland Guimarães
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 30 de junho de 2004 o projeto de pesquisa intitulado « **Estudo de Soroprevalência da Infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em Instituições Públicas de Atenção em Saúde Mental: Um Estudo Multicêntrico Nacional – Avaliação Preliminar.** » e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

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


Profa. Dra. Maria Elena Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

B. Cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

como diagnóstico, tratamento e tempo de acompanhamento neste serviço serão obtidas de seu prontuário médico. Este estudo foi aprovado previamente por cada serviço participante e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

Cole a etiqueta aqui

CONFIDENCIALIDADE:

A participação no estudo pode envolver algum grau de perda de privacidade. No entanto, você tem a garantia de que os resultados desta pesquisa e suas respostas serão confidenciais. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. Todos os dados da pesquisa estão identificados apenas por códigos. Somente você e algumas pessoas trabalhando diretamente na pesquisa saberão estes códigos. Nenhuma informação sobre os seus dados será utilizada sem sua permissão. Os dados coletados serão utilizados somente para o estudo.

POSSÍVEIS RISCOS:

O único risco potencial de participar nesta pesquisa seria um possível desconforto com algumas perguntas mais sensíveis sobre atividades sexuais e uso de drogas. A coleta de sangue será realizada por meio de punção da polpa do dedo indicador, podendo ocorrer hematomas no local da punção. Não há risco de transmissão de doenças durante a coleta de sangue, pois todo o material é esterilizado.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS:

Os benefícios incluem um maior conhecimento destes problemas no Brasil, a confirmação dos casos diagnosticados das infecções de interesse e uma melhor compreensão da vulnerabilidade e riscos a que estão sujeitos os usuários dos serviços de saúde participantes. Isto permitirá que se possa incluir aqueles pacientes diagnosticados nos atendimentos especializados com acompanhamento para a devida intervenção. Além disto, as informações obtidas poderão auxiliar na construção de abordagens preventivas que observem as particularidades dos pacientes psiquiátricos.

CUSTOS:

Não há nenhum custo para você em participar do estudo.

OUTRAS INFORMAÇÕES:

Você pode contactar Dr. Mark Guimarães, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e Coordenador do Projeto pelo telefone 31-3248-9103 ou (Supervisor Local), no serviço de saúde onde você está sendo atendido, pelo telefone (Telefone do Centro), para tirar suas dúvidas sobre sua participação ou para comunicar qualquer problema com relação a este projeto.

CONSENTIMENTO

Eu li este consentimento e me foram dadas as oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Minha participação é inteiramente voluntária. No caso de não querer participar, nenhum benefício médico-psicológico poderá ser negado. Portanto, eu concordo em participar e assino abaixo, em duas vias:

Data ____/____/____

NOME LEGÍVEL DO PARTICIPANTE

ASSINATURA

Este Centro Participante da Pesquisa compromete-se a conduzir todas as atividades desta pesquisa de acordo com os termos do presente consentimento e assina abaixo, em duas vias:

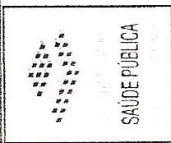
Data ____/____/____

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL
PELA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO

ASSINATURA

Cole a etiqueta aqui

C. Certificado de Qualificação



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública



Certificamos que **Helian Nunes de Oliveira** participou dos Seminários de Epidemiologia promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, apresentando seu projeto de mestrado intitulado **“Comportamento de risco e vulnerabilidade para infecção por HIV em pacientes psiquiátricos: validade e confiabilidade de instrumento de pesquisa em Estudo Piloto de Projeto Multicêntrico no Brasil”**, perante banca examinadora.

Belo Horizonte, 22 de outubro de 2004

Elisabeth Barboza França
Coordenadora dos Seminários de Epidemiologia

D. Aprovação pela Câmara



Belo Horizonte, 18 de dezembro de 2002.

Ilmo. Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

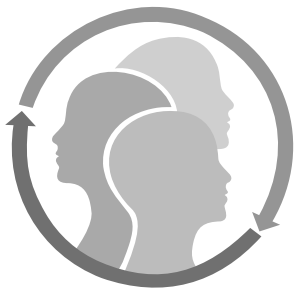
Comunicamos que a Câmara Departamental em sua reunião do dia 16/12/2002 aprovou o projeto "Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional - Avaliação Preliminar" sob sua coordenação.

Atenciosamente

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

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

E. Questionário final do PROJETO PESSOAS



**PROJETO
PESSOAS**

COLE A ETIQUETA AQUI

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

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

VERSÃO FINAL

APOIO:

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

COORDENAÇÃO DE EXECUÇÃO:

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

Guimarães, Mark Drew Crosland; Oliveira, Helian Nunes; Melo; Ana Paula Souto; Freitas, Maria Imaculada de Fátima; Santos, Carolina Ali; Gomes, Carlos Eduardo Resende; Oliveira, Suely Broxado; Acúrcio, Francisco de Assis; Campos, Lorenza Nogueira. **PROJETO PESSOAS** - Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional - Avaliação Preliminar. Relatório Técnico Final, 2004, 47p.
E-mail para contato: drew@medicina.ufmg.br

PARTE 1 - DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

<p>1.0. Local da pesquisa: _____ Código do CENTRO: _____</p> <p>1.1. Número de ORDEM: _____</p> <p>1.2. Número de Identificação na pesquisa (IDENT): _____</p>	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; width: 100%;"> <p><i>Cole a etiqueta aqui</i></p> </div>
<p>1.3. Número do prontuário neste local: _____</p> <p>A. Esta entrevista refere-se a:</p> <p>Primeira entrevista..... 1</p> <p>Segunda entrevista com o mesmo entrevistador..... 2</p> <p>Segunda entrevista com outro entrevistador..... 3</p> <p>NA..... 8</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 10px;"></div> </div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div>

1.12. Situação conjugal atual:

Solteiro(a)..... 1
 Casado(a)..... 2
 Desquitado(a) / Divorciado(a)
 ou Separado(a)..... 3
 Viúvo(a)..... 4
 “Em União”..... 5
 Outro..... 6
 IGN..... 9

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

1.13. Você tem filhos?

Sim..... 1
 Não..... 2
 IGN..... 9

SE SIM, QUANTOS: _____

1.14. Você sabe ler e escrever?

Sim..... 1
 Não..... 2
 IGN..... 9

1.15. Em relação à sua escolaridade, qual foi a sua última série concluída (nº de anos que você estudou)?

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

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

[I GRAU = ensino fundamental]
 [II GRAU = ensino médio]

1.16. Você teve alguma renda / remuneração nos últimos 6 meses?

Sim..... 1
 Não..... 2
 IGN..... 9

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

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

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| Emprego com salário mensal..... | 1 | |
| Trabalho temporário com salário..... | 2 | |
| Autônomo..... | 3 | |
| Benefício (Afastado(a) por doença)..... | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Aposentado por doença | 5 | |
| Outra Fonte..... | 6 | |
| NA..... | 8 | |
| IGN | 9 | |

SE OUTRA, ESPECIFICAR: _____

A.1. Se benefício ou aposentadoria, indicar há quanto

tempo: _____ (meses, anos)

- | | | | | |
|------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dias..... | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meses..... | 2 | | | |
| Anos..... | 3 | | | |

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

NA=8888 88, IGN=9999 99

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

- | | | |
|----------------------|---|--------------------------|
| Tudo..... | 1 | |
| A maior parte..... | 2 | |
| Menos da metade..... | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Nada..... | 4 | |
| NA..... | 8 | |
| IGN..... | 9 | |

C. Qual foi sua renda individual no último mês?

EM REAIS: _____

NA=88888, IGN=99999

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

EM REAIS: _____

NA=88888, IGN=99999

1.18. Atualmente, onde você mora?

- | | | |
|-----------------------|---|--------------------------|
| Casa/Apartamento..... | 1 | |
| Albergue..... | 2 | |
| Casa de apoio..... | 3 | |
| Pensão..... | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Hospital..... | 5 | |
| Na rua..... | 6 | |
| Outro..... | 7 | |
| NA | 8 | |
| IGN..... | 9 | |

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

1.19. Atualmente, você mora sozinho(a)?

Sim 1
 Não 2
 NA 8
 IGN 9

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

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

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

SE OUTROS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

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

Sim 1
 Não 2
 IGN..... 9

A. Por quanto tempo você morou na rua? _____

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

1.21. Você tem algum plano de saúde?

Sim..... 1
 Não..... 2
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR: _____

1.22. Você pertence a algum culto religioso ou religião?

Sim..... 1
 Não..... 2
 IGN..... 9

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

A. ESPECIFICAR: _____

B. Você é praticante?

Sim..... 1
Não..... 2
NA 8
IGN..... 9

┌

OBSERVAÇÕES:

PARTE 2 - HISTÓRIA CLÍNICA**2.1. PARA PACIENTES INTERNADOS:**

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

PARA PACIENTES DO CAPS:

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

Sim..... 1
 Não..... 2
 IGN..... 9

SE SIM PARA 2.1:

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

NA=88, IGN=99

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

NA=88, IGN=99

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

2.2. PARA AQUELES ACOMPANHADOS NOS CAPS:

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

_____ VEZES

NA=88, IGN=99

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

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

SE SIM, POR QUÊ? _____

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

Sim..... 1
 Não..... 2
 IGN..... 9

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

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

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

SE SIM PARA 2.3.A:

B. Você poderia me dizer o nome deles?

2.4. Tem alguma coisa nestes remédios que te incomoda?

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

SE SIM PARA 2.4:

A. Você poderia me dizer o que te incomoda?

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

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

SE SIM PARA 2.5:

ESPECIFICAR : _____

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

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

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

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

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

A.Se SIM, especificar:

Tipo de contato

Ano

2.8. Você já foi vacinado contra hepatite B?

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

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

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

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

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

- Sim..... 1
 Não..... 2
 IGN..... 9

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

A. Pensando nos **ÚLTIMOS 12 MESES** ou **ALGUMA VEZ NA VIDA**, você notou / percebeu a presença de alguma alteração nas partes genitais / anais do tipo:

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>IGN</u>	
Úlcera ou Ferida genital / anal:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Corrimento Vaginal / Secreção peniana:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Verrugas genitais / anais:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>

B. Agora, algum médico ou outro profissional de saúde já lhe informou que você teve alguma das seguintes condições nos **ÚLTIMOS 12 MESES** ou **ALGUMA VEZ NA VIDA**?

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>IGN</u>	
Sífilis:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Herpes genital / anal:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Cancro mole:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Gonococcia:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Infecção por clamídia:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Linfogranuloma venéreo:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Condiloma:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Outras:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>

Se OUTRAS, especificar: _____

**SE SIM PARA QUALQUER ITEM EM 2.9.A OU 2.9.B,
CONTINUAR EM 2.9.C. SE NÃO, IR PARA PARTE 3.**

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

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

Se OUTRO, especificar: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

--

--	--	--

OBSERVAÇÕES:

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

PARTE 3 - COMPORTAMENTO E SITUAÇÃO DE RISCO

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

Sim..... 1
 Não 2
 IGN..... 9

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

A. Idade que começou a fumar: _____

B. Número de cigarros fumados diariamente: _____

C. **PARA PACIENTES INTERNADOS:**

Você costuma fumar DENTRO do hospital?

PARA PACIENTES DO CAPS:

Você costuma fumar DENTRO do CAPS?

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

SE NÃO EM 3.1.C, PASSAR PARA 3.2.

D. **PARA PACIENTES INTERNADOS:**

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

PARA PACIENTES DO CAPS:

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

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

SE OUTRAS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

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

E. Você já fumou alguma vez?

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

SE SIM PARA 3.1.E:

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

G. Número de cigarros que costumava fumar diariamente: _____

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

Sim..... 1
 Não 2
 IGN..... 9

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

SE SIM, ESPECIFICAR:

A. Idade que começou a beber: _____

B. PARA PACIENTES INTERNADOS:

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

PARA PACIENTES DO CAPS:

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

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

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

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

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

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

D. **PARA PACIENTES INTERNADOS:**

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

PARA PACIENTES DO CAPS:

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

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

SE OUTRAS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

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

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

SE OUTRA, ESPECIFICAR: _____

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

3.14. PARA OS HOMENS:

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

PARA AS MULHERES:

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

[MARQUE TODAS QUE SE APLICAREM]

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

SE OUTRAS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

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

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

NOS ÚLTIMOS 6 MESES?

1 a 10	1
Especifique: _____	2
Nenhum.....000	3
NQI.....777	4
NA.....888	7
IGN.....999	8
	9

TODA A VIDA?

1 a 10	1
Especifique: _____	2
Nenhum.....000	3
NQI.....777	4
NA.....888	7
IGN.....999	8
	9

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

NOS ÚLTIMOS 6 MESES?

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

TODA A VIDA?

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

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

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

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

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

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

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

SE SIM PARA 3.19:

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

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

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

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

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

3.22. **PARA PACIENTES INTERNADOS:**

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

PARA PACIENTES DO CAPS:

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

Mês: _____ Ano: _____

A. Nesta RELAÇÃO sexual você usou camisinha?

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

3.23. **PARA PACIENTES INTERNADOS:**

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

PARA PACIENTES DO CAPS:

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

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

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

3.24. PARA PACIENTES INTERNADOS:

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

PARA PACIENTES DO CAPS:

A última relação sexual que você teve foi com:

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

SE OUTRA, ESPECIFICAR: _____

3.25. PARA PACIENTES INTERNADOS:

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

PARA PACIENTES DO CAPS:

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

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

<p>SE NÃO PARA 3.25, PASSAR PARA 3.26. SE SIM, CONTINUAR EM 3.25.A.</p>
--

A. Esta(s) relação(ões) foi (foram):

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

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

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

C. PARA PACIENTES INTERNADOS:

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

PARA PACIENTES DO CAPS:

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

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

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

D. PARA PACIENTES INTERNADOS:

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

PARA PACIENTES DO CAPS:

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

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

SE OUTRO, ESPECIFICAR _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

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

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

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

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

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

Sim..... 1
 Não 2
 IGN..... 9

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

A. Isto já aconteceu:

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

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

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

SE OUTROS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS ITENS: _____

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

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

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

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

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

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

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

Sim.....	1
Não	2
IGN.....	9

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

A. Isto já aconteceu:

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

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

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

SE OUTROS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

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

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

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

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

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

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

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

Sim..... 1
 Não 2
 IGN..... 9

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

A. Isto já aconteceu:

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

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

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

SE OUTROS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

C. Onde isto ocorreu?

[MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]

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

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

D. Quando isso ocorreu?

[MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]

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

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

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

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

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

3.31. Você já ESTEVE PRESO(A) ALGUMA VEZ?

Sim.....	1
Não	2
IGN.....	9

**SE NÃO PARA 3.31, PASSAR PARA PARTE 4.
SE SIM, CONTINUAR EM 3.31.A.**

A. ESPECIFICAR O MOTIVO:

B. ESPECIFICAR QUANDO: ____/____
Mês Ano (Colocar 4 dígitos no ano)

C. ESPECIFICAR ONDE:

OBSERVAÇÕES:

SE SIM PARA 4.4:

A. Você soube qual foi o resultado ?

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

B. Você poderia me dizer qual foi o resultado ?

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

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

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

A. Você poderia me dizer POR QUÊ?

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

Indicou que sabe ler:

- Sim..... 1
 Não..... 2

4.6. Gostaria que você lesse as frases deste cartão e me indicasse o número da alternativa que mais se aproxima do que você SENTE em relação à atração sexual:

- Você só sente atração sexual por mulheres..... 1
 Você sente atração principalmente por mulheres, mas às vezes por homens. 2
 Você sente atração mais ou menos igualmente por mulheres e homens..... 3
 Você sente atração principalmente por homens, mas às vezes por mulheres. 4
 Você só sente atração sexual por homens 5
 Você não sente atração sexual por outra pessoa 6
 NQI..... 7
 IGN..... 9

4.13. A entrevista teve que ser interrompida em algum momento?

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

SE SIM PARA 4.13:

Anote o motivo da interrupção:

4.14. Este participante tem prontuário disponível para a pesquisa ?

Sim..... 1
Não 2
IGN..... 9

4.15. Entrevistador: _____

OBSERVAÇÃO:

PARTE 5 - PESQUISA DE DADOS EM PRONTUÁRIO

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

____/____/____

5.2. Município onde nasceu: _____ Estado: _____

5.3. Sexo:

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

5.4. Cor:

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

SE OUTRA, ESPECIFICAR: _____

5.5. Data do Nascimento: ____/____/____

Dia Mês Ano (Colocar 4 dígitos no ano)

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

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

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

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

[I GRAU = ENSINO FUNDAMENTAL]

[II GRAU = ENSINO MÉDIO]

PARA PACIENTES INTERNADOS, PASSAR PARA 5.9.

5.8. PARA PACIENTES DO CAPS:

Qual é o tipo de acompanhamento do paciente neste serviço?

- Intensivo..... 1
- Semi-intensivo..... 2
- Não-intensivo..... 3
- Outro..... 4
- NA..... 8
- IGN..... 9

SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____

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

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

- Sim 1
- Não..... 2
- NA 8
- IGN 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

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