

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**

MARÍLIA SILVA DE SOUZA

**Tabagismo e as expectativas relacionadas ao comportamento de fumar em pessoas
vivendo com HIV/AIDS**

Pelotas

2018

MARÍLIA SILVA DE SOUZA

**Tabagismo e as expectativas relacionadas ao comportamento de fumar em pessoas
vivendo com HIV/AIDS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde e Comportamento.

Orientador: Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

Pelotas
2018

S729t Souza, Marília Silva de
Tabagismo e as expectativas relacionadas ao comportamento de fumar em pessoas vivendo com HIV/AIDS. / Marília Silva de Souza. – Pelotas: UCPEL, 2018.
177 f.
Tese (doutorado) – Universidade Católica de Pelotas, Mestrado em Saúde e Comportamento, Pelotas, BR-RS, 2018. Orientador: Luciano Dias de Mattos Souza.
1. S-SCQ. 2. tabagismo. 3. HIV/AIDS. I. Souza, Luciano Dias de Mattos, or. II. Título.

CDD 616

**Tabagismo e as expectativas relacionadas ao comportamento de fumar em pessoas
vivendo com HIV/AIDS**

Conceito final: _____ 

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof(a). Dra. Taiane de Azevedo Cardoso

Prof(a). Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Prof(a). Dra. Thaíse Campos Mondin

Orientador – Prof(a). Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

RESUMO

Ao longo do período de doutorado em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), sob a orientação do professor Luciano Dias de Mattos Souza, foram ou serão publicados os artigos aqui apresentados em conjunto, em forma de tese, dada a estreita relação que guardam entre si. Esta tese de doutorado consta com a validação para o contexto brasileiro do instrumento Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ) (Artigo 1), sendo uma escala que faz a medição de expectativas de resultados relacionados com o tabagismo. A fidedignidade da escala apresentou índice alfa de Cronbach 0,851 e Lambda ₂ de Gutmann 0,870. Índices bastante satisfatórios foram observados também nas subescalas. No mesmo sentido, os valores de correlação item-total também confirmaram os bons índices de fidedignidade da escala. Posteriormente, o instrumento foi utilizado em uma pesquisa realizada com pacientes com HIV/AIDS em uma região do sul do Brasil. Foram avaliados os fatores associados ao tabagismo em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) em atendimento ambulatorial e especializado (Artigo 2). Onde se pode observar que, associado a condição de ser tabagista estão o comportamento sexual de risco, fazer sexo com pessoas do mesmo sexo (FSPMS), ter usado maconha nos três meses que antecederam a coleta de dados, risco de suicídio atual e transtorno obsessivo compulsivo atual (TOC). Bem como, foram identificados os elementos associados aos fatores das consequências do tabagismo, podendo assim, contribuir com direções e estratégias futuras a serem desenvolvidas a um perfil específico de pacientes (Artigo 3). Os resultados indicaram que diferentes características do perfil de PVHA se associaram a magnitude dos escores do S-SCQ.

Palavras-chave: S-SCQ, Tabagismo, HIV/AIDS.

ABSTRACT

Over the doctoral research period in Health and Behavior of the Catholic University of Pelotas (UCPel) under the guidance of professor Luciano Dias de Mattos Souza, have been or will be published the papers presented here together, in thesis form. This thesis consists of the validation for the Brazilian context of the Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ) (Paper 1), consisting of a scale that measures the expectations of outcomes related to smoking. The reliability of the scale presented Cronbach alpha index 0.851 and Lambda ₂ of Gutmann 0.870. Satisfactory indexes were also observed in the subscales. In the same sense, the values of item-total correlation also confirmed the good indexes of reliability of the scale. Subsequently, the instrument was used in research conducted with patients with HIV/AIDS in a region of southern Brazil. The factors associated with smoking were evaluated in people living with HIV/AIDS (PLWHA) in outpatient and skilled care (Paper 2). Where it can be observed that, associated with the condition of being smoker are the sexual risk behavior, having sex with people of the same sex (HSPSS), have used cannabis in the three months prior to data collection, current suicide risk and current obsessive compulsive disorder (OCD). As well as, the elements associated with the consequences of smoking factors were identified, thus contributing with future directions and strategies to be developed to a specific patient profile (Paper 3). Results indicated that different characteristics of PLWHA profile were associated to S-SCQ scores magnitude.

Key words: S-SCQ; Smoking; HIV/AIDS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Brazilian version of the Smoking Consequences Questionnaire instrument (SCQ).....	77
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Translation process and retranslation of Smoking Consequences Questionnaire instrument (SCQ).....	77
Tabela 2 – Principal Component Analysis, variance explained in each of the factors of the Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ) and reliability of the instrument.....	79
Tabela 3 – Caracterização da amostra de paciente vivendo com HIV/AIDS em atendimento no Serviço de Atenção Especializada de Pelotas (RS) e fatores associado ao tabagismo.....	100
Tabela 4 – Análise de regressão logística para identificação dos fatores associados ao tabagismo na população de pacientes vivendo com HIV/AIDS.....	102
Tabela 5 – Comparação entre variáveis de paciente vivendo com HIV/AIDS e os dos fatores associados ao tabagismo.....	128
Tabela 6 – Regressão linear para os fatores de consequências do tabagismo em uma amostra de PVHA.....	133

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Classificação Socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACP	Análise dos Componentes Principais
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CN	Consequências Negativas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPA	Controle do Peso e Appetite
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EFA	Exploratory Factor Analysis
EM	Entrevista Motivacional
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
FEP	Fatoração dos Eixos Principais
FSPMS	Fazer sexo com pessoas do mesmo sexo
FTND	Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström
FTQ	Questionário Fagerström de Tolerância
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale
HSH	Homens que fazem sexo com homens
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IMC	Índice de Massa Corporal
KMO	Kaiser- Meyer-Olkin
MACS	Multicenter AIDS Cohort Study
MINI-Plus	Mini International Neuropsychiatric Interview – Plus
NC	Negative Consequences
NR	Negative Reinforcement
OCD	Obsessive Compulsive Disorder

OMS	Organização Mundial da Saúde
PAF	Principal Axis Factoring
PCA	Principal Component Analysis
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PLWHA	People Living with HIV/AIDS
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
PR	Positive Reinforcement
RN	Reforço Negativo
RP	Reforço Positivo
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SCIELO	Scielo Scientific Electronic Library Online
SCQ	Smoking Consequences Questionnaire
S-SCQ	Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire
SUD	Distúrbios do Uso de Substâncias
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Transtorno Bipolar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCPEL	Universidade Católica de Pelotas
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

APRESENTAÇÃO	14
PROJETO	15
1. IDENTIFICAÇÃO	16
1.1. Título.....	16
1.2. Responsável.....	16
1.3. Professor orientador.....	16
1.4. Colaboradores.....	16
1.5. Curso.....	16
1.6. Área de conhecimento.....	16
1.7. Período da Pesquisa.....	16
2. INTRODUÇÃO	17
3. OBJETIVOS E HIPÓTESES	20
3.1. Objetivo geral	20
3.2. Específicos.....	20
3.3. Hipóteses	20
3.4. Objetivo geral	20
3.5. Específicos.....	20
3.6. Hipóteses	21
4. REVISÃO DE LITERATURA	22
4.1. Estratégias de busca.....	22
4.2. Descrição dos achados.....	22
5. METODOLOGIA	28
5.1. Delineamento.....	28
5.2. Participantes	28
5.2.1. Critérios de inclusão	28
5.2.2. Critérios de exclusão	28
5.2.3. Medidas e instrumento.....	28
5.2.4. Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ).....	29
5.2.5. Seleção e treinamento de pessoal	30
5.2.6. Processamento e análise de dados	30
5.2.7. Aspectos éticos	30
5.2.8. Orçamento	31

	12
5.3. Participantes	31
5.3.1. Critérios de inclusão	32
5.3.2. Critérios de exclusão	32
5.3.3. Cálculo da amostra	32
5.3.4. Medidas e Instrumentos.....	32
5.3.5. Classificação socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)	33
5.3.6. Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND)	33
5.3.7. Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ).....	33
5.3.8. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)	33
5.3.9. Mini International Neuropsychiatric Interview – Plus (MINI-Plus)	34
5.3.10. Definição das variáveis.....	35
5.3.11. Dados clínicos relacionados à infecção pelo HIV	35
5.3.12. Seleção e treinamento de pessoal	35
5.3.13. Estudo piloto.....	36
5.3.14. Processamento e análise de dados	36
5.3.15. Modelo hierárquico.....	36
5.3.16. Aspectos éticos	38
5.3.17. Orçamento	39
6. CRONOGRAMA	40
7. REFERÊNCIAS	41
ARTIGO 1	48
ARTIGO 2	67
ARTIGO 3	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÃO	121
ANEXOS	122
Anexo A - Carta de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa	123
Anexo B - Carta de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa	125
Anexo C - Quadro de revisão	127
Anexo D - Estratégias de Busca	129
Anexo E – Termo de consentimento livre e esclarecido – Validação do S-SCQ.....	130
Anexo F – Versão Brasileira do Smoking Consequences Questionnaire.....	131

Anexo G – Termo de consentimento livre e esclarecido - Prevalência de alterações neurocognitivas por comprometimento subcortical em paciente com hiv/aids em uma região sul do brasil.....	132
Anexo J – Avaliação Neuropsicológica	151
Anexo K – Questionário Geral	155
Anexo L – Avaliação do Prontuário	175

APRESENTAÇÃO

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo. Há subpopulações em que o tabaco é altamente prevalente, como entre pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). A associação destas condições apresenta um aumento na morbidade e um risco maior para todas as causas de mortalidade. Tornando-se importante investigar a respeito do comportamento de fumar na população HIV/AIDS. Para que possamos entender o comportamento de fumar é importante que saibamos quais as expectativas que o indivíduo tem em relação ao resultado de fumar.

Tendo em vista o presente exposto, foi realizada a validação psicométrica do instrumento Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ) para uma versão em português para ser utilizada no contexto brasileiro. (Artigo 1). O processo utilizado para a tradução e validação do instrumento seguiu as quatro etapas estabelecidas por Herdman et al, para a análise semântica. Foram realizadas análises psicométricas e análise fatorial exploratória, esta com o intuito de determinar se os fatores teóricos estariam representados pelo instrumento e quanto da variância dos dados poderia ser explicada pelo modelo de fatores.

Posteriormente, foi realizada uma pesquisa de delineamento transversal no Serviço de Assistência Especializada (SAE) que é o centro de referência em atendimento para PVHA. Esta parte do trabalho objetivou identificar a prevalência e os fatores associados ao tabagismo em PVHA. (Artigo 2).

Ademais, foram identificados os elementos associados aos fatores das consequências do tabagismo, podendo assim, contribuir com direções e estratégias futuras a serem desenvolvidas a um perfil específico de pacientes (Artigo 3). Como parte final, foram realizadas considerações sobre os artigos desenvolvidos acima.

PROJETO

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Título: Avaliação e compreensão do tabagismo em pessoas que vivem com HIV/AIDS

1.2. Responsável: Marília Silva de Souza

1.3. Professor orientador: Luciano Dias de Mattos Souza

1.4. Colaboradores: Clarissa de Souza Ribeiro; César Pinheiro; Evelin Franco Kelbert; Fábio Monteiro da Cunha Coelho; Karen Pinheiro; Ricardo Pinheiro; Sandra Al Alam Lhullier, Susane Muller Klug Passos e Janaína Vieira dos Santos Motta

1.5. Curso: Doutorado em Saúde e Comportamento

1.6. Área de conhecimento: 7.07.01.00-8

1.7. Período da Pesquisa: Início: maio/2013. Término: dezembro/2014.

2. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹ o tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo. Fumar representa 24% das causas mortais na população geral, sendo o fator que explica o maior número de anos de vida perdido². Contudo, estima-se que aproximadamente um terço da população mundial adulta seja fumante³. Embora este dado seja preocupante, no Brasil, tem acontecido redução de quase 50% nos últimos 25 anos da taxa de tabagismo⁴.

Entretanto, há populações em que o uso do tabaco é altamente prevalente. Estima-se que, entre aqueles que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), 44% a 88% seja tabagista, enquanto que na população geral a taxa é de 21%^{5,6,7,8,9,10}.

As razões para esta alta prevalência não são totalmente compreendidas, porém, sabe-se que alguns aspectos estão associados tanto com o diagnóstico de HIV como com o hábito de fumar como, por exemplo: baixo nível socioeconômico, escolar e desemprego¹¹. Além disso, o tabagismo na população HIV+ tem sido associado com outros fatores já descritos na população geral, como: sexo masculino, meio ambiente e taxas mais altas de uso de álcool e uso de substâncias ilícitas¹².

O tabagismo também é associado com prejuízos específicos para a população HIV+ como: revelação do estado sorológico; sintomas depressivos^{12,13} e estresse relacionado com o diagnóstico de HIV; sintomas físicos associados ao HIV¹⁴ e lipodistrofia¹⁵ resultante do tratamento da terapia antirretroviral (TARV).

Fumar está associado a numerosos resultados adversos relacionados ao HIV¹¹. Entre as doenças com maior prevalência, quando se associa cigarro e HIV/AIDS, estão: doenças cardiovasculares, pulmonares e doenças renais crônicas. Além disso, há uma série de efeitos adversos sobre o sistema imunológico, alterando células e funções do sistema imune hormonal. O fumo pode desencadear respostas inflamatórias adicionais além do que seria esperado em um fumante sem infecção pelo HIV¹⁶.

Uma abordagem para melhorar os resultados de saúde, para a população HIV+, tem como alvo evitar comportamento de risco à saúde, tal como o tabagismo. A associação destas condições, ser tabagista e ter o diagnóstico de HIV/AIDS, apresenta um aumento na morbidade e um risco significativamente maior para todas as causas de mortalidade^{11,16}. As causas de morbidade e mortalidade mudaram, entre 50% e 84% das mortes em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) não são relacionadas à AIDS¹⁷.

Em relação à cessação do tabagismo, um estudo realizado por Shapiro e colaboradores mostrou que a cessação do tabaco em PVHA é susceptível de reduzir a morbidade e mortalidade. A maioria dos sujeitos de pesquisa relatou querer parar de fumar, 42% relataram a intenção de parar de fumar em um ano enquanto 55% relataram o desejo de parar de fumar, porém nenhum plano¹⁸.

Os avanços no tratamento do HIV têm melhorado bastante o prognóstico para pessoas infectadas. Devido à implementação da TARV, têm ocorrido melhorias nos resultados clínicos e na qualidade de vida além do aumento da expectativa de vida das PVHA. O número de óbitos por AIDS tem diminuído, mas a proporção de mortes atribuíveis a outras doenças aumentou drasticamente⁹. Sendo assim, é importante que se tenha maior preocupação com a não adesão à TARV, já que esta representa uma grande ameaça para a crescente população de PVHA^{13,15,19}.

O tabagismo é um correlato de pobre aderência à medicação, tanto em homens quanto em mulheres que recebem o tratamento para a doença HIV. A relação entre o tabagismo e a adesão pode ser explicada de forma independente dos sintomas depressivos e estresse⁶. Um estudo realizado com 289 pessoas relatou que participantes com depressão eram mais propensos a endossar o tabagismo quando comparados com participantes não deprimidos⁸.

Tendo em vista o presente exposto, é importante investigar a respeito do comportamento de fumar de PVHA para que seja possível entender os fatores, além da própria dependência, que levam o indivíduo a permanecer com este comportamento e o que interfere na adesão à TARV. Para que possamos entender o comportamento de fumar é importante que saibamos quais as expectativas que o indivíduo tem em relação ao resultado de fumar, para que se possa fazer intervenções adequadas. A fim de estudar esse construto, o instrumento Smoking Consequences Questionnaires (SCQ) foi criado em 1991 por T.H. Brandon & T. B. Baker. É uma escala que faz a medição de expectativas de resultados relacionados com o tabagismo. O Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ) é um formulário abreviado, composto por 21 itens, que mede as expectativas sobre os resultados provocados pelo ato de fumar e é amplamente utilizado em pesquisas sobre o tema²⁰.

O instrumento é de fácil aplicação, acessível e possui altos índices de confiabilidade e validade, tanto na versão original quanto na versão reduzida²¹. No Brasil, este instrumento não possui similar ou versão traduzida.

Assim, dada à relevância de estudar os fatores que impedem a cessação do tabagismo o presente trabalho teve, como objetivo, adaptar o S-SCQ de 21 itens para uma versão em português, bem como avaliar as características do tabagismo em PVHA.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESES

ARTIGO 1 - Psychometric Validation of the Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ) for Brazil

3.1. Objetivo geral

Adaptar o S-SCQ de 21 itens para uma versão em português para ser utilizada no contexto brasileiro.

3.2. Específicos

- Traduzir e retrotraduzir o S-SCQ para uma versão em português;
- Validar o conteúdo do S-SCQ para uma versão em português;
- Realizar a validação de construto do S-SCQ na versão em português;
- Avaliar a relevância semântica e qualidade psicométrica dos itens do S-SCQ;
- Avaliar a execução e a funcionalidade do S-SCQ para uma versão brasileira.

3.3. Hipóteses

- Não serão necessárias modificações significativas na escala;
- A estrutura e fidedignidade serão consistentes à versão original.

ARTIGO 2 – Implicações das Características do Tabagismo na Adesão à Terapia Antirretroviral

3.4. Objetivo geral

Estudar as expectativas do resultado de fumar da população tabagista e sua relação com a adesão à TARV.

3.5. Específicos

- Comparar a proporção de adesão ao tratamento da TARV nas PVHA tabagista e não tabagista;
- Relacionar a adesão à TARV de tabagistas diagnosticados com HIV/AIDS com o nível de dependência de nicotina; uso do tabaco para alívio de sintomas;

- Avaliar as características sociodemográficas e clínicas associadas às expectativas do tabagismo: consequências negativas (CN), reforço negativo (RN), reforço positivo (RP) e controle do peso e apetite (CPA).

3.6. Hipóteses

- PVHA tabagistas aderem menos à TARV quando comparado com PVHA que não fumam;
- PVHA tabagistas apresentarão em maior proporção carga viral detectável e CD4 acima de 200 em comparação aos não tabagistas;
- O menor nível de dependência de nicotina estará associado a uma menor adesão à TARV nas PVHA tabagistas;
- PVHA tabagistas que fumam para aliviar sintomas de ansiedade e depressão (reforço negativo) aderem menos à TARV;
- Maior escolaridade e menores escores de ansiedade e depressão estarão significativamente associadas a maiores escores de CN, RN, RP e CPA nas PVHA tabagistas;
- Os tabagistas que apresentarem dependência de nicotina ostentarão maiores escores de RN, RP e CPA.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Estratégias de busca

Busca realizada por descritores até dezembro de 2016:

- (Tobacco Use Cessation) OR (Tobacco, Smokeless) OR (Tobacco Use Disorder) OR (Smoking) OR (Tobacco) OR (Smoking Cessation) AND (HIV) OR (AIDS)
- (Tobacco Use Cessation) OR (Tobacco, Smokeless) OR (Tobacco Use Disorder) OR (Smoking) OR (Tobacco) OR (Smoking Cessation) AND (Smoking Consequences Questionnaire)

Publicados nos últimos dez anos; pesquisa com humanos; idioma inglês, espanhol e português.

4.2. Descrição dos achados

Sabe-se que o consumo de tabaco é a principal causa de morte evitável no mundo e responsável por seis milhões de mortes anuais, um milhão delas no continente americano, representando 12% do total mundial^{1,22,23}. Estes números podem aumentar para oito milhões de mortes anuais por volta do ano de 2030, se a expansão do consumo de tabaco for mantida^{1,23}.

Estima-se que atualmente ocorra no Brasil cerca de 200 mil mortes por ano em decorrência do tabagismo²⁴, e de acordo com dados do Ministério da Saúde, a prevalência de consumo de tabaco é de 14,7%²⁵.

A cessação do tabagismo pode ser muito difícil, principalmente para aqueles que apresentam um alto grau de dependência de nicotina, sendo o principal obstáculo para a cessação^{26,27}. Entretanto, há outros fatores que também dificultam a cessação. O medo do ganho de peso é comum entre as mulheres e muitas fumam para controlar o apetite e reduzir o peso²⁷. Outra barreira é a depressão, que é quatro vezes mais frequente entre os fumantes quando comparados com não fumantes. Quando surgem sintomas depressivos, durante a retirada da nicotina, a probabilidade do fracasso e da recaída é aumentada²⁸. Além do mais, mulheres tendem a fumar para a gestão do humor e para aliviar o estresse^{28,29}.

A cessação do tabagismo é prioridade para a prevenção de doenças atribuíveis ao abuso de nicotina³⁰. Parar de fumar, em qualquer idade, traz benefícios para a saúde do indivíduo, reduz o risco de acidente vascular cerebral, doenças cardiovasculares e cânceres relacionados ao tabagismo³⁰.

Outro fator que acaba contribuindo para o tabagismo e dificultando a cessação do mesmo é a expectativa do resultado de fumar. Sabe-se que os tabagistas progredem através de estágios para mudanças comportamentais (modelo transteórico). A entrada para o processo de mudança é o estágio de pré-contemplação, onde o sujeito ainda não considera a modificação do comportamento. Quando algum nível de consciência sobre o problema é adquirido o sujeito entra no estágio de contemplação, considera a mudança, mas ao mesmo tempo a rejeita. Trabalhando esta ambivalência o sujeito pode passar para o estágio de preparação, onde está pronto para mudar e comprometido com a mudança, o estágio seguinte é o da ação, onde cria condições externas para a mudança³¹. Com base nesses estágios podemos inferir que a verificação das expectativas do comportamento tabagista pode convir como indicador ou forma de avaliação da pré-contemplação, já que o sujeito nessa fase não encara o seu comportamento como problema.

A expectativa do resultado de fumar pode ser positiva (fumar facilita a interação social, reduz o tédio ou o afeto negativo) ou negativa (fumar é prejudicial à saúde). Expectativas relacionadas a resultados negativos de fumar apresentam maior conhecimento sobre saúde e melhores desfechos na cessação³². O Reforço Positivo refere-se às expectativas em relação à satisfação sensorial de fumar. Enquanto expectativas do Reforço Negativo representam expectativas em relação ao enfrentamento e regulação da emoção negativa através de fumar. Neste mesmo sentido, o controle do peso/apetite, avaliado por um dos fatores da escala S-SCQ, também pode ser considerado como uma expectativa positiva do tabagismo. Consequências Negativas consistem em expectativas relacionadas com consequências negativas para a saúde em longo prazo, mas preveem pouco sucesso na cessação do tabagismo^{29,30}. Expectativas positivas promovem o uso de drogas e contribui para a recaída, enquanto que expectativas negativas contribuem para evitar ou abster-se do uso de drogas²¹.

Um estudo piloto realizado por Grover e colaboradores, mostrou que a expectativa de resultados de fumar inclui crenças sobre todos estes fatores⁷. Grover disserta que estas expectativas têm relevância para a explicação do comportamento de fumar. O Reforço Positivo está diretamente relacionado com o aumento do uso do

cigarro e as expectativas do Reforço Negativo e Consequências Negativas preveem pouco sucesso na cessação do tabagismo⁷.

Portanto, é importante entender quais as expectativas que o indivíduo tem em relação ao resultado de fumar, para que se possam fazer intervenções adequadas. Como propósito de estudar este constructo, o instrumento Smoking Consequences Questionnaires (SCQ) foi criado em 1991 por T.H. Brandon & T. B. Baker. O Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ). Consiste em uma escala que faz a medição de expectativas de resultados relacionados com o tabagismo e é amplamente utilizado em pesquisas sobre o tema²⁰. O S-SCQ é um formulário abreviado do SCQ, que resulta em uma medida de quatro fatores: consequências negativas (CN), o reforço negativo (RN), o reforço positivo (RP), e controle do apetite e de peso (CPA). Cada item de consequência do tabagismo está classificado para ambas as probabilidades de ocorrência (0 = completamente improvável a 9 = totalmente provável)²¹.

Expectativas de resultados definem uma relação entre um estímulo, uma resposta, e o resultado de uma resposta, e esta relação é pensada para influenciar o comportamento futuro²¹. Sendo assim, é de grande relevância estudar os quatro fatores do S-SCQ tendo em vista que as consequências negativas estão relacionadas a expectativas com consequências negativas para a saúde a longo prazo.

Entre as populações em que o uso do tabaco é altamente prevalente estão inseridas as PVHA. Os fumantes utilizam em média de 16 a 23 cigarros por dia, indicando um alto nível de dependência de nicotina^{5,6,7,8,9,16}. A maioria tem baixo nível socioeconômico e escolar, apresentam taxas mais altas de alcoolismo e uso de substâncias ilícitas, sendo a prevalência maior no sexo masculino¹¹.

Além do aumento de risco para a saúde de uma forma geral, há o risco de efeitos adversos sobre o sistema imunológico do sujeito, que pode ser atribuído às taxas menores de aderência à TARV ou a mesma pode ter menor eficácia na população HIV+ tabagista⁶. O tabagismo resulta em maiores perdas de anos de vida do que a própria infecção por HIV nas PVHA que fumam². Fumar afeta a resposta imune à TARV.

Estudo realizado por Feldman e colaboradores mostra que fumantes em TARV tiveram uma menor chance de conseguir a supressão da carga viral do HIV e uma maior chance de falha imunológica (onde a contagem de células CD4 cai abaixo dos níveis nadir pré-TARV) em comparação com não-fumantes em TARV³³. O'Cleirigh et al, sustentam a mesma posição de que fumantes HIV+ têm menor resposta imunológica,

maior risco de rebote virológico e falha imunológica mais frequente em comparação com os seus correspondentes não fumantes³⁴. Humfleet et al, chegaram a relatar que o tabagismo reduz em 40% a resposta imunológica e virológica à TARV³⁵. Um estudo realizado com uma amostra apenas de mulheres, mostra que mulheres tabagistas que utilizam a TARV têm uma resposta viral mais pobre, menor resposta imunológica e têm um risco maior de falha virológica em comparação com as PVHA não fumantes⁶.

As PVHA podem não aderir à TARV por diversas razões, como por exemplo: dificuldades associadas à complexidade do esquema de tratamento, para evitar os efeitos colaterais, fatores psicológicos, sintomas depressivos e estresse, além de medo do estigma da própria doença. Parte dos pacientes tabagistas, em virtude do próprio perfil da dependência, apresenta outros comportamentos de risco e que envolvem consequências negativas à saúde, o que sugere um subgrupo dentro dos tabagistas que potencialmente possui ainda menor adesão à TARV⁶.

Estudos sugerem uma ligação entre a não adesão à TARV e tabagismo³⁶. King aponta que achados recentes designam que PVHA fumantes apresentam níveis mais altos de depressão e menor aderência à TARV em comparação com PVHA que não fumavam. Porém, em seu estudo, realizado com 326 sujeitos, após analisar a relação entre dependência de nicotina e não adesão à TARV, ajustando o efeito para presença de sintomas depressivos e estresse percebido, evidenciou diferença significativa no grupo de indivíduos com HIV+ dependentes de nicotina com proporção de não adesão à TARV 13% superior³⁶. O estudo ainda sinaliza um maior impacto do uso de substâncias na não adesão à TARV do que a presença de sintomas depressivos. Outros estudos também identificaram associações significativas entre dependência de nicotina, depressão e não adesão à TARV^{37,38,39,40}.

A prevalência de transtornos mentais em PVHA é entre 17% e 63%. Particularmente a depressão, nessa população, é maior do que na população em geral^{41,42}. Problemas de saúde mental em PVHA têm uma influência negativa no tratamento, adesão ao tratamento e prognóstico da infecção pelo HIV⁴².

A depressão tem sido associada, em particular com maior dependência de nicotina¹⁸. Em um levantamento, 62% dos fumantes regulares sofriam de sintomas depressivos, em outro estudo, 38% preencheram os critérios para transtorno depressivo maior⁴³. Além disso, está associada a uma menor probabilidade de parar de fumar e a uma maior probabilidade de recaída após o abandono⁴⁴.

No estudo realizado por O’Cleirigh et al, as taxas de transtornos de ansiedade nas PVHA foram estimadas em 43%³⁴. Além disso, os transtornos de ansiedade coincidem com tabagismo em taxas que excedem os encontrados na população não-psiquiátrica geral⁴⁵.

A sorologia positiva tem um número de estresse psicológico e desafios que contribuem para fumar e também acabam dificultando a cessação do tabagismo. PVHA fumantes com níveis mais elevados de sintomas de angústia podem fumar para diminuir o desconforto experiencial, bem como, para alívio de sintomas e desconfortos relacionados à própria doença⁷. Estes fatores podem ter repercussão na adesão à TARV.

Além dos fatores psicológicos, como fumar para ajudar a lidar com o estresse de viver com o HIV, que podem contribuir ao tabagismo, algumas pessoas soropositivas podem acreditar que fumar ajuda a aliviar os sintomas físicos associados ao HIV, como dores no corpo⁴³, ou ainda como meio para gerenciar as mudanças físicas, alterações de peso, que acompanham a lipodistrofia associada ao uso de antirretrovirais¹⁸. Além disso, PVHA ganham mais peso após a cessação do tabagismo do que aqueles sem HIV⁴⁶. Dados recentes sugerem que PVHA fumantes podem ter uma maior alteração no índice de massa corporal (IMC) com a cessação do tabagismo do que seria esperado para população em geral^{47,48}.

Estudar a morbidade e mortalidade relacionada ao tabagismo entre as PVHA é importante porque a prevalência de tabagismo é maior do que a da população em geral^{5,6,7,8,9,10}. Segundo um estudo realizado por Helleberg et al, o tabagismo estava associado a um risco 4,4 vezes maior de mortalidade por todas as causas e um risco 5,3 vezes maior que o de não-AIDS².

O risco de mortalidade entre as PVHA não só pode ser influenciado pelo tabagismo atual, mas pelo histórico de tabagismo. O nível de dependência de nicotina, uso do tabaco para alívio de sintomas e motivação para deixar de fumar representam tais características⁹. A prevalência da dependência de nicotina caracteriza-se como principal obstáculo para a cessação do tabagismo⁴⁹, justamente por apresentar sintomas como irritabilidade, agitação e depressão, dificuldade de concentração, fome, entre outros²⁹. O tabagismo está se tornando o fator de risco modificável mais importante para evitar a morbidade e mortalidade entre PVHA⁵⁰.

Em comparação com os tabagistas em geral, as PVHA têm níveis mais elevados de dependência de nicotina e há um aumento da prevalência de outras codependências, como álcool e drogas ilícitas¹⁷. Sendo assim, esta população adere menos ao regime de

tratamento antirretroviral quando comparado com PVHA com baixos níveis de dependência da nicotina³⁶. O uso do tabaco pode aumentar quando as pessoas estão sob o efeito de outras substâncias sendo um fator de risco para a cessação do tabagismo. O uso do tabaco é três vezes mais prevalente nos que consomem álcool e duas vezes mais prevalente naqueles com maior carga dos sintomas de HIV⁶.

A cessação do tabagismo é a prioridade para a prevenção de doenças atribuíveis ao abuso de nicotina³⁰. Melhora a expectativa de vida e diminui a morbidade. É desafiadora tanto física quanto psicologicamente⁵¹. O esforço alvejado de parar de fumar, entre as PVHA, pode representar uma abordagem comportamental não só para reduzir os sintomas relacionados ao HIV, mas também, para melhorar a saúde relacionada com a qualidade de vida¹¹. Um estudo realizado por Ingersoll e colaboradores evidenciou que 62% da amostra estavam em fase de preparação para a mudança¹⁸.

Dada a alta prevalência do tabagismo e seu impacto nas comorbidades entre as populações infectadas pelo HIV, é imprescindível que a cessação do tabagismo se torne uma prioridade no tratamento de PVHA. Tendo em vista que há uma série de barreiras e fatores de complicação que comprometem o sucesso da cessação do tabagismo nesta população única.

5. METODOLOGIA

5.1. Delineamento

Projeto de pesquisa com base na abordagem quantitativa, possuindo delineamento transversal.

Artigo 1

5.2. Participantes

Após processo de adaptação semântica ao idioma e ao contexto nacional realizado pelos pesquisadores, o S-SCQ versão brasileira foi aplicado em uma amostra composta por 129 sujeitos. Os participantes foram alocados em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (nas cidades de Pelotas e Canguçu (RS), um CAPS - AD (Canguçu), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) vinculada a Universidade Católica de Pelotas, bem como, em locais com grande fluxo de pessoas que possibilitassem representar a população geral (ponto de ônibus, proximidade de hospitais e universidade).

5.2.1. Critérios de inclusão

- Ser tabagista;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos.

5.2.2. Critérios de exclusão

- Impossibilidade física ou incapacidade de compreensão para responder ao questionário.

5.2.3. Medidas e instrumento

O processo utilizado para tradução e validação do instrumento seguiu as quatro etapas estabelecidas por Herdman et al⁵² para análise semântica. Este postula sobre a adaptação transcultural de instrumentos.

A primeira etapa constituiu na tradução do inglês para o idioma da população alvo, português, por uma psicóloga com conhecimento na língua inglesa e conhecimento da temática (tabagismo). Na segunda etapa foi feita uma retrotradução para o idioma original por uma educadora física bilíngue. Uma segunda versão para o

idioma em português foi realizada por outra psicóloga com conhecimento na língua inglesa e conhecimento da temática (tabagismo).

A terceira etapa foi a análise da concordância das versões por um grupo de especialistas: um psiquiatra especialista em Dependência Química e em Terapia Cognitiva Comportamental, um psicólogo professor de curso de especialização em Dependência Química, uma Doutora em Psicologia e um psicólogo especialista em Dependência Química. Este grupo analisou a adequação dos termos e a tradução de cada item para aplicação do instrumento na população alvo.

Por fim, foi sistematizada a versão teste que sintetiza o impacto dos termos utilizados na cultura, a equivalência semântica entre o instrumento original e as traduções, pois, uma palavra utilizada no contexto de origem pode não produzir o mesmo efeito na população alvo e a equivalência evita formas de distorção.

Com intuito de avaliar as características semânticas da versão teste, foram realizadas 10 entrevistas individuais com tabagistas em um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD). Nas entrevistas os participantes foram convidados a escutar os itens que compunham a versão teste do instrumento enquanto acompanhavam os mesmos em versão impressa. Ao final das entrevistas, ajustes foram realizados a fim de aprimorar a compreensão da população-alvo quanto ao instrumento em questão.

Após processo de adaptação semântica ao idioma e ao contexto nacional o S-SCQ versão brasileira foi aplicado em uma amostra composta por 129 sujeitos. Tanto no pré-teste como na etapa seguinte, foi mantida a forma de administração individual e autoaplicada, conforme orientação da versão original, bem como a forma de apresentação do material (impresso).

Foram realizadas as análises psicométricas para o conjunto de 21 itens. A análise fatorial exploratória da escala foi realizada com o intuito de determinar se os fatores teóricos estariam representados pelo instrumento na versão em teste e quanto da variância dos dados poderia ser explicada pelo modelo de fatores. Todos os procedimentos adotados para a análise são indicados por Pasquali⁵³.

5.2.4. Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ)

Versão curta do instrumento Smoking Consequences Questionnaires (SCQ) que é uma escala de autorrelato que contém 50 itens que medem a expectativa de fumar. Cada item de consequência do tabagismo está classificado em probabilidade de

ocorrência (0 = completamente improvável e 9= totalmente provável). Já a versão curta contém 21 itens^{20,21}.

5.2.5. Seleção e treinamento de pessoal

O treinamento consistiu na apresentação da equipe e explicação dos aspectos metodológicos e logísticos do estudo, assim como da leitura e discussão do instrumento. A equipe de entrevistadores teve como componentes duas alunas do curso de psicologia da UCPel. Estas receberam treinamento específico de uma das pesquisadoras com o objetivo de familiarização com o instrumento e sua aplicação.

5.2.6. Processamento e análise de dados

Após a codificação do instrumento, foi realizada dupla entrada dos dados no programa SPSS 13.0. Foi realizada uma checagem dos dados, além disso, foi testado a consistência na digitação comparado a duas entradas de dados.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado no mesmo software. A análise inicial teve como objetivo obter frequências das variáveis independentes, a fim de caracterizar a amostra do estudo.

A análise fatorial exploratória da escala foi realizada para determinar se os fatores teóricos estariam representados pelo instrumento na versão em teste e quanto da variância dos dados poderia ser explicada pelo modelo de fatores. Os dados foram submetidos à prova de validade de construto por meio de Análise Fatorial Exploratória, com tratamento *pairwise* para casos omissos.

Para proceder a Análise Fatorial se utilizou inicialmente o método da Análise dos Componentes Principais (ACP). Quanto aos indicadores para extração dos componentes, na análise com 21 itens foi utilizado como critério a presença de autovalores acima de 1. Após, foi feita a Fatoração dos Eixos Principais (FEP) utilizando rotação *Varimax* com normalização de Kaiser. A fidedignidade foi investigada pelo método da consistência interna (Alfa de Cronbach e Lambda₂ de Guttman) e da correlação um teste depende dos coeficientes de correlação item-total.

5.2.7. Aspectos éticos

Neste protocolo de pesquisa foram respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde nº466 de 12 de dezembro de 2012. Os participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurado o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não foram identificados.

O presente estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas sob o protocolo de número 11600512.2.000.5339.

5.2.8. Orçamento

Item	Valor individual	Valor total
Material de consumo		
Caneta	R\$ 1,00	R\$ 10,00
Prancheta	R\$ 2,00	R\$ 8,00
Impressão de Instrumento de avaliação (2 páginas por pessoa)	R\$ 0,50	R\$ 129,00
Total		R\$ 147,00

Artigo 2

5.3. Participantes

Todos aquelas PVHA que consultaram no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em Pelotas/RS, no período de março de 2015 a dezembro de 2015 foram convidados a participar do estudo. A seleção da amostra foi realizada de forma aleatória, aqueles pacientes que compareciam no ambulatório eram convidados a participar da pesquisa antes ou após consulta médica previamente agendada, assim como na retirada de medicamentos na farmácia do SAE.

O SAE é o centro de referência em atendimento para PVHA. A Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas iniciaram suas atividades em 1998 e este serviço funciona junto ao ambulatório de clínica médica da Faculdade de Medicina da UFPEL. Presta atendimento a adultos, crianças e gestantes da cidade de Pelotas e região. No presente momento estão cadastrados cerca de 3200 adultos, sendo que, destes, aproximadamente 1500 pacientes estão em uso de medicação antirretroviral. O SAE atende pacientes com sorologia positiva para HIV (teste de rastreamento-ELISA), que deve ser repetido, seguido de um

teste confirmatório, Western blot ou equivalente, mais específico para anticorpos anti-HIV) ou com diagnóstico clínico de AIDS complementado por pelo menos um teste de triagem reagentes, conforme fluxograma do Ministério da Saúde e diretrizes internacionais⁵⁴.

5.3.1. Critérios de inclusão

- Ter o diagnóstico de HIV/AIDS (dois testes ELISA e um confirmatório para HIV reagentes);
- Ter idade igual ou superior a 18 anos.

5.3.2. Critérios de exclusão

- Ter doença clínica importante ou deficiência física que possa interferir na realização dos instrumentos.

5.3.3. Cálculo da amostra

A presente proposta está inserida no projeto intitulado “*Prevalência de alterações neurocognitivas por comprometimento subcortical em pacientes com HIV/AIDS em uma região do sul do Brasil*”. O referido projeto de pesquisa previu participação de 328 pacientes do SAE. Dessa forma, com nível de significância bilateral de 95% e poder 80%, foi possível verificar as hipóteses apresentadas inicialmente através destas estimativas:

Variável independente	Não Adesão em não tabagistas	Não Adesão em tabagistas	Risco	N
Tabagismo	40%	56%	1.4	328

5.3.4. Medidas e Instrumentos

Todos os pacientes foram convidados a responder um questionário estruturado e pré-codificado contendo elementos referentes a: informações sociodemográficas (sexo, escolaridade trabalho remunerado, entre outros), uso de substâncias na vida e atual, uso e tempo de uso do tabaco. O questionário nutricional foi composto por avaliação antropométrica, escala de Kakeshita, avaliação nutricional subjetiva global, exame físico e exame subjetivo global. A adesão à TARV foi avaliada através da observação

do prontuário clínico do paciente sobre os últimos três meses. Além disso, o questionário foi composto pelos seguintes instrumentos:

5.3.5. Classificação socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)

A avaliação socioeconômica dos participantes foi realizada através da escala de classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa versão em vigor desde 01/04/2011, que se baseia no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família, este instrumento classifica a situação socioeconômica em “A, B, C, D e E”, sendo “A” a situação socioeconômica mais alta e “E” a mais baixa⁵⁵.

5.3.6. Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND)

É uma versão modificada do Questionário Fagerström de Tolerância (FTQ), usada para avaliar a dependência de nicotina. Consiste em seis itens, com perguntas de escolha simples. Para cada alternativa das questões do teste existe uma pontuação que varia de 0 a 10 (0-2 pontos = muito baixo; 3-4 pontos = baixo; 5 pontos = médio; 6-7 pontos = elevado e 8-10 pontos = muito elevado). A soma dos pontos permite a avaliação do seu grau de dependência de nicotina⁵⁶. Os valores de confiabilidade são de 0,990 e para as perguntas individuais se encontraram valores de 0,975 a 1,000. O valor da coerência interna através do coeficiente α de Cronbach é de $\alpha = 0,660$. Os valores de coerência interna das perguntas que compõem cada um dos fatores são, respectivamente, 0,66 e 0,53⁵⁷.

5.3.7. Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ)

Versão curta do instrumento Smoking Consequences Questionnaires (SCQ) que é uma escala de autorrelato que contém 50 itens que medem a expectativa de fumar. Cada item de consequência do tabagismo está classificado em probabilidade de ocorrência (0 = completamente improvável e 9 = totalmente provável). Já a versão curta contém 21 itens^{20,21}.

5.3.8. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

Composta por 14 questões de múltipla escolha, formada por duas subescalas: depressão e ansiedade, com 7 itens cada, e a pontuação geral variando de 0 a 21. Ao paciente solicita-se que responda baseando-se em como se sentiu na última semana⁵⁸.

As subescalas tiveram consistência interna de 0,77 de 0,68 respectivamente, possuindo ainda valores convergentes e não discriminativos. No estudo de validação, o ponto de corte utilizado foi de 8/9, apresentando uma sensibilidade de 93,7% para ansiedade e 84,6% para a depressão, e uma especificidade de 72,6% para ansiedade e 90,3% para depressão. As variáveis criadas serão dicotômicas: ansiedade e depressão sim ou não.

5.3.9. Mini International Neuropsychiatric Interview – Plus (MINI-Plus)

O MINI-Plus é uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSMIV) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, destinado à avaliação aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida, na clínica e na pesquisa em psiquiatria explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV-TR⁵⁹.

5.3.10. Definição das variáveis

	<i>Objetivo 1</i>	<i>Objetivo 2</i>	<i>Objetivo 3</i>
<i>Desfecho</i>	<i>Tabagismo</i> (dicotômico = não / sim)	<i>Adesão à TARV</i> (dicotômico = adere / não adere)	Expectativas do tabagismo (quantitativa)
<i>Variáveis independentes</i>			
	<i>Sexo</i> (dicotômico = feminino / masculino)	<i>Nível de dependência</i> (dicotômica = não / sim)	<i>Escolaridade</i> (ordinal = até 8/ 9-12/ 12 ou + anos de estudo)
	<i>Classificação socioeconômica</i> (ordinal)	<i>Fumar para Reforço Negativo</i> (quantitativa)	
	<i>Escolaridade</i> (ordinal = até 8/ 9-12/ 12 ou + anos de estudo)		<i>Sintomas depressivos e ansiosos</i> (quantitativa)
	<i>Trabalho remunerado</i> (dicotômico = não / sim)		
	<i>Adesão à TARV</i> (dicotômico = adere / não adere)		

5.3.11. Dados clínicos relacionados à infecção pelo HIV

Doenças prévias, níveis de CD4/CD8, carga viral do HIV ao tratamento foram coletados nos prontuários do SAE.

5.3.12. Seleção e treinamento de pessoal

O treinamento consistiu na apresentação da equipe e explicação dos aspectos metodológicos e logísticos do estudo, assim como da leitura e discussão do questionário e da entrevista diagnóstica padronizada (MINI).

A equipe de entrevistadores teve como componentes bolsistas de iniciação científica e alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento (PPGSC). Estes receberam treinamento específico da equipe de pesquisa com o objetivo de familiarização com os instrumentos e suas fases de aplicação.

5.3.13. Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto com 32 pacientes (10% da amostra estimada), no mês de março de 2015, com o objetivo de identificar tempo da aplicação dos questionários, compreensão e aceitação por parte dos pacientes, dificuldades na aplicação identificadas pelos pesquisadores e pelos pacientes, adequação do espaço físico utilizado para as entrevistas.

5.3.14. Processamento e análise de dados

Após a codificação dos instrumentos, foi realizada dupla entrada dos dados no programa Epidata. Para realizar uma checagem automática dos dados no momento da digitação utilizamos o comando CHECK, além disso, foi testado no mesmo software a consistências na digitação comparado a duas entradas de dados.

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa SPSS 22. A análise inicial teve como objetivo obter frequências das variáveis independentes, a fim de caracterizar a amostra do estudo. As médias aritméticas e desvios-padrão (d.p.) foram calculados para todas as variáveis quantitativas da amostra com o mesmo intuito. Foram utilizadas técnicas estatísticas distintas para cada um dos objetivos propostos. Foi utilizado o teste Qui quadrado para avaliar a diferença de proporção do tabagismo entre as variáveis qualitativas independentes avaliadas. O teste T para avaliar a relação entre os fatores da expectativa do tabagismo e as variáveis independentes dicotômicas aferidas. A correlação foi utilizada para verificar a associação entre as variáveis quantitativas investigadas.

5.3.15. Modelo hierárquico

O modelo hierárquico para investigação dos fatores associados ao tabagismo foi composto da seguinte forma:

Objetivo 1 – todos os participantes do estudo

1º Nível

Sexo
Idade
Escolaridade
Nível socioeconômico

2º Nível

Sintomas depressivos
Sintomas físicos
Lipodistrofia

3º Nível

Uso de substâncias lícitas e
ilícitas (não/sim)
Adesão à TARV (não/sim)

Objetivo 2 – somente tabagistas.

1º Nível

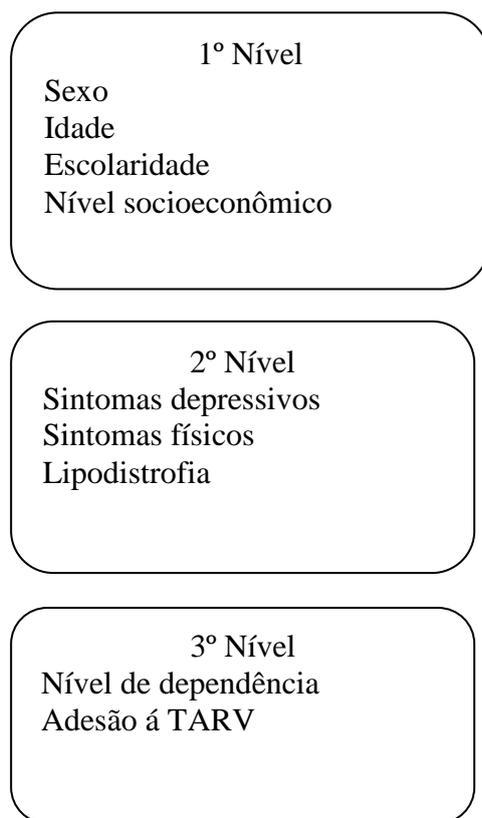
Sexo
Idade
Escolaridade
Nível socioeconômico

2º Nível

Sintomas depressivos
Sintomas físicos
Lipodistrofia

3º Nível

Nível de dependência
Adesão à TARV
Reforço negativo

Objetivo 3 – somente tabagistas.**5.3.16. Aspectos éticos**

Neste protocolo de pesquisa foram respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e se constituiu como adendo ao projeto de pesquisa intitulado “*Prevalência de alterações neurocognitivas por comprometimento subcortical em pacientes com HIV/AIDS em uma região do sul do Brasil*” aprovado sob o protocolo de número 11600512.2.000.5339 após avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da UCPel.

Os participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um “Consentimento livre e esclarecido”. Foi assegurado o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não sejam identificados.

Os pacientes que apresentaram elevada sintomatologia ansiosa e/ou depressiva foram encaminhados para o Ambulatório do Centro de Especialidades da Prefeitura Municipal da cidade de Pelotas/RS.

5.3.17. Orçamento

Item	Valor individual	Valor total
Material de consumo		
Impressão de instrumentos de avaliação (50 páginas por paciente)	R\$	R\$
Canetas	R\$ 1,00	R\$ 10,00
Lápis	R\$ 1,00	R\$ 10,00
Borrachas	R\$ 1,00	R\$ 10,00
Pranchetas	R\$ 3,89	R\$ 15,56
Adesivos	R\$ 3,10	R\$ 12,40
Pagamento de pessoal		
Entrevistadores – 11 bolsas de Iniciação Científica (CNPq, FAPERGS e PIBIC/UCPel)	R\$ 360,00	R\$ 39.600,00
Três bolsas de doutorado CAPES	R\$ 2.200,00	R\$ 22.000,00
Total		R\$ 119.560,00

6. CRONOGRAMA

Revisão de literatura - Março de 2013 a novembro de 2018

Elaboração do projeto – 2013 a 2016

Qualificação do projeto- Setembro de 2016

Elaboração do primeiro artigo- Dezembro de 2013 a Fevereiro de 2014

Elaboração do segundo artigo- Fevereiro de 2017

Defesa da tese – Dezembro de 2018

7. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization [acesso em 27 Mai 2013]. Disponível em: http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/.
2. Helleberg M, Afzal S, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen G, Pedersen C, et al. Mortality Attributable to Smoking Among HIV-1–Infected Individuals: A Nationwide, Population-Based Cohort Study. *Clin Infect Dis*. 2013Mar; 56(5):727-34.
3. Portal da Saúde [acesso em 27 Mai 2013]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>.
4. Instituto Nacional de Câncer [acesso em 27 Mai 2013]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>.
5. Marshall MM, McCormack MC, Kirk GD. Effect of Cigarette Smoking on HIV Acquisition, Progression, and Mortality. *AIDS Educ Prev*. 2009 Jun; 21(3): 28-39.
6. Manuel JK, Lum PJ, Hengl NS, Sorensen JL. Smoking cessation interventions with female smokers living with HIV/AIDS: A randomized pilot study of motivational interviewing. *AIDS Care*. 2013 Jun; 25(7): 820-7.
7. Grover KW, Gonzalez A, Zvolensky MJ. HIV Symptom Distress and Smoking Outcome Expectancies Among HIV + Smokers: A Pilot Test. *AIDS Patient Care STDS*. 2013 Jan; 27(1):17-21.
8. Stewart DW, Jone GN, Minor KS. Smoking, Depression, and Gender in Low-Income African Americans with HIV/AIDS. *Behav Med*. 2011 Jul; 37(3):77-80.
9. Pines H, Koutsky L, Buskin S. Cigarette Smoking and Mortality Among HIV-Infected Individuals in Seattle, Washington (1996–2008). *AIDS Behav*. 2011 Jan; 15(1):243-51.
10. Míguez-Burbano MJ, Wyatt C, Lewis JE, Rodríguez A, Duncan R. Ignoring the Obvious Missing Piece of Chronic Kidney Disease in HIV: Cigarette Smoking. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2010 Jan-Feb; 21(1):16-24.

11. Vidrine DJ. Cigarette smoking and HIV/AIDS: health implications, smoker characteristics and cessation strategies. *AIDS Educ Prev.* 2009 Jun; 21(3 Suppl):3-13.
12. Calvo-Sánchez M, Perelló R, Pérez I, Mateo MG, Junyent M, Laguno M, et al. Differences between HIV-infected and uninfected in the contributions of smoking, diabetes and hypertension to acute coronary syndrome: two parallel case-control studies. *HIV Med.* 2013 Jan; 14(1):40-8.
13. Webb MS, Vanable PA, Carey MP, Blair DC. Medication Adherence in HIV-Infected Smokers: The Mediating Role of Depressive Symptoms. *AIDS Educ Prev.* 2009 Jun; 21(3 Suppl):94-105.
14. Lifson AR, Lando HA. Smoking and HIV: Prevalence, Health Risks, and Cessation Strategies. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2012 Sep; 9(3):223-30.
15. Robinson W, Moody-Thomas S, Gruber D. Patient perspectives on tobacco cessation services for persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care.* 2012; 24(1):71-6.
16. Shirley DK, Kaner RJ, Glesby MJ. Effects of Smoking on Non-AIDS-Related Morbidity in HIV-Infected Patients. *Clin Infect Dis.* 2013 Jul; 57(2):275-82.
17. Interventions for tobacco use cessation in people living with HIV and AIDS (protocol). *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jun; 13(6):CD011120
18. Shapiro AE, Tshabangu N, Golub JE, Martinson NA. Intention to quit smoking among human immunodeficiency virus infected adults in Johannesburg, South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2011 Jan; 15(1):140-2.
19. Shuter J, Bernstein SL, Moadel AB. Cigarette Smoking Behaviors and Beliefs in Persons Living With HIV/AIDS. *Am J Health Behav.* 2012 Jan; 36(1):75-85.
20. Brandon TH, Baker TB. The smoking consequences questionnaire: The subjective expected utility of smoking in college students. *Psychol Assess.* 1991; 3: 484-91.
21. Reig-Ferrer A, Cepeda-Benito A. Smoking expectancies in smokers and never smokers: An examination of the smoking Consequences Questionnaire – Spanish. *Addict Behav.* 2007; 32: 1405-15.

22. World Health Organization [acesso em 22 março 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2014/event/en/>.
23. Instituto Nacional de Câncer [acesso em 12 jan 2014]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=2312>.
24. Instituto Nacional de Câncer [acesso em 12 Jan 2014]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/mortalidade.
25. Portal da Saúde [acesso em 06 dez 2016]. Disponível em: <http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/assuntos/controle-ao-tabagismo/noticias/tabagismo-principal-cao-de-morte-evitavel-em-todo-o-mundo>.
26. Figueiró LR, Bortolon CB, Benchaya MC, Bisch NK, Ferigolo M, Barros HMT, *et al*. Assessment of changes in nicotine dependence, motivation, and symptoms of anxiety and depression among smokers in the initial process of smoking reduction or cessation: a short-term follow-up study. *Trends Psychiatry Psychother*. 2013; 35(3): 212-20.
27. Urbán R, Demetrovics Z. Smoking outcome expectancies: A multiple indicator and multiple cause (MIMIC) model. *Addict Behav*. 2010; 35(6): 632-5.
28. Ward KD, Klesges RC, Zbikowski SM, Bliss RE, Garvey AJ. Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. *Addict Behav*. 1997; 22:521-33.
29. Jiloha RC. Pharmacotherapy of smoking cessation. *Indian J Psychiatry*. 2014 Jan-Mar; 56(1): 87-95.
30. Feng G, Jiang Y, Li Q, Yong H-H, Elton-Marshall T, Yang J, *et al*. Individual-level factors associated with intentions to quit smoking among adult smokers in six cities of China: findings from the ITC China Survey. *Tob Control*. 2010 Oct; 19(suppl_2): i6-i11.
31. Silva IF, Ferreira SL, Zanelatto NA. Terapia cognitivo-comportamental aplicada ao tratamento de dependentes de nicotina. In: Zanelatto NA, Laranjeira R, organizadores. *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas*. Porto Alegre: Artmed; 2013. p.503 – 520.

32. Stewart DW, Adams CE, Cano MA, Correa-Fernández V, Li Y, Waters DW, et al. Associations Between Health Literacy and Established Predictors of Smoking Cessation. *Am J Public Health*. 2013 July; 103(7): 43-49.
33. Feldman JG, Minkoff H, Schneider MF, Gange SJ, Cohen M, Watts DH, et al. Association of cigarette smoking with HIV prognosis among women in the HAART era: a report from the women's interagency HIV study. *Am J Public Health*. 2006; 96(6):1060-5.
34. O'Cleirigh C, Valentine SE, Pinkston M, Herman D, Bedoya CA, Gordon JR, et al. The Unique Challenges Facing HIV-Positive Patients Who Smoke Cigarettes: HIV Viremia, Art Adherence, Engagement in HIV care, and Concurrent Substance Use. *AIDS Behav*. 2015 Jan; 19(1): 178-85.
35. Humfleet GL, Delucchi K, Kelley K, Hall SM, Dilley J, Harrison G. Characteristics of HIV-positive cigarette smokers: a sample of smokers facing multiple challenges. *AIDS Educ Prev*. 2009; 21(S3): 54-64.
36. King RM, Vidrine DJ, Danysh HE, Fletcher FE, McCurdy S, Arduino RC. Factors Associated with Nonadherence to Antiretroviral Therapy in HIV-Positive Smokers. *AIDS Patient Care STDS*. 2012 Aug; 26(8):479-85.
37. Torres TS, Luz PM, Derrico M, Velasque L, Grinsztejn E, Veloso VG, et al. (2014) Factors Associated with Tobacco Smoking and Cessation among HIV Infected Individuals under Care in Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS ONE*. 2014 Jun; 9(12): e115900.
38. Jaquet A, Ekouevi DK, Aboubakrine M, Bashi J, Messou E, Maiga M, et al. Tobacco use and its determinants in HIV-infected patients on antiretroviral therapy in West African countries. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2009 Nov; 13(11): 1433-39.
39. Peretti-Watel P, Spire B, Lert F, Obadia Y, Group V. Drug use patterns and adherence to treatment among HIV-positive patients: evidence from a large sample of French outpatients (ANRSSEN12- VESPA 2003). *Drug Alcohol Depend*. 2006 Apr; 82 Suppl 1:S71-9.

40. Webb MS, Vanable PA, Carey MP, Blair DC. Medication adherence in HIV-infected smokers: the mediating role of depressive symptoms. *AIDS Educ Prev.* 2009 Jun; 21(3 Suppl):94-105.
41. Nurutdinova D, Chrusciel T, Zeringue A, Scherrer JF, Al-Aly Z, McDonald JR, et al. Mental health disorders and the risk of AIDS-defining illness and death in HIV-infected veterans. *AIDS.* 2012 Jan; 26(2):229-34.
42. Schadé A, Van Grootheest G, Smit JH. HIV-infected mental health patients: characteristics and comparison with HIV-infected patients from the general population and non-infected mental health patients. *BMC Psychiatry.* 2013 Jan; 13:35.
43. Ingersoll KS, Cropsey KL, Heckman CJ. A Test of Motivational Plus Nicotine Replacement Interventions for HIV Positive Smokers. *AIDS Behav.* 2009 Jun; 13(3):545-54.
44. Weinberger AH, Pilver CE, Desai RA, Mazure CM, McKee SA. The relationship of major depressive disorder and gender to changes in smoking for current and former smokers: longitudinal evaluation in the US population. *Addiction* 2012 Oct; 107(10):1847–56.
45. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res.* 2008 Dec; 10(12):1691–715.
46. Rahmanian S, Wewers ME, Koletar S, Reynolds N, Ferketich A, Diaz P. Cigarette smoking in the HIV-infected population. *Proc Am Thorac Soc.* 2011 Jun; 8(3):313-9.
47. Fingeret MC, Vidrine DJ, Arduino RC, Gritz ER. The association between body image and smoking cessation among individuals living with HIV/AIDS. *Body Image.* 2007 Jun; 4(2):201-6.
48. Huet JD, Wewers ME, Browning K, Harness J, Habash D, Ferketich A, et al. Body composition changes in HIV1 smokers undergoing smoking cessation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010; 181: A2649

49. Reporting instrument of the who framework convention on tobacco control [acesso em 14 Jan 2014]. Disponível em: http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/Croatia_2y_report_new_format.pdf?ua=1.
50. Moscou-Jackson G, Commodore-Mensah Y, Farley J, DiGiacomo M. Smoking-cessation interventions in people living with HIV infection: a systematic review. *JANAC*. 2014 Jan-Feb; 25(1):32-45.
51. Ucar EY, Araz O, Yilmaz N, Akgun M, Meral M, Kaynar H, et al. Effectiveness of pharmacologic therapies on smoking cessation success: three years results of a smoking cessation clinic. *Multidiscip Respir Med*. 2014 Feb; 9(1): 9.
52. Herdman MJ, Fox-Rushby, et al. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res*. 1998 May; 7(4): 323-35.
53. Pasquali L. Análise fatorial para pesquisadores. Brasília: LabPAM; 2005.
54. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Disponível em <http://www.cdc.gov>.
55. ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). Critério de Classificação Econômica Brasil. 2011. [acesso 12 agosto 2011]. Disponível em <http://www.abep.org>.
56. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addiction*. 1991 Sep; 86(9):1119-27
57. Ferreira PL, Quintal C, Lopes I, Taveira N. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Rev. Port. Sau. Pub*. 2009 Jun; 27(2): 37-56.
58. Botega NJ, Bio MC, Zomignani MA, Garcia Jr, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev. Saúde Pública*. 1995 Oct; 29(5): 355-63.

59. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. Rev. Bras. Psiquiatr. 2000; 22(3): 106-15.

ARTIGO 1

**Validação Psicométrica do Short Form of the Smoking Consequences
Questionnaire (S-SCQ) a um contexto Brasileiro**

**Psychometric Validation of the Short Form of the Smoking Consequences
Questionnaire (S-SCQ) for Brazil**

Marília Silva de Souza^{1*}

Jaciana Marlova Gonçalves Araújo² - jacianamga@hotmail.com

Luciano Dias de Mattos Souza¹ - luciano.dms@gmail.com

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento (PPGSC)

Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

R. Gonçalves Chaves, 373 - Centro, RS, 96015-560, Pelotas, Brasil

418C, 55 53 2128 8404

2 Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande RS Brasil.

***corresponding author**

marilia-ss@hotmail.com

*** O artigo está publicado na revista Ciencia e Saude Coletiva (doi: 10.1590/1413-812320182311.09612016.)**

RESUMO

Fumar representa 24% das mortes na população geral, sendo o fator que explica o maior número de anos de vida perdidos. É importante compreender as expectativas relacionadas ao comportamento de fumar. O presente estudo teve por objetivo validar o instrumento Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ) para uma versão brasileira. Após o processo de adaptação semântica para o idioma e contexto nacional o S-SCQ foi aplicado numa amostra de 129 pessoas. No passo seguinte, foram realizadas análises psicométricas para o conjunto de 21 itens. Os dados foram submetidos à prova de validade de construto por meio de Análise Fatorial Exploratória, com tratamento pairwise para casos omissos. Para proceder a Análise Fatorial se utilizou inicialmente o método da Análise dos Componentes Principais (ACP). Após, foi feita a Fatoração dos Eixos Principais (FEP) utilizando rotação Varimax com normalização de Kaiser. A fidedignidade da escala total (com 21 itens) apresentou índice alfa de Cronbach 0,851 e Lambda ₂ de Gutmann 0,870. Índices bastante satisfatórios foram observados também nas subescalas. No mesmo sentido, os valores de correlação item-total também confirmaram os bons índices de fidedignidade da escala.

Palavras-chave: Brasil; tabagismo; psicomетria; estudos de validação

ABSTRACT

Smoking accounts for 24% of deaths in the general population and is also the factor that explains the biggest amount of years of life lost. It is important to understand the expectations regarding smoking behavior. The present study aimed to validate the Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ) for a Brazilian version. The Researchers did the process of semantic adaptation to language and national context. The S-SCQ was applied in a sample of 129 people. The next step was to perform psychometric analyses for the set of 21 items. Exploratory Factor Analysis (EFA), with pairwise treatment for missing cases, was used to achieve construct validity. To carry out Factor Analysis, the method of Principal Component Analysis (PCA) was used initially. Afterwards, Principal Axis Factoring (PAF) using Varimax rotation with Kaiser normalization was applied. The reliability of the total scale (21 items) showed a Cronbach alpha index of 0.851 and a 0.870 Lambda2 of Gutmann. Quite satisfactory rates were also observed in the subscales. Similarly, the item-overall correlation values also confirmed the scale's good reliability indices.

Keywords: Brazil; smoking; psychometrics; validation studies

INTRODUCTION

Smoking is the main cause of preventable death in the world¹. Smoking accounts for 24% of deaths in the general population and is also the factor that explains the biggest amount of years of life lost². Even so, it is estimated that approximately one third of the global population are smokers¹.

The main obstacle to smoking cessation is nicotine dependence. However, other factors also difficult smoking cessation attempts. For example: weight gain³ and depressive symptoms onset⁴, both increasing the likelihood of relapse^{3, 4}. Furthermore, women smoke to manage mood and relieve stress⁴.

Smoking cessation is a priority behavior for the prevention of diseases attributable to nicotine abuse⁵. For smoking cessation, three approaches are presented: attempting to stop smoking, planning or intention to quit smoking and health professional's recommendation for cessation⁶.

Expectations regarding the results of smoking and beliefs about the positive and negative consequences of using can both enhance smoking behavior and difficult cessation⁷. Both expectations regarding consequences are part of influential and determinant theoretical models of drug use motivation^{8, 9, 10, 11, 12}.

There are well-documented racial and ethnic differences between whites and racial minorities that influence the prevalence of smoking, standards and cessation, as well as use consequences^{13, 14}. Research among minority populations in the United States is an important priority for future findings^{15, 16}.

Most of the research on expectations of smoking results have been conducted using the Smoking Consequences Questionnaire – SCQ17. Since the SCQ was introduced, some versions have been developed and validated according to specific populations^{7, 18, 19, 20, 21}. However, there is still no version adapted to the national context of Brazil. The SCQ has a short version consisting of 21 items - Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ)²² - that represents the four original SCQ factors and has demonstrated reliability and validity, being highly correlated with the complete range²³.

Positive expectations facilitate drug use, in addition to contributing to relapse. Already negative expectations contribute to better outcomes in the cessation²⁴, showing greater health knowledge¹⁹. These expectations are relevant for explaining smoking behavior. Positive Reinforcement (PR) refers to expectations related to the sensory satisfaction of smoking. Negative Reinforcement (NR) refers to coping expectations and

negative emotion regulation through smoking. Negative Consequences (NC) refer to expectations related to predicting little success in the cessation¹⁷.

Therefore, it is important to understand the expectations related to smoking behavior. Considering the lack of scales that help the understanding of smoking behavior in the national context, the present study aimed to evaluate the semantic relevance and psychometric quality of the items, as well as the execution and functionality of the S-SCQ for a Brazilian version, calling it the Short Form Smoking Consequences Questionnaire - Brazilian version (S-SCQ).

METHODS

The study was approved by the research ethics committee of Universidade Católica de Pelotas under protocol 11600512.2.000.5339. Written informed consent was obtained from all participants.

The semantic validation was performed through four steps: semantic analysis; conceptual adequacy; operational adaptation and psychometric analysis.

Semantic Analysis

The first step was the translation from English to the language of the target population, Brazilian Portuguese, by a psychologist with expertise in English language and knowledge of the subject (smoking). In the second step, a reverse-translation to the original language was done by a bilingual physical educator. A second version of the language in Portuguese was performed by another psychologist with knowledge of English and knowledge of the subject (smoking). The third stage was the analysis of the concordance of the versions by a group of experts. The group examined the adequacy of the terms.

Conceptual Adequacy

The same group of experts performed the analysis of which items of the version corresponded for measuring smoking results expectations, compared to the original version. That is, if the items were appropriate for the factors that they are proposed to measure in the original scale. (Table 1)

Operational Adaptation

In order to assess the semantic characteristics of the test version and verify the operational adaptation of the instrument, the author (M.S.S) conducted 10 individual interviews with smokers in a Psychosocial Care Center (CAPS) specialized in Alcohol and Drug Care. At the end of the interviews, adjustments were made by the authors in order to improve the target population's understanding of the instrument.

After this, the Brazilian version of the S-SCQ was applied in a convenience sample of 129 people. The sample size sought to meet the psychometric criteria of at least 5 subjects per item measured by the scale²⁵. Participants were captured from two CAPSs (in the cities of Pelotas and Canguçu – Rio Grande do Sul), a CAPS – alcohol and other drugs (Canguçu), a Primary Care Unit (UBS) linked to the Catholic University of Pelotas (UCPel) and also in areas with a large flow of people that would allow for the representation of the general population (bus stops, near hospitals and universities). The exclusion criteria were physical incapacity or inability to understand the questionnaire or having participated in the first 10 interviews. The only inclusion criteria was aged 18 or more. The instrument was kept as an individual self-report questionnaire during both pre-test and this stage, as recommended by the original version, just like the material's form of presentation (printed).

Psychometric Analysis

Psychometric analyses were performed for the set of 21 items. Exploratory Factor Analysis of the scale was performed in order to determine if the theoretical factors were represented by the instrument in the test version and how much of the data variance could be explained by the factors model. All the procedures adopted in the analysis are indicated by Pasquali²⁵. The data were submitted for the construct validity of the test by means of.

Exploratory Factor Analysis, with pairwise treatment for missing cases. To carry out Factor Analysis, the method of Principal Component Analysis (PCA) was initially used. Concerning the indicators for component extraction, presence of eigenvalues above 1 was used as the criterion in the analysis with 21 items. Afterward, Principal Axis Factoring (PAF) using Varimax rotation with Kaiser normalization was performed. In all analyses, factor loads with a value below 0.30 were not considered²⁵. Reliability was investigated through the method of internal consistency (Cronbach's Alpha and

Lambda2 by Guttman). Item-overall correlation coefficients were also observed in order to verify the consistency of each item in relation to overall score.

RESULTS

When assessing the semantic equivalence of the S-SCQ instrument between the original and translated versions, it was possible to identify the equivalence of instrument items. All items match their respective original factors.

After application of the instrument with 10 smokers of a convenience sample, few terms have been flagged as not fully understood. By identifying these, it is emphasized that five words were changed as a result of the analysis of understanding problems and doubts of respondents during the course of the questionnaire.

The replacement of the word "prejudicial" (item 2) by the word "perigoso" emphasized how smoking behavior presents a danger to the health of the subject. The change of the word "sabor" to "gosto" stressed that it is possible to distinguish the sensation (palate) produced by smoking (item 7). In section 6, it was chosen not to change the word "sabor", as the word "gostar" in the first person singular, used in translations and supported by the judges, made the item confusing. In item 8, the amendment of "apreciar" to "aproveitar" highlighted the act of liking and appreciating the flavor/taste of a cigarette. Changing the word "depressão" to "tristeza" in item 14 allowed greater understanding that it was the state of feeling (being sad) and not of pathology. In item 15, modifying "tensão" to "estresse" allowed better definition of the state of being tense or under pressure. After these changes, the final version was designed, shown in the Figure 1. These changes aimed to make the sentences clearer for respondents.

The sample was composed of 129 people, mostly females (58.1%), with a mean age of 43 years (± 14.23). In education, the most frequent category was up to 8 years of education (48.1%), and 9.3% had completed higher education. Principal Component Analysis (PCA) showed satisfactory initial commonalities, high significance in the Barlett test ($p < 0,001$) and a Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) sample adequacy ratio of 0.81 (ideally greater than 0.60). Therefore, the analysis indicated the data could be submitted for factor analysis.

Four components had eigenvalues greater than 1 in the initial analysis and principal axis factoring confirmed the existence of four components. The percentage of variance explained in each of the factors is shown in Table 2. The factor loadings of the

items ranged between 0.60 and 0.90, with the exception of a complex item that presented a load of 0.306 in a factor that was not its origin. When it comes to proceeding with the factor analysis without the complex item, both in the analysis that considered the scale as a whole and in relation to its origin factor, no results that justified its exclusion from the scale were obtained, so the item was kept. The reliability of the total scale (21 items) showed a Cronbach alpha index of 0.851 and a 0.870 Lambda2 of Gutmann. Regarding this, according to Table 2, quite satisfactory rates were also observed in the subscales. Similarly, the item-overall correlation values also confirmed the scale's good reliability indices.

DISCUSSION

The purpose of this study was to adapt a scale that measures the expectations of smoking results for use in Brazilian context. The S-SCQ was chosen because it has already been the subject of some studies that have shown satisfactory psychometric qualities in other countries^{18, 19} and it is a short scale, capable of use in research and treatment sites. The instrument's different validity parameters were explored to improve the potential results and interpretations that it would provide. In this adaptation, some modifications were necessary. A small reformulation semantics was required and some terms have been replaced by synonyms easy to understand. Only one complex item was observed during the validation process. Item 6 of the original version presented factor loading for its origin domain (PR) and a lower load, but still above the 0.30 criterion, for the Negative Reinforcement component in its adapted version. However, this psychometric feature may be the result of the scale's semantic adaptation. The biggest factor loading of the item corresponded to its origin domain and no data were obtained to justify its removal from the scale. Therefore, we believe that this feature does not interfere in the measurement of the constructs in question.

Regarding the factor analysis data, results show a fairly consistent structure and reliability regarding the original version and theory that supports the instrument. In the study of the construction and validation of the S-SCQ, the theoretical model of four factors was evidenced, featuring a high α coefficient (0.93), which is a slight reduction compared to the full scale (0.93)¹⁷.

The convenience sample was allocated in places that provide specific public health services for treatment of people who use psychoactive substances and sites that offer treatment for mental disorders, precisely because individuals with these profiles

are referenced in the literature as those who have higher prevalence of smoking^{26, 27}. Similarly, public places with great movement flow of people were chosen (bus stops, near hospitals and universities) to try to count with greater variability of sociodemographic characteristics and, therefore, have greater representation, even in a non-random sample.

The participation of the general population is an advantage because it allows to determine demographic effects on variables, providing more adequate evidence of the instrument's access and the efficiency of the information proposals.

Given the characteristics of the sample investigated, only 9.3% have higher level of education completed or more. The schooling of the sample is low when compared with the general population, showing that the lowly-educated population's understanding of this instrument is consistent. The instrument's administration features do not seem to have influenced the understanding of it. Instrument application was done by the respondents themselves. The instrument, as in the original version, is self-administered. International studies also followed the original version as their application form²⁰.

Based on the results of the validation, we can note that using the S-SCQ provides understanding of smoking behavior habits and, as such, helps to formulate different treatment strategies according to different expectations of the results of smoking.

Being a short and easy to use instrument, it can be a first option to screen tobacco use and, especially, to understand smoking behavior and beliefs about the consequences of the results of smoking. It is an objective way to obtain information without the need for evaluation essentially subjective to elucidate assumptions that are required for intervention. Data from the application of the S-SCQ are valuable for comparing the consequences of smoking between specific characterization groups. The use of this instrument can help in planning the intervention process and its approaches, in order to reach the phase of abstinence. Understanding the expectations of their behavior related to tobacco smoking gives us basis to strategize behavioral interventions consistent with their reality, assuming that this behavior is anchored in the theoretical basis of Bandura's²⁸ social learning, which refers to substance use as a learned behavior, set off and maintained by events and emotions, which can be modified.

This is the first validated Brazilian-version instrument of smoking consequences.

Therefore, the contribution of this study lies in the dissemination of an instrument that can be widely and systematically used, and thus, support the planning of strategies for smoking cessation in primary care services or further Brazilian research on this field.

This study has limitations. First, expectancies were assessed only at one moment. Therefore, participants may have experienced changes in expectancies during the course of the tobacco use disorder. These changes may have influenced smoking behavior and cessation. The non-probabilistic process of sample selection prevents the generalization of the results found. Therefore, the present scale can be considered valid for populations with characteristics similar to those of the present study.

On the other hand, the validation of the S-SCQ scale presents important strengths. The results of the psychometric validation process were quite congruent with validation processes, of the same scale, for other languages and contexts. Therefore, the availability of a brief scale and easy application aligns the needs of the field of research on smoking especially for epidemiological studies in Public Health.

REFERENCES

1. World Health Organization [access in 27 Mai 2013]. Available in: http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/.
2. Helleberg M, Afzal S, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen G, Pedersen C, Gerstoft J, Nordestgaard BG, Obel N. Mortality Attributable to Smoking Among HIV-1 Infected Individuals: A Nationwide, Population-Based Cohort Study. *Clin Infect Dis* 2013; 56(5):727- 734.
3. Ward KD, Klesges RC, Zbikowski SM, Bliss RE, Garvey AJ. Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. *Addict Behav* 1997; 22: 521–533.
4. Portal da Saúde [access in 27 Mai 2013]. Available in: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>.
5. Feng G, Jiang Y, Li Q, Yong H-H, Elton-Marshall T, Yang J, et al. Individual-level factors associated with intentions to quit smoking among adult smokers in six cities of China: findings from the ITC China Survey. *Tob Control* 2010; 19: i6-11.

6. Instituto Nacional de Câncer. Pesquisa nacional por amostra de domicílios – tabagismo 2008. INCA; 2009.
7. Vidrine JI, VidrineDJ, Costello TJ, Mazas C, Cofta-Woerpel L, Mejia LM, Wetter DW. The Smoking Consequences Questionnaire: Factor structure and predictive validity among Spanish-speaking Latino smokers in the United States. *Nicotine Tob Res* 2009; 11 (11): 1280-1288.
8. Baker TB, Morse E, Sherman JE. The motivation to use drugs: A psychobiological analysis of urges. *Nebr Symp Motiv* 1986; 34, 257–323.
9. Goldman MS, Brown SA, Christensen BA. Expectancy theory: Thinking about drinking. In: Blane HT, Leonard KE (Eds.). *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford Press; 1987. p 181-226.
10. Marlatt GA, Gordon JR. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press. 1985.
11. Niaura R, Goldstein M, Abrams D. A bioinformational systems perspective on tobacco dependence. *Br J Addict* 1991; 86, 593–597.
12. Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *Am Psychol* 2004; 59, 224–235.
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette smoking among adults - United States, 2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2008; 57, 1221–1226.
14. U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). *Tobacco use among U.S. racial/ethnic minority groups*. Atlanta, GA: Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 1998.
15. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. *Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. 2000; 1, 58763-007-9.

16. U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). Healthy people 2010. Washington, DC. 2001.
17. Brandon TH, Baker TB. The Smoking Consequences Questionnaire: The subjective expected utility of smoking in college students. *Psychol Assess* 1991; 3: 484-491.
18. Thomas JL, Bronars CA, Stewart DW, Okuyemi KS, Befort CA, Nazir N, Mayo MS, Jeffries SK, Ahluwalia JS. Psychometric properties of a Brief Smoking Consequences Questionnaire for Adults (SCQ-A) among African American light smokers. *Subst Abus* 2009; 30 (1):14-25.
19. Reig-Ferrer A, Cepeda-Benito. Smoking expectancies in smokers and never smokers: An examination of the smoking consequences questionnaire – Spanish. *Addict Behav* 2007; 32: 1405-1415.
20. Buckley TC, Kamholz BW, Mozley SL, Gulliver SB, Holohan DR, Helstrom AW, Walsh K, Morissette SB, Kassel JD. A psychometric evaluation of the Smoking Consequence Questionnaire Adult in smokers with psychiatric conditions. *Nicotine Tob Res* 2005; 7 (5):739-745.
21. Lewis-Esquerre JM, Rodrigue JR, Kahler CW. Development and validation of an adolescent smoking consequences questionnaire. *Nicotine Tob Res* 2005; 7 (1):81-90.
22. Myers MG, McCarthy DM, MacPherson, Brown AS. Constructing a Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire With Adolescents and Young Adults. *Psychol Assess* 2003; 15(2):163-172.
23. Urbán R, Demetrovics Z. Smoking outcome expectancies: A multiple indicator and multiple cause (MIMIC) model. *Addict Behav* 2010; 35(6): 632-635.
24. Stewart DW, Adams CE, Cano MA, Correa-Fernández V, Li Y, Waters DW, Wetter D, Vidrini JI. Associations Between Health Literacy and Established Predictors of Smoking Cessation. *Am J Public Health* 2013; 103(7): 43-4a9.
25. Pasquali L. Análise fatorial para pesquisadores. Brasília: LabPAM; 2005.

26. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000; 284, 2606–2610.
27. Buckley TC, Kamholz BW, Mozley SL, Gulliver SB, Holohan DR, Helstrom W, Walsh K, Morissette SB, Kasse JD. A psychometric evaluation of the Smoking Consequences Questionnaire–Adult in smokers with psychiatric conditions. *Nicotine Tob. Res* 2005; 7(5), 739-745.
28. Silva IF, Ferreira SL, Zanelatto NA. Terapia cognitivo-comportamental aplicada ao tratamento de dependentes de nicotina. In: Zanelatto NA, Laranjeira R, organizadores. *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas*. Porto Alegre: Artmed; 2013. p.503 – 520.

Table 1: Translation process and retranslation of Smoking Consequences Questionnaire instrument (SCQ)

Original version	Translation (Version 1)	Version 2	Version 3
Factor 1: Negative Consequences	Fator 1: Consequências negativas	Fator 1: Consequências Negativas	Fator 1: Consequências Negativas
1. Smoking is to take years off my life. 2. Smoking is a hazard to my health 3. The more I smoke; the more I risk my health. 4. By smoking I am at risk of heart disease and lung cancer.	1. Fumar é tirar anos da minha vida. 2. Fumar é perigoso para a minha saúde. 3. Quanto mais eu fumo, mais eu arrisco minha saúde. 4. Ao fumar eu corro risco de ter doenças cardíacas e câncer de pulmão.	1. Fumar significa perder anos da minha vida. 2. Fumar é prejudicial à minha saúde. 3. Quanto mais eu fumo, maior é o risco para minha saúde. 4. Ao fumar, eu estou em risco de desenvolver doenças cardíacas e câncer de pulmão.	1. Fumar significa perder anos da minha vida. 2. Fumar é prejudicial à minha saúde. 3. Quanto mais eu fumo, mais eu arrisco minha saúde. 4. Ao fumar, eu estou em risco de desenvolver doenças cardíacas e câncer de pulmão.
Factor 2: Positive Reinforcement	Fator 2: Reforço positivo	Fator 2: Reforço Positivo	Fator 2: Reforço Positivo
1. Cigarettes taste nice. 2. I enjoy the taste sensations while smoking. 3. When I smoke, the flavor is pleasant. 4. I will appreciate the flavor of a cigarette. 5. I enjoy feeling the cigarette in my tongue and lips.	1. Cigarros têm um gosto bom. 2. Eu gosto das sensações gustativas enquanto fumo. 3. Quando eu fumo, o sabor é agradável. 4. Vou apreciar o sabor de um cigarro. 5. Gosto de sentir o cigarro na minha língua e lábios.	1. Cigarros são saborosos. 2. Eu gosto das sensações de sabor ao fumar. 3. Quando fumo, o sabor é agradável. 4. Eu irei apreciar o sabor de um cigarro. 5. Eu gosto de sentir o cigarro em minha língua e em meus lábios.	1. Cigarros têm um gosto bom. 2. Eu gosto das sensações de sabor enquanto fumo. 3. Quando eu fumo, o sabor é agradável. 4. Eu irei apreciar o sabor de um cigarro. 5. Eu gosto de sentir o cigarro em minha língua e em meus lábios.
Factor 3: Negative Reinforcement	Fator 3: Reforço negativo	Fator 3: Reforço Negativo	Fator 3: Reforço Negativo
1. When I am angry a cigarette can calm me down. 2. Cigarettes help me deal with my anger. 3. Cigarettes help me deal with anxiety or worry. 4. Smoking calms me down when I am feeling nervous. 5. Smoking helps me deal with depression. 6. Cigarettes help me reduce or handle tension. 7. Cigarettes help me overcome when I am upset with someone. 8. Smoking helps me control my weight.	1. Quando eu estou com raiva um cigarro pode me acalmar 2. Cigarros me ajudam a lidar com a raiva 3. Cigarros me ajudam a lidar com a ansiedade ou preocupação 4. Fumar me acalma quando eu me sinto nervoso 5. Fumar me ajuda a lidar com a depressão 6. Cigarros me ajudam a reduzir ou lidar com a tensão 7. O cigarro me ajuda a superar quando estou chateada com alguém.	1. Um cigarro me acalma quando estou irritado. 2. Cigarros me ajudam a lidar com minha raiva. 3. Cigarros me ajudam a lidar com ansiedade ou preocupações. 4. Fumar me acalma quando estou me sentindo nervoso. 5. Fumar me ajuda a lidar com a depressão. 6. Cigarros me ajudam a reduzir ou lidar com tensões. 7. Cigarros me ajudam a superar quando estou chateado com alguém.	1. Quando eu estou com raiva um cigarro pode me acalmar. 2. Cigarros me ajudam a lidar com minha raiva. 3. Cigarros me ajudam a lidar com a ansiedade ou preocupações. 4. Fumar me acalma quando eu me sinto nervoso. 5. Fumar me ajuda a lidar com a depressão. 6. Cigarros me ajudam a reduzir ou lidar com a tensão. 7. Cigarros me ajudam a superar quando estou chateado com alguém.
Factor 4: Appetite-Weight Control	Fator 4: Controle do apetite e do peso	Fator 4: Controle de Peso e Apetite	Fator 4: Controle de Peso e Apetite
1. Smoking keeps my weight down. 2. Cigarettes help me keep my weight and not eat more than I should. 3. Smoking controls my appetite. 4. Cigarettes help me control my weight and not overeat.	1. Fumar me ajuda a controlar meu peso. 2. Fumar mantém meu peso baixo. 3. Cigarros ajudam a me manter e não comer mais do que deveria. 4. Fumar controla meu apetite. 5. Cigarros ajudam a me manter e não comer em excesso.	1. Fumar me ajuda a controlar meu peso. 2. Fumar mantém meu peso baixo. 3. Cigarros me ajudam a manter o peso e a não comer mais do que deveria. 4. Fumar controla meu apetite. Cigarros me ajudam a controlar meu peso e não comer demais.	1. Fumar me ajuda a controlar meu peso. 2. Fumar mantém meu peso baixo. 3. Cigarros me ajudam a manter o peso e a não comer mais do que deveria. 4. Fumar controla meu apetite. 5. Cigarros me ajudam a controlar meu peso e não comer demais.

Figure 1: Brazilian version of the Smoking Consequences Questionnaire instrument (SCQ)

Abaixo há uma lista de declarações sobre o fumo. Cada declaração contém uma possível consequência do fumo. Para cada uma das afirmações abaixo, por favor, marque o quão provável ou improvável você acredita que cada consequência tem para você quando você fuma. Se o resultado parece pouco provável, circule um número de 0 a 4. Se a consequência parece provável, circule um número de 5 a 9. Isto é, se você acredita que uma consequência nunca vai acontecer, círculo 0, se você acredita que uma consequência pode acontecer a cada vez que você fuma, círculo 9.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Completamente	Extremamente	Muito	Bastante	Um pouco	Um pouco	Bastante	Muito	Extremamente	Completamente
	<-----IMPROVÁVEL----->					<-----PROVÁVEL----->				
1. Fumar significa perder anos da minha vida.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Fumar é perigoso à minha saúde.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Quanto mais eu fumo, mais eu arrisco minha saúde.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Ao fumar, eu estou em risco de desenvolver doenças cardíacas e câncer de pulmão.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Cigarros têm um gosto bom.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Eu gosto das sensações de sabor enquanto fumo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Quando eu fumo, o gosto é agradável.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Eu irei aproveitar o gosto de um cigarro.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Eu gosto de sentir o cigarro em minha língua e em meus lábios.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Quando eu estou com raiva um cigarro pode me acalmar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Cigarros me ajudam a lidar com minha raiva.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Cigarros me ajudam a lidar com a ansiedade ou preocupações.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Fumar me acalma quando eu me sinto nervoso.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Fumar me ajuda a lidar com a tristeza.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Cigarros me ajudam a reduzir ou lidar com o estresse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Cigarros me ajudam a superar quando estou chateado com alguém.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Fumar me ajuda a controlar meu peso.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. Fumar mantém meu peso baixo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Cigarros me ajudam a manter o peso e a não comer mais do que deveria.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Fumar controla meu apetite.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Cigarros me ajudam a controlar meu peso e não comer demais.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Table 2 – Principal Component Analysis, variance explained in each of the factors of the Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ) and reliability of the instrument.

Items	Factors				Item- overall correlation (r)
	Negative Consequences	Positive Reinforcement	Negative Reinforcement	Appetite and Weight Control	
1. Fumar significa perder anos da minha vida.	0.664				0.240
2. Fumar é perigoso à minha saúde.	0.867				0.366
3. Quanto mais eu fumo, mais eu arrisco minha saúde.	0.821				0.373
4. Ao fumar, eu estou em risco de desenvolver doenças cardíacas e câncer de pulmão.	0.757				0.302
5. Cigarros têm um gosto bom.		0.675			0.250
6. Eu gosto das sensações de sabor enquanto fumo.		0.616	0.306		0.452
7. Quando eu fumo, o gosto é agradável.		0.900			0.422
8. Eu irei aproveitar o gosto de um cigarro.		0.803			0.413
9. Eu gosto de sentir o cigarro em minha língua e em meus lábios.		0.704			0.440
10. Quando eu estou com raiva um cigarro pode me acalmar.			0.689		0.452
11. Cigarros me ajudam a lidar com minha raiva.			0.776		0.444
12. Cigarros me ajudam a lidar com a ansiedade ou preocupações.			0.827		0.447
13. Fumar me acalma quando eu me sinto nervoso.			0.805		0.486
14. Fumar me ajuda a lidar com a tristeza.			0.604		0.498
15. Cigarros me ajudam a reduzir ou lidar com o estresse.			0.753		0.591
16. Cigarros me ajudam a superar quando estou chateado com alguém.			0.611		0.527
17. Fumar me ajuda a controlar meu peso.				0.775	0.392
18. Fumar mantém meu peso baixo.				0.721	0.361
19. Cigarros me ajudam a manter o peso e a não comer mais do que deveria.				0.861	0.517
20. Fumar controla meu				0.851	0.472

apetite.				
21. Cigarros me ajudam a controlar meu peso e não comer demais.			0.836	0.504
<hr/>				
Eigenvalue	2.223	3.047	5.554	3.491
% of explained variance	26.5	16.6	10.2	14.5
Cronbach Alfa's	0.865	0.863	0.888	0.907
Lambda ₂	0.866	0.867	0.892	0.908

ARTIGO 2

**Prevalência e fatores associados ao tabagismo em uma população vivendo com
HIV / AIDS**

Prevalência de HIV / AIDS

**Prevalence and associated factors to smoking in a population living with HIV /
AIDS**

Prevalence of HIV / AIDS

*Artigo a ser submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública

Autores e afiliações:

Marília Silva de Souza – Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Clarissa de Souza Ribeiro Martins - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Evelin Franco Kelbert - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Cézar Arthur Tavares Pinheiro - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Karen Amaral Tavares Pinheiro - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Ricardo Tavares Pinheiro - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Fábio Monteiro da Cunha Coelho - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Janaína Vieira dos Santos Motta - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Luciano Dias de Mattos Souza - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

RESUMO

Objetivo: O estudo objetivou avaliar a prevalência e os fatores associados ao tabagismo em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) em atendimento ambulatorial e especializado no sul do Brasil. **Métodos:** A seleção da amostra foi realizada de forma aleatória, aqueles pacientes que compareciam no ambulatório eram convidados a participar da pesquisa. Considerou-se como tabagista aquele participante que consumia no mínimo um cigarro ao dia nos últimos três meses. **Resultados:** Um total de 417 indivíduos participaram do estudo. Associado a condição de ser tabagista estão o comportamento sexual de risco, fazer sexo com pessoas do mesmo sexo (FSPMS), ter usado maconha nos três meses que antecederam a coleta de dados, risco de suicídio atual e transtorno obsessivo compulsivo atual (TOC). **Conclusão:** é importante definir a magnitude do efeito do comportamento de fumar entre as PVHA e seu efeito no desenvolvimento de condições clínicas adversas específicas.

Palavras-chave: HIV; AIDS; tabagismo; prevalência; fatores associados.

ABSTRACT

Aim: This study aimed to evaluate the prevalence and factors associated with smoking in people living with HIV/AIDS (PLWHA) in outpatient clinic specialized in the south of Brazil. **Methods:** The sample was randomly selected, those who attended the outpatient clinic were invited to participate in the study. A participant who consumed at least one cigarette per day in the last three months was considered a smoker. **Results:** A total of 417 individuals participated in the study. The smoking status was associated with risky sexual behavior, have sex with same sex (HSWSS), have used cannabis in the three months prior to data collection, current suicide risk and current obsessive compulsive disorder (OCD). **Conclusion:** It is important to define the magnitude of the effect of smoking behavior among PLWHA and its effect on the development of specific adverse clinical conditions.

Key words: HIV; AIDS; smoking

INTRODUÇÃO

Embora tenha acontecido uma redução na taxa de tabagismo¹ de quase 50% nos últimos 25 anos, estima-se que atualmente ocorra no Brasil cerca de 200 mil mortes por ano em decorrência do tabagismo², e de acordo com dados do Ministério da Saúde, a prevalência de consumo de tabaco é de 15 a 17%³ no Brasil. Considerando a população mundial, a prevalência de tabagismo é de 21%^{4,6}. Entretanto, há populações em que o uso do tabaco pode ser ainda mais prevalente. Estima-se que, entre aqueles que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), 44% a 88% seja tabagista.

Nas Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA), a maioria tem baixo nível socioeconômico e escolar e apresenta taxas mais altas de alcoolismo e uso de substâncias ilícitas⁷, sendo a prevalência maior no sexo masculino, embora tenha aumentado a prevalência nas mulheres⁸.

Além do aumento de risco para a saúde de uma forma geral, há o risco de efeitos adversos sobre o sistema imunológico do sujeito⁶. Tendo em vista que fumar afeta a resposta imune à Terapia Antirretroviral (TARV)⁶. Uma abordagem para melhorar os resultados de saúde de PVHA tem como alvo evitar comportamento de risco à saúde, tal como o tabagismo. A associação dessas condições apresenta um aumento na morbidade e um risco significativamente maior para todas as causas de mortalidade^{8,9}.

Os avanços no tratamento do HIV têm melhorado bastante o prognóstico para pessoas infectadas. Devido à implementação da TARV, têm ocorrido melhorias nos resultados clínicos e na qualidade de vida além do aumento da expectativa de vida daquelas PVHA. O número de óbitos por AIDS tem diminuído, mas a proporção de mortes atribuíveis a outras doenças aumentou drasticamente¹⁰. O risco de mortalidade entre as PVHA não só pode ser influenciado pelo tabagismo atual, mas pelo histórico de tabagismo. O tabagismo está se tornando o fator de risco modificável mais importante para morbidade e mortalidade entre as PVHA¹¹. Assim, a identificação dos fatores associados ao comportamento tabagista torna-se relevante.

Os transtornos mentais são associados ao tabagismo em PVHA⁵. A prevalência de transtornos mentais nas PVHA é entre 17% e 63%. PVHA fumantes com níveis mais elevados de sintomas de angústia podem fumar para diminuir o desconforto experiencial, bem como, para alívio de sintomas e desconfortos relacionados à própria doença⁵. O risco de suicídio é uma complicação entre PVHA¹² e está associada ao aumento do uso de tabaco e qualquer outro uso de drogas ilícitas¹³.

No estudo realizado por O’Cleirigh et al⁷, as taxas de transtornos de ansiedade nos indivíduos HIV positivos foram estimadas em 43%. Além disso, os transtornos de ansiedade coincidem com tabagismo em taxas que excedem os encontrados na população não psiquiátrica geral¹⁴. Problemas de saúde mental em pacientes infectados pelo HIV têm uma influência negativa no tratamento, adesão ao tratamento e prognóstico da infecção pelo HIV¹⁵.

De forma similar, os comportamentos sexuais de risco têm maior probabilidade de ocorrer, visto que, o HIV pode afetar o sistema nervoso central aumentando assim a impulsividade e agressividade que também estão associadas ao uso de substâncias, especialmente o tabaco^{16,17}.

Globalmente, pensa-se que 5% a 10% de todas as infecções do HIV são em homens que fazem sexo com homens (HSH)¹⁸. Estes estão em risco substancial de infecção por HIV em praticamente todos os contextos estudados¹⁹. E em vários países de alta renda, incluindo os Estados Unidos, o contato sexual entre homens permanece a principal via de transmissão do HIV¹⁸.

A literatura ainda apresenta inconsistências em relação ao perfil do tabagista em função de variações sociais e culturais. Assim, esse trabalho visa identificar a prevalência e os fatores associados ao tabagismo em PVHA em atendimento ambulatorial e especializado no sul do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal que incluiu pacientes HIV+ que consultaram no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em Pelotas/RS, no período de março de 2015 a dezembro de 2015. O SAE é o centro de referência em atendimento para pessoas portadoras de HIV/AIDS.

A seleção da amostra foi realizada de forma aleatória, aqueles pacientes que compareciam no ambulatório eram convidados a participar da pesquisa antes ou após consulta médica previamente agendada, assim como na retirada de medicamentos na farmácia do SAE.

Aqueles que aceitaram participar do estudo foram convidados a responder um questionário estruturado e pré codificado contendo elementos referentes à: informações sociodemográficas (sexo, escolaridade, trabalho remunerado, renda, entre outros), uso de substâncias na vida e atual; uso e tempo de uso do tabaco. A adesão à TARV foi avaliada através da observação do prontuário clínico do paciente sobre os últimos três

meses. Doenças prévias, níveis de CD4 (<300), carga viral do HIV (detectável) ao tratamento foram coletados nos prontuários do SAE.

A variável referente ao comportamento sexual de risco foi originalmente disposta com alternativas para o uso de preservativos relacionados as últimas três vezes em que teve relações sexuais: nenhuma vez, uma vez, duas vezes e três vezes. Posteriormente foi criada uma variável dicotômica, onde não usar nenhuma vez, usar uma ou duas vezes o preservativo ficou caracterizado como comportamento de risco. Para avaliação do presente desfecho foram considerados tabagistas todos aqueles indivíduos que nos últimos três meses usaram pelos menos um cigarro por dia.

Além disso, o questionário foi composto pelos seguintes instrumentos:

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): Composta por 14 questões de múltipla escolha, formada por duas subescalas: depressão e ansiedade, com 7 itens cada, e a pontuação geral variando de 0 a 21. Ao paciente solicita-se que responda baseando-se em como se sentiu na última semana²⁰. As subescalas tiveram consistência interna de 0,77 de 0,68 respectivamente, possuindo ainda valores convergentes e não discriminativos. No estudo de validação, o ponto de corte utilizado foi de 8/9, apresentando uma sensibilidade de 93,7% para ansiedade e 84,6% para a depressão, e uma especificidade de 72,6% para ansiedade e 90,3% para depressão. As variáveis criadas são dicotômicas: ansiedade e depressão sim ou não. Para o presente estudo foi utilizado apenas o escore de ansiedade.

Mini International Neuropsychiatric Interview – Plus (MINI-Plus): O MINI-Plus é uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSMIV) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, destinado à avaliação aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida, na clínica e na pesquisa em psiquiatria. Explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV-TR²¹. Foram realizados os diagnósticos de episódio depressivo maior atual e passado, risco de suicídio atual, fobia social atual, transtorno obsessivo-compulsivo atual e transtorno de estresse pós-traumático.

Ao todo 417 pacientes responderam a pelo menos algum dos questionários propostos. Porém, em diferentes períodos das avaliações ocorreram perdas (n=26). Após a codificação dos instrumentos, foi realizada dupla entrada dos dados no programa

Epidata. Para realizar uma checagem automática dos dados no momento da digitação utilizamos o comando CHECK, além disso, foi testado no mesmo software a consistências na digitação comparado as duas entradas de dados.

A análise estatística foi realizada no programa SPSS 22. A análise inicial teve como objetivo obter frequências das variáveis independentes, a fim de caracterizar a amostra do estudo. A mediana e o intervalo interquartil foram calculados para a renda mensal com o mesmo intuito. Foi utilizado o teste Qui quadrado para avaliar a diferença de proporção do tabagismo entre as variáveis qualitativas independentes avaliadas. Para a análise ajustada foi utilizado modelo de regressão logística.

Os participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um “Consentimento livre e esclarecido”. Foram respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012. O projeto de pesquisa foi aprovado sob o protocolo de número 11600512.2.000.5339 após avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da UCPel. Os pacientes que apresentaram elevada sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, bem como risco de suicídio, foram encaminhados para o Ambulatório do Centro de Especialidades da Prefeitura Municipal da cidade de Pelotas/RS.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 417 pessoas, sendo 55,4% mulheres. Cerca de 61,2% dos entrevistados se declararam brancos, 63,7% têm 8 anos de estudo ou menos, com a mediana de renda mensal de R\$ 788,00 (IIQ 0-1334,75). Quanto à representatividade dos grupos etários, os números evidenciam um predomínio da população adulta com a prevalência de 42,4 % (30 a 44 anos) em relação aos demais grupos etários.

O percentual de pessoas que têm uma relação com duração de um ano ou mais é de 52,3%. Ter um parceiro que também tem o diagnóstico de HIV é representado por 34,9% da amostra e 79,8% tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses. Embora 79,8% tenham relatado usar preservativo nas relações sexuais, 24,8% apresentaram comportamento de risco, não usando camisinha em alguma das últimas três vezes que tiveram relações sexuais. Durante a relação sexual 8,7% estavam sob o uso e álcool. Relataram ter o apoio de parentes ou outra pessoa em relação a infecção pelo HIV 82,3% e 90,3% fizeram uso de medicação para HIV nos últimos 12 meses (Tabela 1).

Através dos dados clínicos pode-se observar que as doenças de maior prevalência na amostra foram respectivamente dislipidemia 26,5%; hipertensão arterial 23,4%; candidíase oral 18,6%; hepatite (b+C) 9,5%; diabetes mellitus 8,1%; candidíase esofágica 7,2%; tuberculose 6,8%; doença pulmonar crônica 6,3% e pneumocistose 6,3%.

Referente ao uso de substâncias psicotrópicas nos três meses anteriores a coleta de dados: 46,8% fizeram uso de bebida alcoólica; 9,4% maconha; 3,6% cocaína e 2,9% crack (Tabela 1). No que se refere ao uso de cigarro, 33,8% da amostra são tabagistas. Destes, 5% começaram a fumar após o diagnóstico de HIV, 41,8% têm até 20 anos de uso de cigarro. Sendo que, 43,3% mudaram a frequência do hábito de fumar após o diagnóstico (aumentando ou diminuindo) e 25,5% fumam mais cigarros do que costumavam fumar.

Através da análise da contagem de células CD4 foi observado que 39,5% tiveram CD4 inicial abaixo de 300, e 24% tiveram CD4 último abaixo de 300, o que indica danos ao sistema imunológico. Em relação a carga viral, 34,4% apresentaram na última contagem carga detectável (Tabela 1).

Após a análise bivariada, para avaliar a diferença de proporção do tabagismo entre as variáveis qualitativas independentes, foi observado que não houve diferença significativa entre o sexo ($p=0,818$), cor de pele ($p=0,962$), grau de escolaridade ($p=0,211$) ter um relacionamento estável ($p=0,790$) e ter parceiro HIV+ ($p=0,486$).

Observou-se também que ter relações sexuais onde pagou ou recebeu apresentou relação significativa com o tabagismo ($p=0,031$) representando 54,2% da amostra. Bem como, 44,1% dos tabagistas apresentaram comportamento sexual de risco, não usando preservativo ($p=0,013$). Uso de bebidas alcoólicas 41,5% ($p=0,002$), maconha 61,5% ($p=0,000$), cocaína 66,7% ($p=0,006$) e crack 75% ($p=0,002$), todas as substâncias com uso referente aos últimos três meses, também tiveram relação com o desfecho. Bem como, ter carga viral detectável 40,7% ($p=0,024$).

Das pessoas fazem sexo com pessoas do mesmo sexo (FSPMS) 46,5% eram tabagistas enquanto 31,1% relataram ser tabagistas no grupo que não faz sexo com pessoas do mesmo sexo ($p=0,018$).

Dados relativos à saúde mental evidenciaram que ter ansiedade 42,6% ($p=0,007$), apresentar risco de suicídio atual 48,1% ($p=0,020$) e fobia social 52,1% ($p=0,006$) têm relação significativa com o desfecho. O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) atual apresentou uma tendência a significância com tabagismo 48,6% ($p=0,055$).

Enquanto o episódio depressivo maior não teve resultado estatisticamente significativo com o desfecho, apresentando uma prevalência de 34,3% ($p=0,960$).

A regressão logística multivariada mostrou associação estatisticamente significativa do uso de cigarro com comportamento sexual de risco 1,67 (1,01 a 2,74 95% IC, $p=0,045$); FSPMS 1,87 (1,06 a 3,30 95% IC, $p=0,031$); uso de maconha nos últimos três meses 2,33 (1,07 a 5,1 95% IC, $p=0,033$); risco de suicídio 2,13 (1,32 a 3,44 95% IC, $p=0,002$) e TOC atual 2,27 (1,08 a 4,77 95% IC, $p=0,030$). Apresentaram uma tendência a significância, uso de bebidas alcoólicas nos últimos três meses 1,53 (0,98 a 2,40 95% IC, $p=0,062$); uso de crack nos últimos três meses 3,20 (0,75 a 3,13 95% IC, $p=0,116$) e episódio depressivo maior 0,61 (0,35 a 1,07 95% IC, $p=0,086$) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Nessa população específica (HIV/AIDS) 33,8% são tabagistas e associados a esta condição estão o comportamento sexual de risco, FSPMS, ter usado maconha nos três meses que antecederam a coleta de dados, risco de suicídio atual e TOC atual.

O estudo apresenta algumas limitações como, coleta de dados em um único momento no tempo, sendo mais difícil estabelecer uma relação temporal entre os eventos e considerar com maior grau de certeza se a relação entre eles é causal ou não. Viés de memória em relação ao consumo de tabaco no período referido e às informações de histórico clínico. Amostra de conveniência limitando a extrapolação dos achados apenas aos pacientes que frequentam serviços de referência ao HIV/AIDS.

Nossa prevalência estimada de tabagismo para PVHA é ligeiramente inferior em comparação com as estimativas de estudos anteriores (50-70%)^{10,22}, mas é semelhante à relatada recentemente em um registro abrangente (36.3%)²³, no qual, o critério de definição de tabagismo foi o mesmo do nosso estudo. O que pode diferenciar os fumantes HIV positivos de outros estudos é o potencial das pessoas infectadas pelo HIV de possuir um número excepcionalmente elevado de características biofísicas, psicológicas e sociais que interagem para reforçar o uso do tabaco, bem como outros comportamentos de riscos²⁴. PVHA devem lidar com muitas demandas para gerenciar a saúde e o ajuste psicológico ao HIV. Estes estressores podem levar a respostas de adaptação inadequadas, como o uso de substâncias, entre elas o uso de tabaco²⁵.

Consistente com os nossos achados, pesquisas anteriores evidenciaram que tabagistas se envolvem em mais comportamentos de risco para a saúde e menos

comportamentos de promoção da saúde^{7,24,26}, aumentando assim a probabilidade de resultados adversos para a saúde. Muitos indivíduos HIV positivos não acreditam na possibilidade de superinfecção do HIV e têm atitudes negativas em relação à prática de sexo seguro, particularmente em relacionamentos soroconcordantes²⁷. Alguns estudos evidenciam que o comportamento sexual de risco e o uso de substâncias podem aumentar o risco de homens gays e o risco de seus parceiros sexuais de adquirir ou transmitir HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis^{28,30}. Uma influência potencial que contribui para o elevado risco de infecção pelo HIV entre gays e bissexuais é o uso de substâncias^{31,32}, além disso os sintomas da doença são exacerbados pelo fumo^{33,34}. Um estudo realizado por Witalison e colaboradores³⁵ evidenciou que a maioria dos casais soropositivos praticava sexo sem proteção (87%). Cerca de 30% da amostra (83 casais) teve relações sexuais fora do seu relacionamento e destes 61% tinham um ou ambos os parceiros que haviam tido sexo casual sem proteção³⁵.

A maioria dos usuários de maconha relatam uma história ao longo da vida de tabagismo. O tabagismo, no entanto, é comumente relatado em usuários de uma variedade de drogas psicoativas ilícitas, a taxa de tabagismo quando usado com outras substâncias é significativamente aumentada³⁶. Contudo, o uso concorrente de maconha e tabaco pode ultrapassar os mecanismos subjacentes à coutilização geral de substâncias³⁷.

A ligação entre o tabagismo, abuso de substâncias e o HIV é forte e evidente, muitas vezes com efeitos negativos. Agregando uma camada adicional de complexidade à questão³⁸, um estudo realizado por Pacek e Harrel³⁹ evidenciou que os fumantes foram mais prováveis a relatarem uso de drogas no último mês do que os ex fumantes e os que nunca fumaram.

Markey e colaboradores⁷ evidenciaram que em termos de comportamentos de risco para a saúde os fumantes são mais propensos a endossar o uso problemático de álcool, cocaína, heroína e maconha. Contudo, o presente estudo identificou apenas associação com uso de maconha. A maconha e a cocaína são drogas ilícitas não injetáveis mais utilizadas na população HIV em países desenvolvidos. A análise detalhada do estudo realizado no Multicenter AIDS Cohort Study (MACS) informa que cerca de 45% dos pacientes com HIV usou maconha⁴⁰, embora esta percentagem tenha uma variação dependendo dos estudos entre 20 e 50%^{41,42}. Nessa direção, em análise multivariada, o uso de maconha e uso de álcool foram positivamente associados à

prevalência de tabagismo⁴³. O consumo diário de maconha tem impacto negativo no atendimento ao HIV. Estudo realizado por Lorenz e colaboradores evidenciou que as taxas elevadas de eventos cardiovasculares foram observadas entre os usuários de maconha e aumentaram ainda mais em consusuários de maconha / tabaco em comparação com usuários de uma única substância⁴⁰.

Estudos têm demonstrado que indivíduos com a tripla comorbidade de infecção pelo HIV, abuso de substâncias e transtorno mental têm maior probabilidade de exibir comportamentos sexual de risco^{16,17}. A ideação, as tentativas e as conclusões do suicídio são complicações bem reconhecidas entre PVHA. Apesar do fato de que o tratamento para o HIV melhorou a morbidade e a mortalidade, os achados sugerem que a ideação suicida continua a ser um problema comórbido significativo para PVHA¹². O risco aumentado de suicídio tem sido relatado em doenças físicas que são crônicas, terminais ou associadas a vergonha como parte da dor psicológica⁴⁴. As doenças físicas associadas a um risco aumentado de suicídio incluem HIV/AIDS⁴⁵. O HIV pode afetar o sistema nervoso central, possivelmente afetando o controle de impulsos e a desinibição de comportamentos que podem aumentar o risco de suicídio⁴⁶ e o consumo de tabaco⁴⁷. Nesse sentido, um estudo realizado com a população jovem evidenciou que no que se refere às variáveis de saúde mental, a ideação suicida foi associada ao aumento das probabilidades de notificação do uso tabaco e de qualquer outro uso de drogas ilícitas nos últimos três meses¹³.

Os problemas de saúde mental têm sido associados a uma maior probabilidade de tabagismo entre todas as doenças⁴⁸. É provável que não tenhamos observado diferenças nos sintomas depressivos entre os fumantes devido ao fato de que é plausível que os fumantes estejam em maior risco de outros fatores psicossociais que possam comprometer o gerenciamento adaptativo do HIV. Uma linha de pesquisas identifica os transtornos de ansiedade como representando uma preocupação importante entre as PVHA^{14,49}. Mancebo e colaboradores abordaram em seu estudo que os distúrbios do uso de substâncias (SUD) estão ligados a uma variedade de condições comórbidas, incluindo o TOC⁵⁰. Estes achados estão congruentes com os nossos. Visto que na nossa população ter TOC está associado ao desfecho.

CONCLUSÕES

Estudar o tabagismo entre PVHA é especialmente importante porque a sua prevalência é maior que a da população em geral. Visto que, ser tabagista, está

associado ao comportamento sexual de risco, FSPMS, usar maconha, risco de suicídio e TOC. Em virtude de o tabagismo ser um fator de risco modificável, é importante definir a magnitude do efeito do comportamento de fumar entre as PVHA e seu efeito no desenvolvimento de condições clínicas adversas específicas.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio e suporte à pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Levy D, de Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: The Effect of Strong Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in a Middle Income Nation. *PLoS Med.* 2012;9(11).
2. Ministério da Saúde. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. *Inst Nac Câncer [Internet].* 2014; Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro/conferencia_das_partes.
3. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2014;181. Available from: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.
4. Marshall MM, McCormack MC, Kirk GD. Effect of Cigarette Smoking on HIV Acquisition, Progression, and Mortality. *AIDS Educ Prev.* 2009;21(3 Suppl): 28–39.
5. Grover KW, Gonzalez A, Zvolensky MJ. HIV Symptom Distress and Smoking Outcome Expectancies Among HIV+ Smokers: A Pilot Test. *AIDS Patient Care STDS.* 2013;27(1):17–21.
6. Manuel JK, Lum PJ, Hengl NS, Sorensen JL. Smoking cessation interventions with female smokers living with HIV/AIDS: a randomized pilot study of motivational interviewing. *AIDS Care.* 2013;25(7):820–7.

7. O’Cleirigh C, Valentine SE, Pinkston M, Herman D, Bedoya, Gordon JR, et al. The unique challenges facing HIV-infected patients who smoke cigarettes: HIV viremia, ART adherence, engagement in HIV care, and concurrent substance use. *AIDS Behav.* 2015;19:178–85.
8. Vidrine DJ. Cigarette smoking and HIV/AIDS: Health implications, smoker characteristics and cessation strategies. *AIDS Educ Prev.* 2009;21(SUPPL. 3):3–13.
9. Shirley DK, Kaner RJ, Glesby MJ. Effects of smoking on non-AIDS-related morbidity in HIV-infected patients. *Clin Infect Dis.* 2013;57(2):275–82.
10. Pines H, Koutsky L, Buskin S. Cigarette smoking and mortality among HIV-infected individuals in Seattle, Washington (1996-2008). *AIDS Behav.* 2011;15(1):243–51.
11. Moscou-Jackson G, Commodore-Mensah Y, Farley J, DiGiacomo M. Smoking-cessation interventions in people living with HIV infection: a systematic review. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2014;25(1):32–45.
12. Passos SM, Souza LD, Spessato BC. High prevalence of suicide risk in people living with HIV: who is at higher risk? *AIDS Care.* 2014;26(11):1379–82.
13. Gammarel KE, Brown L, Kahler CW, Fernandez MI, Bruce D, Nichols S. Prevalence and correlates of substance use among youth living with HIV in clinical settings. *Drug Alcohol Depend.* 2016;169:11–8.
14. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res.* 2008;10(12):1691–715.
15. Schadé A, van Grootheest G, Smit JH. HIV-infected mental health patients: characteristics and comparison with HIV-infected patients from the general population and non-infected mental health patients. *BMC Psychiatry.* 2013;13(1):35.
16. Rezaei S, Taramian S, Kafie SM. Psychopathological Dimensions in Substance Abusers with and without HIV/AIDS and Healthy Matched Group. *Addict Heal.* 2013;5(3–4):115–25.

17. Koutsilieri E, Scheller C, Sopper S, ter Meulen V, Riederer P. Psychiatric complications in human immunodeficiency virus infection. *J Neurovirol.* 2002;8 (Suppl 2):129–33.
18. Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, Beyrer C. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: A systematic review. *PLoS Med.* 2007;4(12):1901–11.
19. Beyrer C, Baral S, Griensven F van. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet.* 2012;380(9839):367–77.
20. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica.* 1995;29(5):355–63.
21. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: The universalist approach. *Qual Life Res.* 1998;7(4):323-35.
22. Lifson AR, Neuhaus J, Arribas JR, van den Berg-Wolf M, Labriola AM, Read TR, et al. Smoking-related health risks among persons with HIV in the Strategies for Management of Antiretroviral Therapy clinical trial. *Am J Public Health.* 2010;100(10):1896–903.
23. Pollack TM, Duong HT, Pham TT, Do CD, Colby D. Cigarette smoking is associated with high HIV viral load among adults presenting for antiretroviral therapy in Vietnam. *PLoS One.* 2017;12(3):1–11.
24. Reynolds NR. Cigarette smoking and HIV: more evidence for action. *AIDS Educ Prev.* 2009;21(3:Suppl):106-21.
25. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Starks TJ. The influence of structural stigma and rejection sensitivity on young sexual minority men's daily tobacco and alcohol use. *Soc Sci Med.* 2014;103:67–75.

26. Shuter J, Bernstein SL, Moadel AB. Cigarette smoking behaviors and beliefs in persons living with HIV/AIDS. *Am J Health Behav.* 2012;36(1):75–85.
27. Poudel KC, Nakahara S, Poudel-Tandukar K, Jimba M. Perceptions towards preventive behaviours against HIV transmission among people living with HIV/AIDS in Kathmandu, Nepal. *Public Health.* 2007;121(12):958–61.
28. Carey JW, Mejia R, Bingham T, Ciesielski C, Gelaude D, Herbst JH, et al. Drug use, high-risk sex behaviors, and increased risk for recent HIV infection among men who have sex with men in Chicago and Los Angeles. *AIDS Behav.* 2009;13(6):1084–96.
29. Dirks H, Esser S, Borgmann R, Wolter M, Fischer E, Potthoff A, et al. Substance use and sexual risk behaviour among HIV-positive men who have sex with men in specialized out-patient clinics. *HIV Med.* 2012;13(9):533–40.
30. Prestage G, Jin F, Kippax S, Zablotska I, Imrie J, Grulich A. Use of illicit drugs and erectile dysfunction medications and subsequent HIV infection among gay men in Sydney, Australia. *J Sex Med.* 2009;6(8):2311–20.
31. Koblin BA, Chesney MA, Husnik MJ, Bozeman S, Celum CL, Buchbinder S, et al. High-risk behaviors among men who have sex with men in 6 US cities: baseline data from the EXPLORE Study. *Am J Public Health.* 2003;93(6):926–32.
32. Vosburgh HW, Mansergh G, Sullivan PS, Purcell DW. A review of the literature on event-level substance use and sexual risk behavior among men who have sex with men. *AIDS Behav.* 2012;16(6):1394–410.
33. Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull.* 2003;129(5):674-97.
34. Stall R, Mills TC, Williamson J, Hart T, Greenwood G, Paul J, et al. Association of Co-Occurring Psychosocial Health Problems and Increased Vulnerability to HIV/AIDS among Urban Men Who Have Sex with Men. *Am J Public Health.* 2003;93(6):939–42.

35. Witalison E, Thompson P, Hofseth L. A cause for concern: Male couples' sexual agreements and their use of substances with sex. *AIDS Behav.* 2014; 18(7): 1401–11.
36. Barrett SP, Darredeau C, Pihl RO. Patterns of simultaneous polysubstance use in drug using university students. *Hum Psychopharmacol.* 2006;21(4):255–63.
37. Agrawal A, Budney AJ, Lynskey MT. The Co-occurring Use and Misuse of Cannabis and Tobacco: A Review. *Addiction* . 2012; 107(7):1221–33.
38. Patkar A, Batra V, Mannelli P, Evers-Casey S, Vergare MJ, Leone FT. Medical symptoms associated with tobacco smoking with and without marijuana abuse among crack cocaine-dependent patients. *Am J Addict.* 2005;14(1):43–53.
39. Pacek LR, Harrel PT, Martins SS. Cigarette smoking and drug use among a nationally representative sample of HIV-positive individuals. *Am J Addict Am J Addict* . 2014; 23(6):582–90.
40. Lorenz DR, Dutta A, Mukerji SS, Holman A, Uno H, Gabuzda D. Marijuana use impacts midlife cardiovascular events in HIV-infected men. *Clin Infect Dis.* 2017;65(4):626-35.
41. Okafor CN, Cook RL, Chen X, Surkan PJ, Becker JT, Shoptaw S, et al. Prevalence and Correlates of Marijuana Use among HIV- Seropositive and Seronegative Men in the Multicenter AIDS Cohort Study (MACS), 1984–2013. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2017;43(5):556-66.
42. Nduka CU, Uthman OA, Kimani PK, Stranges S. Drug Abuse in People Living with HIV in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy : A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Addict Res Ther.* 2015;6(4).
43. Akhtar-Khaleel WZ, Cook RL, Shoptaw S, Surkan PJ, Teplin LA, Stall R, et al. Trends and Predictors of Cigarette Smoking Among HIV Seropositive and Seronegative Men: The Multicenter AIDS Cohort Study. *AIDS Behav.* 2016;20(3):622–32.

44. Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, Erlangsen A, Lapierre S, Lindner R, et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging Ment Health*. 2016;20(2):166-94.
45. Ferreira MHF, Colombo ES, Guimarães PS-A, Soeiro RE, Dalgarrondo P, Botega NJ. Suicide risk among inpatients at a university general hospital. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):51-4.
46. Erlangsen A, Stenager E, Conwell Y. Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(9):1427-39.
47. Rassa O, Ahna WY, O'Donnell BF. Resting-state EEG, Impulsiveness, and Personality in Daily and Nondaily Smokers. *Clin Neurophysiol*. 2016;127(1):409-18.
48. Cook BL, Wayne G, Kafali EN, Liu Z, Shu C, Flores M. Trends in Smoking Among Adults With Mental Illness and Association Between Mental Health Treatment and Smoking. *JAMA*. 2014;311(2):172-82.
49. Sewell MC, Goggin KJ, Rabkin JG, Ferrando SJ, McElhiney MC, Evans S. Anxiety syndromes and symptoms among men with AIDS: a longitudinal controlled study. *Psychosomatics*. 2000;41(4):294-300.
50. Mancebo MC, Grant JE, Pinto A, Eisen JL, Rasmussen SA. Substance Use Disorders in an Obsessive Compulsive Disorder Clinical Sample. *J Anxiety Disord*. 2009; 23(4): 429-35.

Tabela 1: Caracterização da amostra de paciente vivendo com HIV/AIDS em atendimento no Serviço de Atenção Especializada de Pelotas (RS) e fatores associado ao tabagismo

	n (%)	Tabagismo N (%)	p valor
Sexo			0,836
Masculino	186 (44,6%)	64 (34,4%)	
Feminino	231 (55,4%)	77 (33,3%)	
Raça			0,522
Branco	255 (61,2%)	86 (33,7%)	
Não branco	162 (38,8%)	55 (34%)	
Grau de Escolaridade			0,231
8 anos ou menos de estudos	258 (63,7%)	93 (36%)	
9 anos ou mais de estudos	147 (36,3%)	44 (29,9%)	
Relação com duração um ano ou mais			0,836
Não	199 (47,7%)	66 (33,2%)	
Sim	218 (52,3%)	75 (34,4%)	
Ter um parceiro que também tem o diagnóstico de HIV			0,504
Não	257 (65,1%)	89 (34,6%)	
Sim	138 (34,9%)	43 (31,2%)	
Comportamento sexual de risco			0,016
Não	102 (24,8%)	45 (44,1%)	
Sim	309 (75,2%)	95 (30,7%)	
Uso de medicação para HIV nos últimos 12 meses			0,467
Não	37 (9,7%)	10 (27%)	
Sim	346 (90,3%)	116 (33,5%)	
Hospitalização alguma vez por problemas relacionados ao HIV			0,517
Não	335 (80,3%)	116 (34,6%)	
Sim	82 (19,7%)	25 (30,5%)	
Uso de álcool nos últimos três meses			0,002
Não	222 (53,2%)	60 (27%)	
Sim	195 (46,8%)	81 (41,5%)	

Uso de maconha nos últimos três meses			0,000
Não	378 (90,6%)	117 (31%)	
Sim	39 (9,4%)	24 (61,5%)	
Uso de cocaína nos últimos três meses			0,010
Não	402 (96,4%)	131 (32,6%)	
Sim	15 (3,6%)	10 (66,7%)	
Uso de crack nos últimos três meses			0,004
Não	405 (97,1%)	132 (32,6%)	
Sim	12 (2,9%)	9 (75%)	
Ansiedade			0,007
Não	279 (67,2%)	82 (29,4%)	
Sim	136 (32,8%)	58 (42,6%)	
Transtornos depressivo maior			0,960
Não	344 (83,7%)	117 (34%)	
Sim	67 (16,3%)	23 (34,3%)	
CD4 inicial			0,282
Abaixo de 300	160 (39,3%)	48 (30%)	
Acima de 300	247 (60,7%)	88 (35,6%)	
CD4 último*			0,903
Abaixo de 300	99 (24,4%)	34 (34,3%)	
Acima de 300	306 (75,6%)	102 (33,3%)	
Risco de Suicídio atual			0,020
Não	255 (61,4%)	70 (27,5%)	
Sim	160 (38,6%)	70 (43,8%)	
Fobia Social Atual			0,006
Não	362 (88,3%)	116 (32%)	
Sim	48 (11,7%)	25 (52,1%)	
Transtorno obsessivo compulsivo			0,055
Não	381 (91,6%)	124 (32,5%)	
Sim	35 (8,4%)	17 (48,6%)	
Transtorno de estresse pós-traumático			0,301
Não	393 (94,9%)	132 (33,6%)	
Sim	21 (5,1%)	9 (42,9%)	
Total	417 (100%)	141 (33,8%)	

*variável computada apenas com valores válidos.

Tabela 2. Análise de regressão logística para identificação dos fatores associados ao tabagismo na população de pacientes vivendo com HIV/AIDS

Variável		Exp (B)	IC 95%	P valor
HAD ansiedade	Não	1,00		
	Sim	1,08	0,59 a 1,95	0,801
Teve relações sexuais em que recebeu ou pagou	Não	1,00		
	Sim	1,30	0,47 a 3,60	0,623
Cocaína	Não	1,00		
	Sim	1,95	0,438 a 8,68	0,381
Carga viral última	Indetectável	1,00		
	Detectável	1,26	0,78 a 2,02	0,345
Fobia Social Atual	Não	1,00		
	Sim	1,56	0,78 a ,013	0,212
Crack	Não	1,00		
	Sim	3,20	0,75 a 3,13	0,116
Episódio Depressivo Maior Atual	Não	1,00		
	Sim	0,61	0,35 a 1,07	0,086

Bebidas Alcoólicas	Não	1,00		
	Sim	1,53	0,98 a 2,40	0,062
Comportamento sexual de risco	Não	1,00		
	Sim	1,67	1,01 a 2,74	0,045
Maconha	Não	1,00		
	Sim	2,33	1,07 a 5,07	0,033
Fez sexo com pessoas do mesmo sexo	Não	1,00		
	Sim	1,87	1,06 a 3,30	0,031
TOC Atual	Não	1,00		
	Sim	2,30	1,08 a 4,77	0,030
Risco de suicídio Atual	Não	1,00		
	Sim	2,13	1,33 a 3,44	0,002

ARTIGO 3

Expectations of smoking outcome in the HIV / AIDS population

Expectations of smoking outcome

Expectativas do resultado de fumar na população HIV/AIDS

Expectativas do resultado de fumar

*Artigo a ser submetido ao periódico Psychology of Addictive Behaviors

Autores e afiliações:

Marília Silva de Souza – Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Clarissa de Souza Ribeiro Martins - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Evelin Franco Kelbert - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

César Arthur Tavares Pinheiro - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Karen Amaral Tavares Pinheiro - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Ricardo Tavares Pinheiro - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Fábio Monteiro da Cunha Coelho - Universidade Federal de Pelotas (UFPel)

Janaína Vieira dos Santos Motta - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Luciano Dias de Mattos Souza - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

RESUMO

Objetivo: O presente trabalho delineou identificar os elementos associados aos fatores das consequências do tabagismo. **Método:** Trata-se de um estudo transversal que visou entrevistar todas aquelas pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) que consultaram no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em Pelotas/RS. O Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ) foi utilizado para verificar os fatores de expectativa quanto ao comportamento tabagista. **Resultados:** No total de 141 participantes tabagistas, as consequências Negativas foram associadas com: ter parceiro HIV ($p= 0.047$). Reforço Positivo, foi associado com: não ter parceiro HIV ($p= 0.045$), ter tido relações sexuais nos últimos 12 meses ($p= 0.003$) e fazer sexo com pessoas do mesmo sexo (FSPMS) ($p= 0.020$). Reforço Negativo, foi associado com: não estar trabalhando ($p= 0.042$) e fumar mais de 30 cigarros por dia ($p= 0.018$). Controle de Peso e Apetite, foi associado com: não estar trabalhando ($p= 0.051$), não usar hipnóticos/sedativos ($p= 0.053$) e ser fumante há mais de 40 anos ($p= 0.031$). **Conclusão:** Com o estudo, conseguimos identificar alguns elementos que estão associados aos fatores das consequências do tabagismo, sendo possível fazer algumas inferências sobre manejo de intervenções mais adequadas para cada perfil.

Palavras - chave: HIV/AIDS; PVHA; tabagismo; S-SCQ; cessação.

ABSTRACT

Aim: The present study outlined the elements associated with the consequences of smoking. **Method:** This is a cross-sectional study that aimed to interview all those people living with HIV/AIDS (PLWHA) who consulted at the Specialized Assistance Service (SAE) in Pelotas / RS. The Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ) was used to verify the expectation factors regarding smoking behavior. **Results:** A total of 141 smokers participated, negative Consequences, were associated with: have an HIV partner ($p= 0.047$). Positive Reinforcement was associated with: not having an HIV partner ($p= 0.045$), have had sex in the last 12 months ($p= 0.003$) and have sex with same sex ($p= 0.020$). Negative Reinforcement was associated with: not working ($p= 0.042$) and smoking more than 30 cigarettes per day ($p= 0.018$). Weight control and appetite was associated with: not working ($p= 0.051$), do not use hypnotics/sedatives ($p= 0.053$) and been smoker for over 40 years ($p= 0.031$). **Conclusion:** With the study, we were able to identify some elements that are associated with the consequences of smoking factors being possible to make some inferences about the management of interventions that are more adequate for each profile. **Key words:** HIV/AIDS; PLWHA; smoking; S-SCQ; cessation.

INTRODUÇÃO

A epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) afeta milhares de pessoas e, apesar dos esforços, que resultam na queda global do número de novas infecções, alguns países - como o Brasil - apresentam tendência de aumento da taxa de detecção do vírus¹. Esta detecção proporciona um maior cuidado aos portadores do vírus e com a ampliação do acesso à terapia antirretroviral (TARV) tem-se, então, um aumento do número de pessoas vivendo com o HIV. Causas de morbidade e mortalidade mudaram, entre 50% e 84% das mortes em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) não são agora relacionadas com a AIDS².

Como o tratamento do HIV/AIDS avançou com o tempo, o tabagismo teve um impacto crescente na saúde e na longevidade das PVHA, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade³. PVHA perdem mais anos de vida pelo tabagismo do que pela infecção por HIV por si só⁴. Sendo esse um importante fator de risco modificável para essa população.

Embora a TARV tenha melhorado a expectativa de vida⁵ das PVHA, as pessoas infectadas pelo HIV estão vivendo por tempo suficiente para desenvolver doenças associadas ao fumo e, infelizmente, as intervenções para parar de fumar não são amplamente implementadas no tratamento do HIV.

Fumantes com HIV+ são menos propensos a receber avaliação e intervenção do que os fumantes HIV- vistos em clínicas médicas gerais⁶. A triagem de pessoas infectadas pelo HIV que fumam devem ser incluída em programas de cessação do tabagismo como parte dos cuidados com as PVHA^{7,8}.

Estudos indicam que muitas PVHA que são fumantes pensam ou têm interesse em parar de fumar⁹. Mas apesar do interesse na cessação do tabagismo, a capacidade real de parar de fumar pode ser desafiadora e exigir várias tentativas^{10,11,12}.

Consequências negativas para a saúde do tabagista são amplificadas no contexto da infecção pelo HIV¹³. Possíveis razões para o alto consumo de tabaco entre as PVHA incluem o uso de cigarro para lidar com sintomas relacionados ao HIV, como dor neuropática¹⁴, ansiedade, estresse e depressão¹⁵, os quais são mais altos nesta população.

PVHA que são fumantes podem ter um número de comorbidades adicionais que tornam a cessação do tabagismo especialmente desafiadora. Os fumantes são mais

propensos a ter estresse psicológico e problemas de saúde mental que contribuem para o tabagismo e dificultam a cessação^{16,17}.

Algumas PVHA podem perceber o fumo como uma forma de ajudar a lidar com o estresse de viver com uma doença difícil¹². Se as PVHA também tiverem outros estresses devido à desvantagem econômica e social, fumar pode representar uma saída percebida para ajudar a lidar com essas pressões¹². Se assim for, essas fontes psicológicas e sociais de maior sofrimento emocional podem afetar negativamente a prontidão para deixar de fumar¹⁰.

Preocupações com a imagem corporal são amplamente reconhecidas entre as PVHA, tendo em vista que o tratamento para o HIV e a infecção pode alterar significativamente a aparência física e o funcionamento corporal¹⁸. Há uma variação nas alterações corporais experimentadas nessa população, muitas foram reconhecidas entre os indivíduos que recebem a TARV¹⁸. A lipodistrofia é uma alteração morfológica associada à TARV, que pode incluir acúmulo de gordura no abdômen, mamas e região dorso-cervical, bem como, perda localizada de gordura na face, nádegas e extremidades¹⁹. O ganho de peso pode desencadear o uso do tabaco ou a retomada do tabagismo, como artifício para controlar o peso e o apetite, sendo que, muitos fumantes também usam o ganho de peso como desculpa para não parar de fumar^{20,21}. Parte desta população que vive com HIV/AIDS pode ser mais vulnerável em função destes contextos.

Visando que as PVHA interagem frequentemente com o sistema de saúde, como parte de seu monitoramento e cuidado com o HIV, há várias oportunidades para que ocorra rastreio e intervenções para a cessação do tabagismo^{7,21}. Os fumantes infectados pelo HIV precisam receber conhecimento relevante sobre o impacto do tabagismo em sua doença e seu tratamento, bem como o acesso a serviços de cessação^{8,12,17}.

Os esforços de cessação do tabagismo podem precisar ser direcionados e adaptados para melhor atender às necessidades e circunstâncias específicas de cada pessoa em particular. Embora muitas intervenções sejam eficazes para ajudar a população em geral a parar de fumar²¹, o número pesquisas que examinem os resultados dos tratamentos de cessação do tabagismo para indivíduos com HIV é limitado. Assim, o presente trabalho objetivou identificar as características associadas aos fatores das consequências do tabagismo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal que visou entrevistar todas aquelas PVHA que consultaram no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em Pelotas/RS, no período de março de 2015 a dezembro de 2015. O SAE é o centro de referência em atendimento para PVHA. Esta pesquisa foi aprovada sob o protocolo de número 11600512.2.000.5339 pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UCPel.

A seleção da amostra foi realizada de forma aleatória, aqueles pacientes que compareciam no ambulatório eram convidados a participar da pesquisa antes ou após consulta médica previamente agendada, assim como na retirada de medicamentos na farmácia do SAE. Ao todo 443 pacientes responderam a investigação, porém, em diferentes períodos das avaliações ocorreram perdas (n=26), totalizando 417 participantes. Para a elaboração do presente artigo, foi utilizado 33,8% da amostra, apenas indivíduos tabagistas (n = 141). Foram considerados tabagistas todos aqueles indivíduos que nos últimos três meses usaram pelos menos um cigarro por dia²².

Aqueles que aceitaram participar do estudo foram convidados a responder um questionário estruturado contendo itens sobre: informações sociodemográficas (sexo, escolaridade, trabalho remunerado, relacionamento conjugal, ter parceiro(a) HIV+; comportamentos relacionados à saúde (hospitalização por problemas relacionados ao HIV e hospitalização por problemas nos nervos); uso de substâncias atual (uso de bebidas alcoólicas e uso de hipnóticos/sedativos nos últimos três meses); uso e tempo de uso do tabaco, bem como, o uso de uma escala para medir as expectativas de resultados de fumar. A adesão à TARV foi avaliada através da observação do prontuário clínico do paciente através da informação de retirada de TARV nos últimos 3 meses.

Presença de doenças prévias, níveis de CD4 (<250) e carga viral do HIV (detectável) também foram coletadas nos prontuários do SAE. A variável referente a contagem de células CD4 foi categorizada em abaixo de 250 ou acima de 300 e a variável referente a carga viral foi dicotomizada em indetectável/detectável.

A variável referente ao comportamento sexual de risco foi disposta com alternativas para o uso de preservativos relacionados as últimas três vezes em que teve relações sexuais: nenhuma vez, uma vez, duas vezes e três vezes. Além disso, foi aferido a ocorrência de relações sexuais nos últimos 12 meses em que o participante pagou ou recebeu dinheiro/presentes/favores e pessoas que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo.

A variável referente ao índice de massa corporal (IMC) foi categorizada e analisada conforme os parâmetros indicados pelo Ministério da Saúde para a avaliação do estado nutricional de adultos e de acordo com a classificação definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Baixo peso $<18,5$; peso adequado $\geq 18,5$ e < 25 ; sobrepeso ≥ 25 e < 30 e obesidade ≥ 30)^{23,24}. Em virtude do tamanho da amostra dividimos a variável em duas categorias (baixo peso/eutrófico e sobrepeso/obesidade). Ademais, foi avaliada alteração na ingestão alimentar. Foi aferido o tempo, em anos, de uso de tabaco e presença intercorrência clínica de doença pulmonar.

Além dessas variáveis, o questionário foi composto pelos seguintes instrumentos:

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): Composta por 14 questões de múltipla escolha, formada por duas subescalas: depressão e ansiedade, com 7 itens cada, e a pontuação geral variando de 0 a 21. Ao paciente solicita-se que responda baseando-se em como se sentiu na última semana²⁵. As subescalas tiveram consistência interna de 0,77 de 0,68 respectivamente, possuindo ainda valores convergentes e não discriminativos. No estudo de validação, o ponto de corte utilizado foi de 8/9, apresentando uma sensibilidade de 93,7% para ansiedade e 84,6% para a depressão, e uma especificidade de 72,6% para ansiedade e 90,3% para depressão. Para o presente estudo foi utilizado apenas o escore de ansiedade, de forma dicotômica (sim ou não).

Mini International Neuropsychiatric Interview – Plus (MINI-Plus): O MINI-Plus é uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, destinado à avaliação aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida, na clínica e na pesquisa em psiquiatria. Explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV-TR²⁶. Foram realizados os diagnósticos de transtorno depressivo maior (TDM), risco de suicídio, transtorno bipolar (TB), transtorno de pânico, agorafobia, fobia social, fobia específica, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtornos psicóticos, transtorno dismórfico corporal e transtorno de ajustamento.

Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND): é uma versão modificada do Questionário Fagerström de Tolerância (FTQ), usada para avaliar a

dependência de nicotina. Consiste em seis itens, perguntas de escolha simples. Para cada alternativa das questões do teste existe uma pontuação que varia de 0 a 10 (0-2 pontos = muito baixo; 3-4 pontos = baixo; 5 pontos = médio; 6-7 pontos = elevado e 8-10 pontos = muito elevado). A soma dos pontos permitirá a avaliação do seu grau de dependência de nicotina²⁷. Foi considerado dependente de nicotina aqueles participantes que relataram 7 ou mais pontos na escala. Os valores de confiabilidade são de 0,990 e para as perguntas individuais se encontraram valores de 0,975 a 1,000. O valor da coerência interna através do coeficiente α de Cronbach é de $\alpha = 0,660$. Os valores de coerência interna das perguntas que compõem cada um dos fatores são, respectivamente, 0,66 e 0,5332²⁸.

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Este é um instrumento auto-aplicável que investiga a história de abuso e negligência durante a infância. Através desse, podem ser avaliados cinco componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. Assim, o CTQ é destinado para adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos. O respondente gradua a frequência de 28 assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância em uma escala Likert de cinco pontos. Atualmente o CTQ é um instrumento muito utilizado em pesquisas, na área forense e na área clínica²⁹. O quintil mais elevado foi considerado como CTQ presente.

Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ): Versão curta do instrumento Smoking Consequences Questionnaire (SCQ) que é uma escala de autorrelato que contem 50 itens que medem a expectativa de fumar. Cada item de consequência do tabagismo está classificado em: probabilidade de ocorrência (0 = completamente improvável e 9 = totalmente provável). Já a versão curta contém 21 itens³⁰. Foi realizada a validação para o Brasil da versão curta. A fidedignidade da escala total (com 21 itens) apresentou índice alfa de Cronbach 0,851 e Lambda 2 de Gutmann 0,870. Índices bastante satisfatórios foram observados também nas subescalas. No mesmo sentido, os valores de correlação item-total também confirmaram os bons índices de fidedignidade da escala³¹. Os 21 itens estão distribuídos em 4 fatores: Consequências Negativas (CN) referem-se às expectativas relacionadas à previsão de pouco sucesso na cessação do tabagismo; Reforço Positivo (RP) refere-se às expectativas relacionadas à satisfação sensorial do tabagismo; Reforço Negativo (RN) refere-se a expectativas de enfrentamento e regulação negativa de emoções através do tabagismo; Controle do Peso e do Apetite (CPA) refere-se às expectativas relacionas a

fumar para controlar o peso e/ou apetite. Assim, cada um desses fatores compôs os desfechos do presente artigo como variáveis quantitativas nas quais quanto maior o escore, maior a intensidade das expectativas de cada fator.

Após a codificação dos instrumentos, foi realizada dupla entrada dos dados no programa Epidata para realização de checagem automática dos dados. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa SPSS 22. A análise inicial teve como objetivo obter a mediana e o intervalo interquartil das variáveis dependentes, e as frequências relativas e absolutas das variáveis independentes a fim de caracterizar a amostra do estudo.

Para comparar as tendências centrais dos quatro domínios do S-SCQ de amostras independentes foram utilizados os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Posteriormente, para determinar a associação entre a variável que caracteriza cada fator da expectativa do tabagismo e as variáveis independentes foi utilizado modelo de regressão linear. Para cada desfecho, essa análise multivariada foi realizada seguindo um modelo hierárquico no qual as variáveis com um valor $p < 0,20$ no teste de razão de verossimilhança permaneciam no modelo. Para significância estatística foi considerado escore de $p < 0,050$.

RESULTADOS

Dos 141 tabagistas, 54,6% são do sexo feminino, 67,9% têm 8 anos ou menos de estudo, 51,8% não trabalham, 53,2% têm relacionamento estável (com duração de um ano ou mais), 32,6% têm um parceiro que também tem o diagnóstico de HIV/AIDS, 81,6% tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, nas últimas três vezes que tiveram relações sexuais, 67,9% usaram camisinhas em todas as vezes e 23,4% relataram fazer sexo com pessoas do mesmo sexo (FSPMS). Fizeram o uso de medicação para o HIV nos últimos 12 meses 92,1%, 14,9% tiveram o auxílio de algum familiar ou amigo nas últimas três vezes em que fizeram o uso da medicação. Já estiveram hospitalizados por problemas relacionados ao HIV 17,7%.

Referente ao uso de substâncias psicotrópicas, 57,4% fizeram o uso de bebidas alcoólicas e 24,8% usaram hipnóticos/sedativos. São dependentes de nicotina 67,4%, 41,1% fumam até 20 cigarros por dia, 41,1% fumam há mais de 40 anos. Em relação a saúde nutricional, 35,5% têm sobrepeso ou obesidade e 28,6% notaram alguma alteração na ingestão alimentar.

Dados relativos à saúde mental evidenciaram que 41,4% têm indicativo de ansiedade, 14,3% TDM, 21,4% risco de suicídio moderado ou grave, 28,4% TB, 15,6% TOC atual, 17,7% fobia social, 19,9% transtorno dismórfico corporal, 13,5% apresentaram elevado escore de trauma precoce.

Em relação as variáveis clínicas, 75% têm CD4 última acima de 300, 98,5% têm carga viral última indetectável e 9,5% têm doença pulmonar crônica.

Na análise bivariada, as variáveis correspondentes a cada fator (separadamente) foram testadas em relação as variáveis independentes. Não ter auxílio para usar a medicação foi associado significativamente com maiores escores de CN ($p=0,004$), bem como aqueles que pontuaram ter ansiedade ($p=0,046$) e fobia social ($p=0,021$). FSPMS teve associação significativa com maior escore de RP ($p=0,037$). Ter ansiedade ($p=0,043$), elevado escore de trauma precoce ($p=0,001$), dependência de nicotina ($p=0,006$) e doença pulmonar ($p=0,037$) foram associados significativamente com maiores escores de RN. Não estar trabalhando ($p=0,016$), não usar bebidas alcoólicas ($p=0,043$), ser dependente de nicotina ($p=0,017$) e fumar há mais de 40 anos ($p=0,032$) foram associados significativamente com maior escore de CPA (Tabela 1).

Após a regressão linear multivariada por fatores do S-SCQ, ter parceiro que também é HIV está associado significativamente com maiores escores de CN ($p=0,047$). Não ter parceiro que também é HIV apresentou maiores escores de RP ($p=0,045$), assim como, ter tido relações sexuais nos últimos 12 meses aumentou os escores ($p=0,003$) e FSPMS ($p=0,020$). Em relação ao fator RN, não estar trabalhando ($p=0,042$) e fumar mais de 30 cigarros por dia ($p=0,018$) foi associado significativamente com maiores escores de percepção de RN. Não estar trabalhando foi associado significativamente com maiores escores da CPA ($p=0,051$); bem como, não usar hipnóticos/sedativos ($p=0,053$) e ser fumante há mais de 40 anos ($p=0,031$) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores associados à expectativa do resultado de fumar em PVHA. Os achados revelaram que, ter parceiro que também tem o diagnóstico de HIV se associou com escores elevados de CN; não ter parceiro que também é HIV, ter tido relações sexuais nos últimos 12 meses e FSPMS foram associados à maiores escores de RP; não estar trabalhando e fumar mais de 30 cigarros por dia foram associados a maiores escores de RN; não estar trabalhando, não usar

hipnóticos/sedativos e ser fumante há mais de 40 anos foram associados a maiores escores de CPA.

O estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, a amostra foi de conveniência limitando a extrapolação dos achados apenas aos pacientes que frequentam serviços de referência ao HIV/AIDS. Contudo, é importante sinalizar que o local do estudo é o centro de referência no tratamento em HIV/AIDS da metade sul do estado realizando cerca de 4000 atendimentos ao ano³². A coleta de dados foi realizada em um único momento no tempo em desenho transversal, sendo mais difícil estabelecer uma relação temporal entre os eventos e considerar com maior grau de certeza se a relação entre eles é causal ou não. E por último, o potencial viés de memória em relação ao consumo de tabaco no período referido.

Nossos achados evidenciaram que aquele indivíduo que tem um parceiro que também é HIV tem uma maior compreensão e percepção dos riscos do tabagismo para a sua vida e saúde, bem como, tendência àqueles que preencheram critérios diagnósticos para TDM. Isso provavelmente ocorra pelo fato de que a convivência com companheiro(a) com HIV pode aumentar a quantidade e qualidade das informações sobre o diagnóstico e tratamento. Tidey e Rohsenow³³ encontraram que a motivação para parar de fumar na esquizofrenia pode aumentar se forem fornecidas informações mais específicas sobre as consequências negativas do tabagismo para essa população o que potencialmente sinalizaria a maior motivação destes pacientes. Contudo, o mesmo constructo de CN apresentou tendência de associação com o diagnóstico de TDM.

Estudos evidenciam que a prevalência de depressão em PVHA seja alta (de 20 a 49 %) ^{34,35}. A frequente coocorrência de depressão e tabagismo é bem documentada, e o trabalho empírico sugere que as relações entre tabagismo e depressão podem ser bidirecionais^{36,37}. Há evidências que a nicotina interfere nos sistemas neuroquímicos, que por sua vez, afetam circuitos neurais, tais como mecanismos reforçadores associados à regulação do humor³⁸. Essa condição pode influenciar negativamente a motivação para mudança, tendo em vista que pesquisas sugerem que fumantes deprimidos têm maior dificuldade para cessar o tabagismo do que a população em geral³⁹. Intervenções para parar de fumar que incluem componentes de gerenciamento de humor melhoram os resultados de parar em comparação com as intervenções padrão^{40,41}, sugerindo a importância de abordar os sintomas depressivos durante os esforços de cessação do tabagismo. Bem como, enfatizar os efeitos físicos nocivos do tabagismo e os benefícios físicos da desistência podem ser importantes para motivar

alguns pacientes⁴². Intervenções motivacionais e que incluam a regulação do humor podem ser mais indicadas para pessoas com HIV que tenham parceiro HIV, especialmente se aplicadas ao casal^{43,44,45}.

Em contrapartida, aqueles que não tem parceiro HIV apresentaram maiores escores de RP ao tabagismo. Os escores de RP ainda se associou a pacientes com relato de comportamento sexual nos últimos 12 meses e que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo. Estes resultados indicam que não ter parceiro HIV e FSPMS podem apresentar a maior ativação de sistema de recompensas vinculados a conduta tabagista. Tendo em vista que, a dopamina tem um importante papel na regulação do reforço e da recompensa, as atividades naturalmente gratificantes - a fim de proporcionar um reforço normal dos comportamentos adaptativos - (como fazer sexo ou consumir tabaco) podem causar aumentos rápidos da dopamina na via mesolímbica, estimulando o sistema de recompensa⁴⁶. Indivíduos com HIV que estão abstinentes de sexo podem apresentar pouco prazer no engajamento nessas atividades⁴⁷. A percepção de estigma social negativo de pessoas que FSPMS⁴⁸ pode influenciar negativamente a ativação deste sistema de recompensa em relação ao comportamento sexual fazendo com que de forma compensatória o consumo do tabaco represente maior ativação. Desta forma, o perfil de pacientes que FSPMS e não tem companheiro(a) com HIV possa contar com intervenção que proponha comportamentos alternativos ao tabagismo para ativação do mesmo sistema de recompensas, estimulando outras atividades prazerosas⁴⁶.

Estudo realizado por Brandon (1994) evidenciou que os sujeitos que fumavam todos os dias relataram maiores expectativas de que os cigarros aliviavam os efeitos negativos do que fumantes ocasionais, ex-fumantes e não-fumantes⁴⁹. Corroborando com nossos achados, de que quanto maior o número de cigarros fumados por dia maiores os escores de RN. Sendo assim, os tabagistas acreditam que o cigarro pode ser usado para regular o afeto, especialmente nos indivíduos que fumam mais de 30 cigarros ao dia. Peasley-Miklus e colaboradores ao estudar a preocupação perceberam que fumar pode servir como um sinal de segurança para redução de afeto negativo (percebido ou objetivamente)⁵⁰. Os fumantes que têm uma propensão mais forte a evitar cognitivamente experiências internas desconfortáveis relacionadas ao tabagismo são mais propensos a experimentar subjetivamente níveis mais elevados de afeto negativo⁵¹.

Dessa forma, ajudar os fumantes com alta preocupação a parar de fumar pode precisar envolver a exposição ao afeto negativo para promover processamento e promoção de regulação emocional mais adaptativa como o gerenciamento de humor.

Este perfil de paciente na população HIV ainda contou com a característica de não apresentar trabalho remunerado. Estudos mostram que as pessoas desempregadas têm maior probabilidade de fumar do que as pessoas empregadas^{52,53,54}. Há evidências de que a perda de emprego é um fator de risco para aumentar o tabagismo e que esses efeitos podem ser duradouros^{55,56,57}. Assim, PVHA que não trabalham e fazem uso intenso de cigarro podem se beneficiar de intervenções que contemplem regulação de afeto.

Da mesma forma a ausência de trabalho esteve associada com o uso do cigarro no controle de peso e apetite. O estresse psicossocial, do qual o desemprego é uma fonte estabelecida, tem relação causal com a instabilidade do peso corporal (tanto o baixo peso quanto a obesidade)^{58,59}. Anteriormente à TARV as PVHA eram acometidas por desnutrição e carências nutricionais. Neste estudo, observou-se que houve elevados números de indivíduos com eutrofia e sobrepeso, espelhando a progressão dessas condições em pacientes infectados pelo HIV. Dados obtidos no estudo realizado por Obry-Roguet et al evidenciou que a intoxicação por tabaco estava associada ao sobrepeso e/ou obesidade nos pacientes infectados pelo HIV⁶⁰. Para muitos fumantes, as preocupações com o peso ou medo do ganho de peso são motivadores para começar a fumar e/ou continuar fumando. Ganho de peso é citado como a principal razão para não tentar parar de fumar e para recair após a cessação³⁰. Isso provavelmente deva explicar os altos escores de CPA na nossa amostra, tendo em vista que a ingestão de nicotina parece estar associada à saciedade e à retirada da nicotina com fome e aumento do consumo alimentar⁶¹. Ou seja, o cigarro acaba sendo usado para reduzir o apetite, como evidenciou o estudo de Li N et al⁶².

No entanto, estudos relataram sucesso para a cessação do tabagismo quando combina estratégias para perda de peso e cessação^{63,64}. A compreensão do mecanismo metabólico pelo qual a cessação do tabagismo leva ao ganho de peso pode ser importante para o desenvolvimento de intervenções específicas que previnam ou atenuam este ganho de peso e maximizem o sucesso da cessação do tabagismo em longo prazo.

O mesmo nível elevado deste constructo apresentou relação com não uso de hipnóticos/sedativos. Alguns autores defendem que os pacientes recorrem ao tabagismo como uma automedicação ansiolítica⁶⁵, para estabilizar o humor e para relaxamento, bem como aliviar o estresse^{66,67}. Dada a meia-vida curta da nicotina que resulta em sintomas de abstinência (incluindo sintomas de humor) após um curto período de

abstinência, os fumantes podem atribuir erroneamente o alívio da abstinência a curto prazo, refletindo um efeito ansiolítico genuíno do tabagismo⁶⁸. É possível que o uso destes fármacos representem as estratégias de controle de peso e apetite. Assim, este perfil de PVHA podem se beneficiar com intervenções voltadas para o manejo de ansiedade e estresse, bem como, regulação do afeto.

Com o estudo, conseguimos identificar alguns elementos que estão associados aos fatores das consequências do tabagismo, sendo possível fazer algumas inferências sobre manejo de intervenções mais adequadas para cada perfil.

Uma das abordagens de mudança comportamental mais utilizadas e recomendadas para ajudar as pessoas a parar de fumar é a entrevista motivacional (EM)^{21,69}. Utilizando a EM há a possibilidade de trabalhar com aqueles pacientes ambivalentes em relação a cessação do tabagismo, de modo a aumentar a motivação para a mudança de comportamento através um estilo de comunicação orientado por objetivos⁷⁰. Esta abordagem poderá ser utilizada com as PVHA tabagistas que tenham parceiro HIV e que apresentem alguma sintomatologia de depressão, tendo em vista a necessidade, pelo perfil apresentado, de intervenções motivacionais que incluam a regulação do afeto.

Uma metanálise realizada por Ali e colaboradores evidenciou que, independentemente da prontidão para parar de fumar, intervenções farmacológicas e comportamentais - bem como combinadas - podem aumentar a motivação e a intenção de parar de fumar⁷¹. Pesquisas indicam que, o afeto negativo é preditivo de maiores barreiras à cessação do tabagismo, ocorrendo uma expectativa de que o cigarro alivie os estados afetivos negativos^{50,72,73}. Aqueles que fumam quando experimentam afeto negativo, ao invés de empregar outras estratégias efetivas de regulação de emoções, têm mais probabilidade de recair ao tabagismo^{74,75}. Como a redução ou o alívio dos estados afetivos negativos muitas vezes motiva o comportamento de fumar e contribui para resultados ruins de cessação, as dificuldades que regulam o afeto negativo podem servir como um desses mecanismos. Sendo necessário então intervenções adequadas e específicas para a cessação do tabagismo, que trabalhem com as dificuldades de regulação da emoção em termos da associação entre afeto negativo e processos cognitivos relacionados ao tabagismo. Pode ser útil direcionar as dificuldades de regulação da emoção no contexto de intervenções para cessação do tabagismo ou motivar os fumantes a parar de fumar. Utilizar técnicas de exposição emocional (prática de tentativas de abandono) pode permitir que os fumantes pratiquem a aplicação de

estratégias eficazes de regulação de emoções quando experimentam emoções negativas sem depender do fumo⁷⁶. Desta forma, se beneficiarão dessas intervenções o perfil de pacientes que FSPMS e não tem companheiro (a) com HIV, tendo em vista que, é importante propor comportamentos alternativos ao tabagismo para a ativação do sistema de recompensa. Bem como, as PVHA que não trabalham e fazem o uso intenso do cigarro para o gerenciamento do humor se beneficiariam de estratégias de regulação emocional mais adaptativas.

Nesse sentido, outra abordagem necessária é a adaptação de intervenções para um grupo específico de fumantes que utilizam o cigarro como estratégia para controle de peso e apetite, sendo necessária a compreensão da relação entre tabagismo e peso corporal⁷⁷. Além disso, uma possibilidade é melhorar a qualidade da dieta e aumentar atividades físicas para ajudar a manutenção do peso depois da cessação do tabagismo⁷⁸. Exercício também pode melhorar a abstinência de fumar a curto prazo⁷⁹, sendo que o mecanismo pelo qual a atividade física reduz o desejo de fumar e sintomas de abstinência da nicotina é distinto da distração cognitiva simples⁸⁰. Além disso, uma associação positiva significativa foi encontrada entre a autoeficácia para parar de fumar e a autoeficácia para manter atividade física⁸¹. Aqueles tabagistas com maior tempo do uso de cigarro e que não trabalham, podem se beneficiar de intervenções voltadas para manejo de ansiedade bem como, aquelas que previnam ou atenuam o ganho de peso.

REFERÊNCIAS

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The Gap Report 2014. [acesso em 22 out 2018]. Disponível em: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716_UNAIDS_gap_report.
2. Ehren K, Hertenstein C, Kümmerle T, Vehreschild JJ, Fischer J, Gillor D, et al. Causes of death in HIV-infected patients from the Cologne-Bonn cohort. *Infect*. 2014; 42(1): 135-40.
3. Pines H, Koutsky L, Buskin S. Cigarette smoking and mortality among HIV-infected individuals in Seattle, Washington (1996–2008). *AIDS Behav*. 2011; 15(1): 243-51.
4. Grinspoon SK, Grunfeld C, Kotler DP, Currier JS, Lundgren JD, Dubé MP, et al. State of the science conference: Initiative to decrease cardiovascular risk and increase

quality of care for patients living with HIV/AIDS: executive summary. *Circulation*. 2008; 118(6): 198-210.

5. Samji H, Cescon A, Hogg RS, Modur SP, Althoff KN, Buchacz K, et al. Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PLoS One*. 2013; 18;8(12): e81355.

6. Crothers K, Goulet JL, Rodriguez-Barradas MC, Gibert CL, Butt AA, Braithwaite RS, et al. Decreased awareness of current smoking among health care providers of HIV-positive compared to HIV-negative veterans. *J Gen Intern Med*. 2007; 22(6): 749-54.

7. Niaura R, Shadel WG, Morrow K, Tashima K, Flanigan T, Abrams DB. Human immunodeficiency virus infection, AIDS, and smoking cessation: the time is now. *Clin Infect Dis*. 2000; 31(3): 808-12.

8. Vidrine DJ. Cigarette smoking and HIV/AIDS: health implications, smoker characteristics and cessation strategies. *AIDS Educ Prev*. 2009; 21(3 Suppl): 3-13.

9. Mamary EM, Bahrs D, Martinez S. Cigarette smoking and the desire to quit among individuals living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*. 2002; 16(1): 39-42.

10. Burkhalter JE, Springer CM, Chhabra R, Ostroff JS, Rapkin BD. Tobacco use and readiness to quit smoking in low-income HIV-infected persons. *Nicotine Tob Res*. 2005; 7(4): 511-22.

11. Humfleet GL, Delucchi K, Kelley K, Hall SM, Dilley J, Harrison G. Characteristics of HIV-positive cigarette smokers: a sample of smokers facing multiple challenges. *AIDS Educ Prev*. 2009; 21(3 Suppl): 54-64.

12. Reynolds NR. Cigarette smoking and HIV: more evidence for action. *AIDS Educ Prev*. 2009; 21(Suppl 3): 106-21.

13. Lifson AR, Neuhaus J, Arribas JR, van den Berg-Wolf M, Labriola AM, Read TRH, et al. Smoking-related health risks among persons with HIV in the strategies for management of antiretroviral therapy clinical trial. *Am J Public Health*. 2010; 100(10): 1896-903.

14. Ingersoll KS, Cropsey KL, Heckman CJ. A Test of motivational plus nicotine replacement interventions for HIV positive smokers. *AIDS Behav.* 2009; 13(3): 545-54.
15. Webb MS, Venable PA, Carey MP, Blair DC. Medication adherence in HIV-infected smokers: the mediating role of depressive symptoms. *AIDS Educ Prev.* 2009; 21(3 Suppl): 94-105.
16. Benard A, Bonnet F, Tessier JF, Fossoux H, Dupon M, Mercie P, et al. Tobacco addiction and HIV infection: toward the implementation of cessation programs. ANRS CO3 Aquitaine Cohort. *AIDS Patient Care STDS.* 2007; 21(7): 458-68.
17. Nahvi S, Cooperman NA. Review: the need for smoking cessation among HIV-positive smokers. *AIDS Educ Prev.* 2009; 21(3 Suppl): 14-27.
18. Chapman E. Body image issues among individuals with HIV and AIDS. In: Cash TF, Pruzinsky, T editors. *Body image: A handbook of theory, research, & clinical practice.* New York: The Guilford Press; 2002. p. 395-404.
19. Collins E, Wagner C, Walmsley S. Psychosocial impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection. *AIDS Read.* 2000; 10(9): 546-50.
20. Perkins KE. Issues in the prevention of weight gain after smoking cessation. *Ann Behav Med.* 1994; 16(1): 46-52.
21. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care.* 2008; 53(9): 1217-22.
22. Sá Barbosa A, Sá Barbosa L, Rodrigues L, Oliveira KL, Argimon IIL. Múltiplas definições de ser fumante e diagnóstico de tabagismo: uma revisão sistemática. *Aletheia.* 2014; 45: 190-201.
23. Ministério da Saúde [acesso em 22 out 2018]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/804-ime/40509-ime-em-adultos>.
24. World Health Organization [acesso em 22 out 2018]. Disponível em: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_text/en/.

25. Botega NJ, Bio MC, Zomignani MA, Garcia Jr, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev. Saúde Pública*. 1995; 29(5): 355-63.
26. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The mini international neuropsychiatric interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59(suppl 20): 22-33.
27. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991; 86(9): 1119-27.
28. Ferreira PL, Quintal C, Lopes I, Taveira N. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Rev Port Sau Pub*. 2009; 27(2): 37-56.
29. Oliveira RG, Stein LM, Pezzi JC. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into portuguese language. *Rev Sau Pub*. 2006; 40(2): 249-55.
30. Brandon TH, Baker TB. The smoking consequences questionnaire: The subjective expected utility of smoking in college students. *Psychol Assess*. 1991; 3(3): 484-91.
31. Souza MS, Araujo JMG, Souza LDM. Psychometric validation of the Short Form of the Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ) for Brazil. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(11): 3947-55.
32. Lhullier SAS. Fatores associados a não adesão aos retrovirais através do registro de dispensação de farmácia em um centro de referência no Sul do Brasil. Dissertação [Mestrado em Saúde e Comportamento] – Universidade Católica de Pelotas; 2015.
33. Tidey JW, Rohsenow DJ. Smoking expectancies and intention to quit in smokers with schizophrenia, schizoaffective disorder and non-psychiatric controls. *Schizophr Res*. 2009; 115(2-3): 310-6.

34. Tucker JS, Burnam MA, Sherbourne CD, Kung FY, Gifford AL. Substance use and mental health correlates of nonadherence to antiretroviral medications in a sample of patients with human immunodeficiency virus infection. *Am J Med.* 2003; 114(7): 573-80.
35. Gaynes BN, O'Donnell J, Nelson E, Heine A, Zinski A, Edwards M. Psychiatric comorbidity in depressed HIV-infected individuals: common and clinically consequential. *Gen Hosp Psychiatry.* 2015; 37(4): 277-82.
36. Leventhal AM, Japuntich SJ, Piper ME, Jorenby DE, Schlam TR, Baker TB. Isolating the role of psychological dysfunction in smoking cessation: relations of personality and psychopathology to attaining cessation milestones. *Psychol Addict Behav.* 2012; 26(4): 838-49.
37. Weinberger AH, Pilver CE, Desai RA, Mazure CM, McKee SA. The relationship of dysthymia, minor depression, and gender to changes in smoking for current and former smokers: longitudinal evaluation in the U.S. population. *Drug Alcohol Depend.* 2013; 127(1-3): 170-6.
38. Windle M, Windle RC. Depressive symptoms and cigarette smoking among middle adolescents: prospective associations and intrapersonal and interpersonal influences. *J Consult Clin Psychol.* 2001; 69(2): 215-26.
39. Weinberger AH, Mazure CM, Morlett A, McKee SA. Two decades of smoking cessation treatment research on smokers with depression: 1990-2010. *Nicotine Tob Res.* 2013; 15(6): 1014-31.
40. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 21(8): CD006102.
41. Gierisch JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams JW Jr. Smoking cessation interventions for patients with depression: a systematic review and metaanalysis. *J Gen Intern Med.* 2012; 27(3): 351-60.

42. Rae J, Pettey D, Aubry T, Stol J. Factors affecting smoking cessation efforts of people with severe mental illness: a qualitative study. *J Dual Diagn.* 2015; 11(1): 42-9.
43. Margolis R, Wright L. Better off alone than with a smoker: the influence of partner's smoking behavior in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2016; 71(4): 687-97.
44. Falba TA, Sindelar JL. Spousal concordance in health behavior change. *Health Serv Res.* 2008; 43(1): 96-116.
45. Reczek C, Umberson D. Gender, health behavior, and intimate relationships: lesbian, gay, and straight contexts. *Soc Sci Med.* 2012; 74(11): 1783-90.
46. Stahl SM. *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas.* Tradução Patricia Lydie Voeux. Revisão técnica Irismar Reis de oliveira. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Hoogan; 2019. p.
47. Byers ES, O'Sullivan LF, Brotto LA. Time out from sex or romance: sexually experienced adolescents' decisions to purposefully avoid sexual activity or romantic relationships. *J Youth Adolesc.* 2016; 45(5): 831-45.
48. Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychol Bull.* 2009; 135(5): 707-30.
49. Brandon TH. *Negative Affect as Motivation to Smoke.* Sage Publications, Inc. 1994; 3(2): 33-7.
50. Peasley-Miklus CE, McLeish AC, Schmidt NB, Zvolensky MJ. An examination of smoking outcome expectancies, smoking motives and trait worry in a sample of treatment-seeking smokers. *Addict Behav.* 2012; 37(4): 407-13.
51. Farris SG, Zvolensky MJ, Schmidt NB. Smoking-specific experiential avoidance cognition: explanatory relevance to pre- and post-cessation nicotine withdrawal, craving and negative affect. *Addict Behav.* 2015; 44: 58-64.
52. Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health.* 1994; 48(4): 333-7.

53. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *J Appl Psychol.* 2005; 90(1):53-76.
54. Wang Q, Shen JJ, Cochran C. Unemployment rate, smoking in China: are they related? *Int J Environ Res Public Health.* 2016; 13(1). pii: E113.
55. Hammarstrom A, Janlert U. Unemployment – an important predictor for future smoking: a 14-year follow-up study of school leavers. *Scand J Public Health.* 2003; 31(3): 229-32.
56. Falba T, Teng HM, Sindelar JL, Gallo WT. The effect of involuntary job loss on smoking intensity and relapse. *Addiction.* 2005; 100 (9): 1330-9.
57. Arcaya M, Glymour MM, Christakis NA, Kawachi I, Subramanian SV. Individual and spousal unemployment as predictors of smoking and drinking behavior. *Soc Sci Med.* 2014; 110: 89–95.
58. Jahoda M. Work, employment, and unemployment - values, theories, and approaches in social-research. *Am Psychol.* 1981; 36(2): 184-91.
59. Bolton KL, Rodriguez E. Smoking, drinking and body weight after re-employment: does unemployment experience and compensation make a difference? *BMC Public Health.* 2009; 9:77.
60. Obry-Roguet V, Bréigéon S, Cano CE, Lions C, Zaegel-Faucher O, Laroche H, et al. Risk factors associated with overweight and obesity in HIV-infected people aging, behavioral factors but not cART in a cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* 2018; 97(23): e10956.
61. Pengpida S, Peltzer K. Associations between behavioural risk factors and overweight and obesity among adults in population-based samples from 31 countries. *Obes Res Clin Pract.* 2017; 11(2):158-66.

62. Li N, Spiegelman D, Drain P, Mwiru RS, Mugusi F, Chalamilla G, et al. Predictors of weight loss after HAART initiation among HIV-infected adults in Tanzania. *AIDS*. 2012; 26(5): 577-85.
63. Norregaard J, Jorgensen S, Mikkelsen KL, Tonnesen P, Iversen E, Sorensen T, et al. The effect of ephedrine plus caffeine on smoking cessation and postcessation weight gain. *Clin Pharmacol Ther*. 1996; 60(6): 679-86.
64. Danielsson T, Rössner S, Westin A. Open randomised trial of very low energy diet together with nicotine gum for stopping smoking in women who gained weight in previous attempts to quit. *BMJ*. 1999; 319(7208): 490-3.
65. Tjora T, Hetland J, Aaro LE, Overland S. Distal and proximal family predictors of adolescents' smoking initiation and development: a longitudinal latent curve model analysis. *BMC Public Health*. 2011; 11:911.
66. McEwen A, West R, McRobbie H. Motives for smoking and their correlates in clients attending Stop Smoking treatment services. *Nicotine Tob Res*. 2008; 10(5): 843-50.
67. Clancy N, Zwar N, Richmond R. Depression, smoking and smoking cessation: a qualitative study. *Fam Pract*. 2013; 30(5): 587-92.
68. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014; 348:g1151.
69. Lindqvist H, Forsberg L, Enebrink P, Andersson G, Rosendahl I. The relationship between counselors' technical skills, clients' in-session verbal responses, and outcome in smoking cessation treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2017; 77:141-9.
70. Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2013.
71. Ali A, Kaplan CM, Derefinko KJ, Klesges RC. Smoking cessation for smokers not ready to quit: meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *Am J Prev Med*. 2018; 55(2): 253-62.

72. Gregor KL, Zvolensky MJ, McLeish AC, Bernstein A, Morissette S. Anxiety sensitivity and perceived control over anxiety-related events: associations with smoking outcome expectancies and perceived cessation barriers among daily smokers. *Nicotine Tob Res.* 2008; 10(4): 627-35.
73. Zvolensky MJ, Feldner MT, Leen-Feldner E, Bonn-Miller MO, McLeish AC, Gregor K. Evaluating the role of anxiety sensitivity in smoking outcome expectancies among regular smokers. *Cognit Ther Res.* 2004; 28(4): 473-86.
74. Shiffman S, Balabanis MH, Gwaltney CJ, Paty JA, Gnys M, Kassel JD. Prediction of lapse from associations between smoking and situational antecedents assessed by ecological momentary assessment. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 91(2-3): 159-68.
75. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Majeskie MR, Fiore MC. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychol Rev.* 2004; 111(1): 33-51.
76. Otto MW, Powers MB, Fischmann D. Emotional exposure in the treatment of substance use disorders: conceptual model, evidence, and future directions. *Clin Psychol Rev.* 2005; 25(6): 824-39.
77. Wang Q. Smoking and body weight: evidence from China health and nutrition survey. *BMC Public Health.* 2015; 15:1238.
78. Hu Y, Zong G, Liu G, Wang M, Rosner B, Pan A, et al. Smoking cessation, weight change, type 2 diabetes, and mortality. *N Engl J Med.* 2018; 379(7): 623-32.
79. Prochaska JJ, Hall SM, Humfleet G, Munoz RF, Reus V, Gorecki J, et al. Physical activity as a strategy for maintaining tobacco abstinence: a randomized trial. *Prev Med.* 2008; 47(2): 215-20.
80. Daniel JZ, Cropley M, Fife-Schaw C. The effect of exercise in reducing desire to smoke and cigarette withdrawal symptoms is not caused by distraction. *Addiction.* 2006; 101(8): 1187-92.

81. Boudreaux ED, Francis JL, Carmack Taylor CL, Scarinci IC, Brantley PJ. Changing multiple health behaviors: Smoking and exercise. *Prev Med.* 2003; 36(4): 471-8.

Tabela 1- Comparação entre variáveis de paciente vivendo com HIV/AIDS e os dos fatores associados ao tabagismo. (Continua)

Variáveis independentes	Consequências Negativas	p valor	Reforço Positivo	p valor	Reforço Negativo	p valor	Controle de peso/apetite	p valor
	Mediana (IIQ)		Mediana (IIQ)		Mediana (IIQ)		Mediana (IIQ)	
Sexo								
Masculino	35,00 (31,00 – 36,00)	0,907	25,00 (15,00 – 34,00)	0,088	47,50 (33,24 – 61,00)	0,168	18,00 (5,00 – 27,75)	0,763
Feminino	35,00 (30,00 – 36,00)		21,00 (10,00 – 31,50)		55,00 (38,00 – 63,00)		18,00 (2,00 – 35,00)	
Escolaridade		0,234		0,116		0,230		0,161
8 anos ou menos de estudo	34,00 (28,00 – 36,00)		24,00 (12,00 – 34,50)		54,00 (35,50 – 63,00)		20,00 (1,00 – 33,00)	
9 anos ou mais de estudo	36,00 (31,25 – 36,00)		21,00 (10,25 – 28,75)		49,50 (36,94 – 56,75)		10,00 (3,25 – 23,50)	
Estar trabalhando		0,516		1,000		0,059		0,016
Não	33,50 (29,25 – 36,00)		24,00 (10,50 – 34,00)		55,00 (39,50 – 63,00)		22,00 (8,00 – 34,50)	
Sim	35,00 (31,00 – 36,00)		22,50 (13,00 – 32,75)		47,50 (31,50 – 60,75)		10,50 (0,00 – 24,75)	
Ter relacionamento estável (duração de um ano ou mais)		0,737		0,890		0,848		0,645
Não	35,00 (30,00 – 36,00)		23,00 (10,75 – 34,00)		53,00 (36,69 – 62,25)		18,00 (5,00 – 32,25)	
Sim	35,50 (30,75 – 36,00)		23,00 (13,00 – 33,00)		54,00 (36,00 – 63,00)		18,00 (1,00 – 28,00)	
Ter parceiro HIV		0,084		0,062		0,066		0,709
Não	33,00 (28,00 – 36,00)		25,00 (13,00 – 34,00)		49,00 (31,50 – 62,00)		18,00 (5,00 – 30,00)	
Sim	36,00 (32,00 – 36,00)		19,00 (5,00 – 28,00)		55,00 (44,00 – 63,00)		20,00 (2,00 – 36,00)	
Teve relações sexuais nos últimos 12 meses		0,094		0,066		0,476		0,375
Não	36,00 (31,50 – 36,00)		12,00 (4,50 – 28,75)		53,50 (38,00 – 63,00)		19,00 (5,00 – 35,25)	
Sim	34,00 (29,75 – 36,00)		24,00 (13,00 – 34,00)		53,00 (36,00 – 61,00)		18,00 (2,00 – 29,00)	
Teve relações sexuais, nos últimos 12 meses, em que pagou ou recebeu		0,184		0,308		0,280		0,361
Não	35,50 (31,00 – 36,00)		23,00 (11,25 – 32,75)		52,50 (36,00 – 62,00)		17,50 (2,00 – 30,75)	
Sim	34,00 (26,00 – 36,00)		24,00 (16,50 – 40,00)		57,00 (46,00 – 63,00)		25,00 (8,00 – 31,00)	

Tabela 1 – Continuação

Variáveis independentes	Consequências Negativas	<i>p valor</i>	Reforço Positivo	<i>p valor</i>	Reforço Negativo	<i>p valor</i>	Controle de peso/apetite	<i>p valor</i>
Nas últimas três vezes, em que teve relações sexuais, em quantas usou camisinha		<i>0,103</i>		<i>0,544</i>		<i>0,074</i>		<i>0,136</i>
Nenhuma vez	36,00 (31,00 – 36,00)		24,00 (12,00 – 36,25)		57,00 (47,00 – 63,00)		19,00 (3,75 – 34,50)	
Uma vez	32,00 (31,75 – 36,00)		23,50 (1,50 – 39,00)		51,00 (20,25 – 63,00)		30,50 (10,50 – 45,00)	
Duas vezes	31,00 (19,50 – 32,50)		12,00 (2,50 – 26,50)		36,92 (25,50 – 52,00)		0,00 (0,00 – 14,50)	
Três vezes	35,00 (29,75 – 36,00)		24,00 (12,00 – 31,00)		50,00 (35,00 – 60,00)		18,00 (3,00 – 30,00)	
Pessoas que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo		<i>0,566</i>		<i>0,037</i>		<i>0,589</i>		<i>0,833</i>
Não	34,00 (30,00 – 36,00)		21,00 (11,50 – 30,75)		54,00 (36,00 – 63,00)		17,50 (1,25 – 34,25)	
Sim	35,50 (30,75 – 36,00)		27,00 (20,50 – 35,50)		49,00 (37,50 – 61,50)		19,00 (8,00 – 27,50)	
Uso de medicação para o HIV nos últimos 12 meses		<i>0,752</i>		<i>0,661</i>		<i>0,859</i>		<i>0,319</i>
Não	36,00 (27,25 – 36,00)		26,00 (13,25 – 37,00)		53,00 (31,00 – 63,00)		14,00 (1,50 – 21,75)	
Sim	36,00 (30,00 – 36,00)		23,00 (11,25 – 33,75)		52,50 (35,25 – 62,75)		18,00 (4,25 – 32,00)	
Teve auxílio para usar a medicação, nos últimos 3 meses		<i>0,004</i>		<i>0,647</i>		<i>0,860</i>		<i>0,930</i>
Não	36,00 (31,00 – 36,00)		23,00 (10,50 – 34,00)		51,00 (34,00 – 63,00)		19,00 (3,50 – 33,50)	
Sim	29,50 (25,25 – 33,75)		23,00 (12,50 – 33,50)		55,00 (35,00 – 60,00)		18,00 (5,00 – 29,50)	
Teve alguma hospitalização por problemas relacionados ao HIV		<i>0,392</i>		<i>0,270</i>		<i>0,110</i>		<i>0,417</i>
Não	35,50 (30,75 – 36,00)		23,50 (12,00 – 34,00)		54,00 (37,25 – 63,00)		18,50 (4,25 – 30,75)	
Sim	33,00 (28,00 – 36,00)		22,00 (3,50 – 29,00)		45,00 (24,50 – 56,14)		10,00 (0,00 – 33,00)	

Tabela 1 – Continuação

Variáveis independentes	Consequências Negativas	<i>p</i> valor	Reforço Positivo	<i>p</i> valor	Reforço Negativo	<i>p</i> valor	Controle de peso/apetite	<i>p</i> valor
Teve alguma hospitalização psiquiátrica		<i>0,136</i>		<i>0,562</i>		<i>0,975</i>		<i>0,776</i>
Não	35,00 (31,00 – 36,00)		23,00 (12,00 – 34,00)		53,00 (36,00 – 63,00)		18,00 (2,00 – 30,00)	
Sim	30,00 (27,00 – 36,00)		22,50 (9,00 – 30,75)		54,00 (41,50 – 57,75)		14,50 (5,75 – 33,00)	
Uso de bebidas Alcoólicas		<i>0,229</i>		<i>0,370</i>		<i>0,615</i>		<i>0,043</i>
Não	36,00 (32,00 – 36,00)		24,00 (12,00 – 36,75)		53,00 (36,50 – 63,00)		22,00 (2,75 – 36,00)	
Sim	34,00 (28,00 – 36,00)		23,00 (11,00 – 31,00)		53,00 (36,00 – 61,50)		13,00 (2,50 – 24,50)	
Uso de hipnóticos / sedativos		<i>0,246</i>		<i>0,511</i>		<i>0,559</i>		<i>0,193</i>
Não	35,50 (31,00 – 36,00)		23,00 (12,00 – 34,00)		53,00 (37,75 – 63,00)		18,50 (2,00 – 33,50)	
Sim	33,00 (28,00 – 36,00)		24,00 (7,00 – 33,00)		54,00 (28,00 – 61,00)		10,00 (3,00 – 24,00)	
IMC		<i>0,279</i>		<i>0,705</i>		<i>0,495</i>		<i>0,254</i>
Eutrófico	34,00 (29,25 – 36,00)		24,00 (12,50 – 30,50)		54,00 (37,00 – 63,00)		18,00 (5,00 – 32,50)	
Sobrepeso e Obesidade	36,00 (31,50 – 36,00)		23,00 (11,50 – 36,50)		51,00 (32,50 – 60,50)		14,00 (5,00 – 27,00)	
Alteração na ingestão alimentar		<i>0,988</i>		<i>0,863</i>		<i>0,987</i>		<i>0,908</i>
Não	34,50 (31,00 – 36,00)		23,00 (11,25 – 33,50)		52,50 (36,00 – 63,00)		18,00 (2,00 – 29,75)	
Sim	36,00 (29,00 – 36,00)		24,00 (12,25 – 33,75)		55,00 (36,23 – 61,75)		17,00 (5,00 – 30,75)	
Ansiedade		<i>0,046</i>		<i>0,545</i>		<i>0,043</i>		<i>0,953</i>
Não	33,00 (28,00 – 36,00)		23,00 (12,75 – 32,50)		48,50 (33,75 – 59,25)		18,00 (2,00 – 30,00)	
Sim	36,00 (32,00 – 36,00)		23,00 (8,75 – 33,25)		56,50 (39,00 – 63,00)		17,50 (5,00 – 32,25)	
Transtorno Depressivo		<i>0,807</i>		<i>0,100</i>		<i>0,204</i>		<i>0,677</i>
Não	35,00 (30,75 – 36,00)		22,00 (11,00 – 31,00)		51,50 (36,00 – 61,00)		18,00 (5,00 – 30,00)	
Sim	34,50 (28,00 – 36,00)		28,50 (18,00 – 39,75)		58,50 (36,25 to 63,00)		16,50 (0,00 – 38,50)	
Risco de suicídio		<i>0,974</i>		<i>0,218</i>		<i>0,066</i>		<i>0,848</i>
Não	34,50 (31,00 – 36,00)		22,50 (12,00 – 31,00)		51,50 (35,50 – 61,25)		18,00 (2,75 – 29,25)	
Sim	35,50 (28,75 – 36,00)		27,00 (11,75 – 39,25)		58,00 (39,50 – 63,00)		16,50 (1,50 – 35,25)	

Tabela 1 – Continuação

Variáveis independentes	Consequências Negativas	<i>p valor</i>	Reforço Positivo	<i>p valor</i>	Reforço Negativo	<i>p valor</i>	Controle de peso/apetite	<i>p valor</i>
Transtorno bipolar		<i>0,436</i>		<i>0,182</i>		<i>0,120</i>		<i>0,974</i>
Não	34,00 (31,00 – 36,00)		24,00 (13,00 – 34,50)		49,00 (34,50 – 62,00)		18,00 (1,50 – 30,50)	
Sim	36,00 (29,25 – 36,00)		22,00 (9,00 – 28,50)		56,50 (43,75 – 63,00)		18,00 (5,00 – 31,00)	
TOC		<i>0,895</i>		<i>0,386</i>		<i>0,252</i>		<i>0,374</i>
Não	35,00 (31,00 – 36,00)		23,00 (12,00 – 31,00)		51,00 (36,00 – 62,00)		18,00 (2,00 – 30,00)	
Sim	36,00 (28,75 – 36,00)		28,00 (9,50 – 36,75)		56,50 (43,75 – 63,00)		25,50 (4,25 – 33,25)	
Fobia Social		<i>0,021</i>		<i>0,842</i>		<i>0,416</i>		<i>0,189</i>
Não	33,50 (30,00 – 36,00)		23,00 (12,00 – 31,75)		53,00 (36,00 – 62,00)		16,00 (2,00 – 27,75)	
Sim	36,00 (33,00 – 36,00)		21,00 (6,50 – 35,50)		55,00 (39,00 – 63,00)		24,00 (6,00 – 36,00)	
TEPT		<i>0,227</i>		<i>0,064</i>		<i>0,986</i>		<i>0,194</i>
Não	35,00 (31,00 – 36,00)		23,50 (12,00 – 34,00)		53,00 (35,25 – 63,00)		17,50 (2,00 – 30,00)	
Sim	32,00 (25,00 – 36,00)		10,00 (1,50 – 25,50)		46,00 (41,50 – 59,50)		24,00 (14,00 – 36,00)	
Transtorno Dismórfico corporal		<i>0,920</i>		<i>0,804</i>		<i>0,057</i>		<i>0,895</i>
Não	35,00 (31,00 – 36,00)		23,00 (12,00 – 33,00)		51,00 (33,50 – 62,00)		18,00 (2,00 – 30,50)	
Sim	35,50 (29,25 – 36,00)		24,00 (9,00 – 33,75)		56,50 (43,00 – 63,00)		16,50 (5,00 – 32,25)	
CTQ		<i>0,064</i>		<i>0,971</i>		<i>0,001</i>		<i>0,841</i>
Não	35,00 (30,00 – 36,00)		23,00 (11,00 – 33,50)		49,00 (34,50 – 60,00)		18,00 (2,00 – 30,50)	
Elevado escore de trauma precoce	36,00 (34,00 – 36,00)		25,00 (12,50 – 27,00)		63,00 (54,00 – 27,00)		18,00 (5,50 – 30,00)	
Fargerstrom		<i>0,693</i>		<i>0,135</i>		<i>0,006</i>		<i>0,017</i>
Não é dependente de nicotina	35,50 (30,75 – 36,00)		20,00 (11,25 – 28,25)		41,50 (30,75 – 55,07)		8,50 (0,00 – 27,25)	
Dependente de nicotina	35,00 (30,00 – 36,00)		24,00 (12,00 – 34,00)		56,00 (39,00 – 63,00)		20,00 (6,00 – 32,00)	
Número de cigarros ao dia		<i>0,659</i>		<i>0,321</i>		<i>0,082</i>		<i>0,077</i>
Até 10 cigarros	36,00 (29,25 – 36,00)		20,00 (8,25 – 30,50)		47,00 (31,50 – 63,00)		8,00 (0,00 – 27,75)	
Até 20 cigarros	33,00 (31,00 – 36,00)		24,00 (12,00 – 34,25)		50,00 (36,00 – 60,00)		20,00 (5,00 – 36,00)	

Tabela 1 - Continuação

Variáveis independentes	Consequências Negativas	<i>p valor</i>	Reforço Positivo	<i>p valor</i>	Reforço Negativo	<i>p valor</i>	Controle de peso/apetite	<i>p valor</i>
Até 30 cigarros	36,00 (32,50 – 36,00)		28,00 (20,00 – 34,50)		59,00 (41,00 – 63,00)		20,00 (13,50 – 31,00)	
Mais de 31 cigarros	34,00 (26,00 – 36,00)		22,00 (10,50 – 34,75)		61,00 (50,75 – 63,00)		17,50 (9,00 – 28,25)	
Há quanto tempo é fumante		<i>0,365</i>		<i>0,964</i>		<i>0,258</i>		<i>0,032</i>
Até 5 anos	33,00 (31,00 – 36,00)		21,00 (6,50 – 41,00)		55,00 (28,00 – 63,00)		5,00 (0,00 – 25,00)	
Até 20 anos	35,00 (28,00 – 36,00)		23,00 (12,00 – 31,00)		48,00 (33,00 – 59,00)		11,00 (0,00 – 24,00)	
Até 40 anos	36,00 (32,00 – 36,00)		22,50 (8,75 – 34,00)		56,00 (41,50 – 63,00)		21,50 (8,75 – 36,00)	
Mais de 40 anos	31,00 (24,00 – 36,00)		24,00 (12,00 – 34,00)		43,00 (36,00 – 63,00)		24,00 (0,00 – 39,00)	
CD4 ultimo		<i>0,468</i>		<i>0,371</i>		<i>0,293</i>		<i>0,878</i>
Abaixo de 250	60,11 (29,25 – 36,00)		62,05 (9,50 – 28,50)		64,80 (38,25 – 57,00)		66,89 (5,75 – 27,75)	
Acima de 300	69,45 (31,00 – 36,00)		70,17 (12,00 – 34,00)		69,46 (36,00 – 63,00)		68,92 (3,25 – 33,75)	
Carga Viral Ultima		<i>0,816</i>		<i>0,879</i>		<i>0,062</i>		<i>0,130</i>
Indetectável	36,00 (30,50 – 36,00)		24,00 (13,00 – 34,00)		50,00 (34,00 – 63,00)		18,00 (3,00 – 33,00)	
Detectável	33,00 (30,00 – 36,00)		22,00 (11,00 – 30,00)		55,00 (38,50 – 62,00)		18,00 (3,50 – 27,50)	
Doença pulmonar crônica		<i>0,788</i>		<i>0,205</i>		<i>0,037</i>		<i>0,935</i>
Não	35,00 (30,75 – 36,00)		23,00 (11,00 – 31,75)		52,50 (36,00 – 61,00)		18,00 (3,25 – 30,75)	
Sim	34,00 (26,50 – 36,00)		27,00 (18,00 – 42,00)		62,00 (52,00 – 63,00)		18,00 (2,50 – 34,00)	

Tabela 2: Regressão linear para os fatores de consequências do tabagismo em uma amostra de PVHA.

Variáveis independentes	Consequências Negativas (IC95%)	<i>p valor</i>	Reforço Positivo (IC95%)	<i>p valor</i>	Reforço Negativo (IC95%)	<i>p valor</i>	Controle do peso/apetite (IC95%)	<i>p valor</i>
Escolaridade			-4,26 (-9,06 – 0,54)	0,081				
Trabalhar					-5,71 (-11,21 – -,21)	0,042	-4,92 (-9,86 – 0,02)	0,051
Parceiro também HIV	2,39 (0,03 – 4,75)	0,047	-4,88 (-9,64 – -,11)	0,045	5,29 (-,61 – 11,18)	0,078		
Relações sexuais nos últimos 12 meses			9,53 (3,24 – 15,83)	0,003				
Usou camisinhas nas ultimas três vezes que teve relações sexuais.					-1,75 (-3,87 – 0,37)	0,105		
Pessoas que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo			6,42 (1,04 – 11,81)	0,020				
TDM			4,70 (-2,26 – 11,66)	0,184				
CTQ	2,42 (-1,02 – 5,85)	0,166						
Fobia Social	1,93 (-0,88 – 4,74)	0,176						
Transtorno Dismórfico Corporal					5,99 (-,95 – 12,92)	0,090		
Uso de hipnóticos / sedativos							-5,59 (-11,25 – 0,08)	0,053
Doença pulmonar crônica					9,17 (-,27 – 18,61)	0,057		
Tempo de uso de cigarro							3,65 (0,33 – 6,97)	0,031
Número de cigarros fumados por dia					3,60 (0,63 – 6,57)	0,018		
Fargerstrom			-4,37 (-4,42 – 9,15)	0,073			4,34 (-1,03 – 9,71)	0,112

CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÃO

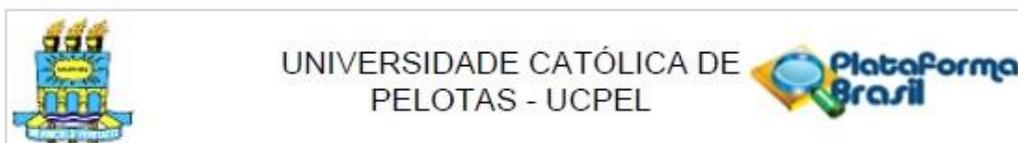
Esta pesquisa buscou estudar as expectativas do resultado de fumar em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). Para tanto, foi realizada a validação psicométrica do Short Form of The Smoking Consequences Questionnaire (S-SCQ) para ser utilizada no contexto brasileiro. Não foram necessárias modificações significativas na escala, bem como a estrutura e fidedignidade foram consistentes à versão original tornando-se uma ferramenta de pesquisa e clínica disponível para profissionais da área da saúde.

Posteriormente, foram identificados os fatores associados ao tabagismo em PVHA, como o comportamento sexual de risco, fazer sexo com pessoas do mesmo sexo (FSPMS), ter usado maconha nos três meses que antecederam a coleta de dados, risco de suicídio atual e transtorno obsessivo compulsivo atual (TOC). Este perfil deve ser considerado para elaboração de estratégias preventivas para o tabagismo nessa população.

Bem como, foram avaliadas as expectativas do resultado de fumar na população de PVHA tabagista. Buscou-se uma compreensão ampla do comportamento tabagista em uma população vulnerável.

ANEXOS

Anexo A - Carta de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO SMOKING CONSEQUENCES QUESTIONNAIRES - VERSÃO BREVE

Pesquisador: Luciano Dias de Mattos Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30830214.3.0000.5339

Instituição Proponente: SOCIEDADE PELOTENSE DE ASSISTENCIA E CULTURA (SPAC)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 658.178

Data da Relatoria: 22/05/2014

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa visa realizar a tradução e validação do Questionário de Expectativas do Tabagismo. Será aplicado em 105 tabagistas que recebem atendimento no Serviço de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas.

Objetivo da Pesquisa:

Validação e tradução do instrumento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme os autores, o estudo não apresenta riscos significativos à saúde de seus participantes, os quais poderão se beneficiar de forma direta ao refletirem sobre as razões de seu hábito tabagista. De forma indireta, os participantes podem se beneficiar de futuros conhecimentos específicos originados com a validação do instrumento ao contexto nacional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Bem organizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8012

Fax: (53)2128-8298

E-mail: cep@ucpel.tche.br



Continuação do Parecer: 658.178

Recomendações:

Não.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 22 de Maio de 2014

Assinado por:
RICARDO AZEVEDO DA SILVA
(Coordenador)

Anexo B - Carta de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PELOTAS - UCPEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Alterações neurocognitivas por comprometimento subcortical em pacientes com HIV/AIDS em uma região do sul do Brasil

Pesquisador: Cezar Arthur Tavares Pinheiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11600512.2.0000.5339

Instituição Proponente: SOCIEDADE PELOTENSE DE ASSISTENCIA E CULTURA (SPAC)

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 172.548

Data da Relatoria: 13/12/2012

Apresentação do Projeto:

Adequado

Objetivo da Pesquisa:

Adequados e pertinentes ao tema a ser estudado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Coerente e não apresenta riscos aos pacientes, apesar de se tratar de população de risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo possui tema inovadora população com HIV/AIDS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto obedece os princípios de autonomia, justiça e beneficência.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação do CONEP :

Não

Endereço: Rua Félix da Cunha, 412

Bairro: Centro

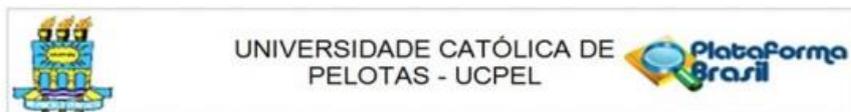
UF: RS

Município: Pelotas

Telefone: (53) 2128 8012

Fax: (53) 2128 8298

Email: cep@ucpel.tche.br



Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 13 de Dezembro de 2012

**Assinador por: RICARDO
AZEVEDO DA SILVA
(Coordenador)**

Anexo C - Quadro de revisão

Autor, ano e País	Delineamento	População Amostra	Metodologia Instrumento	Resultados	Observações e Limitações
Manuel JK, Lum PJ, Hengl NS, Sorensen JL. (2013) San Francisco, CA ⁶	Estudo clínico randomizado controlado	30 fumantes do sexo feminino HIV +. Entrevista motivacional breve (15); Conselhos prescritos (15)	<p>Ocorreu uma entrevista sendo necessário responder a medidas relacionadas com o comportamento de fumar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CESD); - Timeline Follow-back Interview for alcohol and drug use; - Smoking History Questionnaire; - Fagerström Test of Nicotine Dependence (FTND); - Smoking Stage of Change measure. 	<p>Participantes fumavam uma média de 16,13 cigarros por dia;</p> <p>Uso de tabaco duas vezes mais prevalente naqueles com maior carga dos sintomas de HIV;</p> <p>Tabagistas HIV/AIDS tinham resposta viral mais pobre; menor resposta imunológica; risco maior de falha virológica.</p>	<p>A amostra (n = 30), pode ter sido muito pequena para detectar diferenças significativas entre as duas condições.</p>
Feldman JG, Minkoff H, Schneider MF, Gange SJ, Cohen M, Watts DH, et al. (2006) Estados Unidos ³²	Coorte longitudinal	2059 mulheres HIV/AIDS.	<p>Avaliações estruturadas sobre características sociodemográficas, história de saúde mental e física, álcool e uso de drogas, comportamento sexual, medicação e utilização de cuidados de saúde. Exame físico e testes laboratoriais de rotina foram também requeridos. Visitas de acompanhamento semanalmente e avaliações semelhantes, repetição de exames físicos e testes laboratoriais. Durante cada visita, a conformidade com ART foi reavaliada.</p>	<p>56% das mulheres eram tabagistas;</p> <p>Fumantes em ART apresentaram maior morbidade e mortalidade do que os não-fumantes;</p> <p>Fumantes tiveram menor chance de conseguir a supressão da carga viral do HIV;</p> <p>Fumantes tiveram maior chance de falha imunológica.</p>	<p>Não conseguiram excluir o viés potencial entre os pacientes com má saúde, que podem ser mais ou menos propensos a fumar;</p> <p>A avaliação do tabagismo e da adesão ao tratamento se baseou nos autorrelatos dos pacientes.</p>
O'Cleirigh C, Valentine SE, Pinkston M, Herman D, Bedoya CA, et al. (2015) Estados Unidos ³³	Estudo clínico randomizado controlado	370 HIV+	<p>Os participantes preencheram um questionário com itens relacionados à idade, sexo, orientação sexual, estado de incapacidade e histórico educacional. Raça e etnia também foi avaliada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asberg Depression Rating Scale (MADRS); - Addictions Severity Index—Lite (ASI-Lite); - Quality of Life Inventory (QOLI). 	<p>57.6 % da amostra era tabagista;</p> <p>Fumantes tinham três vezes mais probabilidade de ter uma carga viral detectável em comparação com não fumantes;</p> <p>Fumantes com maior risco de rebote virológico;</p> <p>Fumantes com falha imunológica mais frequente.</p>	<p>Por ser um estudo transversal, a natureza dos dados impede de tirar conclusões sobre a via causal pela qual o tabagismo leva a um manejo mais pobre do HIV;</p> <p>Algumas medidas foram de autorrelato.</p>

<p>King RM, Vidrine DJ, Danysh HE, Fletcher FE, McCurdy S, Arduino RC, <i>et al.</i> (2012) Texas³⁵</p>	<p>Estudo clínico randomizado controlado</p>	<p>474 HIV/AIDS</p>	<p>Variáveis demográficas gerais incluindo raça/etnia, idade, sexo, anos de educação formal, estado civil, situação profissional e modo de aquisição do HIV foram coletados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D Scale); - Self-efficacy: 9-item selfefficacy scale developed by Velicer and colleagues; - Perceived Stress Scale (PSS); - Fagerstro`m Test for Nicotine Dependence (FTND); - Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT); - Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG); 	<p>52,2% da amostra apresentou elevado nível de dependência da nicotina, com uma pontuação média de 5,71;</p> <p>Aqueles que relataram o uso de drogas ilícitas foram duas vezes mais propensos a não aderir à ART;</p> <p>Níveis mais elevados de dependência de nicotina foram estatisticamente significativas com não aderência;</p>	<p>A medida de aderência da ART, que é uma medida válida clinicamente utilizada em uma variedade de configurações, carece de especificidade, o que pode resultar em uma sobreavaliação das taxas de adesão;</p> <p>Não foi possível avaliar diferenças entre agentes específicos e adesão à ART.</p>
<p>Schadé A, Van Grootheest G, Smit JH. (2013) Amsterdã⁴¹</p>	<p>Estudo de coorte</p>	<p>196 HIV +</p>	<ul style="list-style-type: none"> - M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Plus); - Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA); - Inventory of Depressive symptoms (IDS); - Beck Anxiety Index (BAI); - Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT); - NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI); - Fear Questionnaire (FQ); - Mood and Anxiety Symptom Questionnaire (MASQ); - Four Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ); - The five screening items of the Beck Scale for Suicide Ideation (BSS). 	<p>Mais de 50% dos pacientes foram diagnosticados com depressão maior, distímia ou uma combinação de ambos.</p> <p>21% da amostra apresentou ansiedade.</p>	<p>Só avaliaram os pacientes HIV+ que procuraram ajuda.</p>

Anexo D - Estratégias de Busca

Descritores	Biblioteca Virtual em Saúde	PsychoInfo	PubMed	SciELO
#1 (Tobacco Use Cessation) OR (Tobacco, Smokeless) OR (Tobacco Use Disorder) OR (Smoking) OR (Tobacco) OR (Smoking Cessation) AND #2 (HIV) OR (AIDS)	254	412	463	6
#1 (Tobacco Use Cessation) OR (Tobacco, Smokeless) OR (Tobacco Use Disorder) OR (Smoking) OR (Tobacco) OR (Smoking Cessation) AND #2 (Smoking Consequences Questionnaire)	462	168	604	9

Anexo E – Termo de consentimento livre e esclarecido – Validação do S-SCQ

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo traduzir para o português e adaptar o conteúdo de um questionário que avalia as consequências do tabagismo. A pesquisa é de responsabilidade da pesquisadora Marília Silva de Souza.

As pessoas que aceitarem participar da pesquisa responderão um questionário com 21 frases sobre a expectativa do resultado de fumar. Cada frase contém uma possível consequência do fumo, o quão provável ou improvável, a pessoa acredita que cada consequência tem quando fuma.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, sendo divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação através do nome dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo.

O (a) Sr (a) tem total liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou perdas pela sua decisão. Em caso de dúvidas, em relação à pesquisa, o (a) Sr (a) tem o direito de entrar em contato com algum dos pesquisadores para o esclarecimento.

Eu, _____ declaro que estou ciente do projeto realizado pela pesquisadora Marília Silva de Souza. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo. Concordo em cooperar inteiramente com a pesquisa. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou perdas pela minha decisão. Estou ciente de que não serei referido (a) por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo.

Nome Completo: _____

Assinatura: _____

Data: __/__/____

Assinatura da pesquisadora: _____

Marília Silva de Souza, (53) 8426 5781, Rua Gonçalves Chaves, 377, sala 411C, centro, Pelotas.

Anexo F – Versão Brasileira do Smoking Consequences Questionnaires

Figure 1: Brazilian version of the Smoking Consequences Questionnaire instrument (SCQ)

Abaixo há uma lista de declarações sobre o fumo. Cada declaração contém uma possível consequência do fumo. Para cada uma das afirmações abaixo, por favor, marque o quão provável ou improvável você acredita que cada consequência tem para você quando você fuma. Se o resultado parece pouco provável, circule um número de 0 a 4. Se a consequência parece provável, circule um número de 5 a 9. Isto é, se você acredita que uma consequência nunca vai acontecer, círculo 0, se você acredita que uma consequência pode acontecer a cada vez que você fuma, círculo 9.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente	Extremamente	Muito	Bastante	Um pouco	Um pouco	Bastante	Muito	Extremamente	Completamente	
<-----IMPROVÁVEL----->					<-----PROVÁVEL----->					
24. Fumar significa perder anos da minha vida.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. Fumar é perigoso à minha saúde.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26. Quanto mais eu fumo, mais eu arrisco minha saúde.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27. Ao fumar, eu estou em risco de desenvolver doenças cardíacas e câncer de pulmão.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28. Cigarros têm um gosto bom.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29. Eu gosto das sensações de sabor enquanto fumo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30. Quando eu fumo, o gosto é agradável.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31. Eu irei aproveitar o gosto de um cigarro.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32. Eu gosto de sentir o cigarro em minha língua e em meus lábios.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33. Quando eu estou com raiva um cigarro pode me acalmar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34. Cigarros me ajudam a lidar com minha raiva.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35. Cigarros me ajudam a lidar com a ansiedade ou preocupações.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36. Fumar me acalma quando eu me sinto nervoso.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37. Fumar me ajuda a lidar com a tristeza.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
38. Cigarros me ajudam a reduzir ou lidar com o estresse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
39. Cigarros me ajudam a superar quando estou chateado com alguém.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40. Fumar me ajuda a controlar meu peso.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
41. Fumar mantém meu peso baixo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
42. Cigarros me ajudam a manter o peso e a não comer mais do que deveria.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
43. Fumar controla meu apetite.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
44. Cigarros me ajudam a controlar meu peso e não comer demais.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Anexo G – Termo de consentimento livre e esclarecido - Prevalência de alterações neurocognitivas por comprometimento subcortical em paciente com hiv/aids em uma região sul do brasil

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
COMPORTAMENTO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
PARTICIPANTES DA PESQUISA SOBRE PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES
NEUROCOGNITIVAS POR COMPROMETIMENTO SUBCORTICAL EM
PACIENTE COM HIV/AIDS EM UMA REGIÃO SUL DO BRASIL

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar possíveis danos nas atividades cerebrais causadas pela infecção do HIV/AIDS, conhecer aspectos relacionados à saúde física, nutricional e mental. Serão convidados a participar deste estudo, todos pacientes portadores de HIV/AIDS que utilizam o Serviço de Assistência Especializada (SAE - UFPEL) em Pelotas/RS.

Se aceitares participar deste estudo, será necessário realizar testes que avaliam memória, atenção, coordenação motora e movimentos e que respondas aos questionários que serão aplicados por nossas(os) entrevistadoras(os). É importante que concordes em medir teu peso, altura e prega cutânea do teu braço (avalia a quantidade de gordura/massa muscular localizada nesta região) e questões sobre tua imagem corporal.

Estes procedimentos não oferecem riscos a tua saúde. A equipe garante que tua identidade será mantida em total sigilo. Os dados fornecidos, durante a aplicação dos questionários, serão utilizados para análise e produção científica.

És livre para abandonar o estudo em qualquer momento e sem quaisquer prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com a coordenadora do projeto Janaína Santos Motta através do número (53)8115-2736.
Declaração da Cliente:

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Afirmo ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Declaração de Responsabilidade do Investigador:

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do (a) para esclarecer as suas dúvidas. O (a) paciente compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Investigadora responsável:

Data: ___/___/_____

Anexo H – MINI Plus 10 módulos

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOPTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

A1	a	Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	1
SE A1a = SIM:					
	b	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias,?	NÃO	SIM	2
A2	a	Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	3
SE A1a = SIM:					
	b	Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ?	NÃO	SIM	4
A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ?			→ NÃO	SIM	

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ DEPRIMIDO(A) ATUALMENTE (A1b OU A2b = SIM): EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.
SE NÃO: EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A3 **Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:**

		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>	
a	Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIACÃO DE \pm 5% AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, \pm 3,5 KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM 5
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 6
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 7
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 8
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 9

SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO.
O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? Não Sim

	Episódio Atual		Episódio Passado		
f	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10
g		NÃO	SIM	NÃO	11
A4	NÃO	SIM	→ NÃO	SIM	
<p>HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS "SIM" EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?</p> <p>VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.</p> <p>SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.</p>					
A5	NÃO	SIM	→ NÃO	SIM	12
<p>Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?</p> <p>SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A4 E A5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.</p>					
A6			→		
	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13
<p>Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação?</p> <p>UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO?</p> <p>SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A4, A5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.</p>					
A7 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem?				
	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?				
	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
<p><i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</i></p> <p>A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 14</p> <p>SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A4, A5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.</p>					

A8 COTAR SIM SE A7 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

	NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior</i>		
Atual		<input type="checkbox"/>
Passado		<input type="checkbox"/>

A9 COTAR SIM SE A7b = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

	NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral (p. 394)</i>		
Atual		<input type="checkbox"/>
Passado		<input type="checkbox"/>

- A10 COTAR SIM SE A7a = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância (p. 397)</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

- A11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais, esses problemas de depressão? Idade 15
- A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas? 16
- A13 Há um histórico familiar de Transtorno Bipolar ou algum parente já foi tratado com estabilizador de humor? 16b

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês

- | | NÃO | SIM | Pontos |
|--|-----|-----|--------|
| C1 Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)? | | | 1 |
| C2 Quis fazer mal a si mesmo (a)? | | | 2 |
| C3 Pensou em suicídio? | | | 6 |
| C4 Pensou numa maneira de se suicidar? | | | 10 |
| C5 Tentou o suicídio? | | | 10 |

Ao longo da sua vida:

- C6 Já fez alguma tentativa de suicídio? NÃO SIM 4

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos Baixo	<input type="checkbox"/>
6-9 pontos Moderado	<input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos Alto	<input type="checkbox"/>

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOPTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M25).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

D1	a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).	NÃO	SIM	1
SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO(A)" OU "CHEIO (A) DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou produtivo ou impulsivo(a).					
SE D1a = SIM:					
	b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?	NÃO	SIM	2
D2	a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família? Você ou outras pessoas achou/acharam que você estava mais irritável ou hiperreativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).	NÃO	SIM	3
SE D2a = SIM:					
	b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?			→	NÃO	SIM

- D3 SE D1b OU D2b = "SIM": EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL
SE D1b E D2b = "NÃO": EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

Quando sentiu-se mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :

	Episódio Atual		Episódio Passado			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? SE SIM: PEDIR UM EXEMPLO. O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	9

		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>										
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10								
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11								
D3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 OU 4 SE D3a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D3b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?		NÃO	SIM	→ NÃO	SIM									
VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.														
SE D3 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D3a - D3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.														
D4 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim													
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim													
NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA (HIPO)MANIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).														
D4 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	INCERTO	NÃO	SIM								
12														
SE D4 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D3 e D4 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.														
D5	Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas? COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13								
D6	COTAR SIM PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO SE: D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO E D5 = NÃO, E NENHUMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM D3a. ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.	<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">EPISÓDIO HIPOMANÍACO</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					NÃO	SIM	EPISÓDIO HIPOMANÍACO		Atual	<input type="checkbox"/>	Passado	<input type="checkbox"/>
NÃO	SIM													
EPISÓDIO HIPOMANÍACO														
Atual	<input type="checkbox"/>													
Passado	<input type="checkbox"/>													
D7	COTAR SIM PARA EPISÓDIO MANÍACO SE: D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO E D5 = SIM OU UMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM D3a. ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.	<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">EPISÓDIO MANÍACO</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					NÃO	SIM	EPISÓDIO MANÍACO		Atual	<input type="checkbox"/>	Passado	<input type="checkbox"/>
NÃO	SIM													
EPISÓDIO MANÍACO														
Atual	<input type="checkbox"/>													
Passado	<input type="checkbox"/>													
D8	COTAR SIM SE: D3 (SUMÁRIO) E D4b E D5 = SIM E D4 (SUMÁRIO) = NÃO ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.	<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					NÃO	SIM	Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral		Atual	<input type="checkbox"/>	Passado	<input type="checkbox"/>
NÃO	SIM													
Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral														
Atual	<input type="checkbox"/>													
Passado	<input type="checkbox"/>													

D9 COTAR **SIM** SE:
D3 (SUMÁRIO) E **D4a** E **D5** = **SIM** E **D4** (SUMÁRIO) = **NÃO**

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

SE **D8** OU **D9** = **SIM**, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

NÃO	SIM
<i>Episódio (Hipo) Maníaco induzido por substância</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

Nos últimos 12 meses, teve 4 ou mais episódios de euforia/ irritabilidade excessiva ou de depressão ?

NÃO	SIM ¹⁴
<i>Ciclagem Rápida</i> (p. 416)	

Episódio Misto

ENTREVISTADO PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA AMBOS – EPISÓDIO MANÍACO E EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, QUASE TODO DIA, DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA.

NÃO	SIM ¹⁵
<i>Episódio Misto</i> (p. 360)	

Padrão Sazonal

O INÍCIO E AS REMISSÕES OU MUDANÇAS PARA UM EPISÓDIO DE POLARIDADE OPOSTA (EX: DE DEPRESSÃO PARA (HIPO)MANIA) OCORREM NUM PERÍODO CARACTERÍSTICO DO ANO.

NÃO	SIM ¹⁶
<i>Padrão Sazonal</i> (p. 415)	

Com remissão completa entre episódios

Entre os dois episódios mais recentes de euforia/ irritabilidade excessiva teve um período de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum desses problemas ?

NÃO	SIM ¹⁷
<i>Com remissão completa entre episódios</i> (p. 403)	

ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

O EPISÓDIO MAIS RECENTE É **MANÍACO** / **HIPOMANÍACO** / **MISTO** / **DEPRESSIVO**

GRAVIDADE

- | | | |
|-----------|--------------------------------|--------------------------|
| X1 | Leve | <input type="checkbox"/> |
| X2 | Moderado | <input type="checkbox"/> |
| X3 | Severo sem aspectos psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| X4 | Severo com aspectos psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| X5 | Em remissão parcial | <input type="checkbox"/> |
| X6 | Em remissão completa | <input type="checkbox"/> |

CRONOLOGIA

- D10 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia / irritabilidade excessiva de que falamos ? idade 18
- D11 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia / irritabilidade excessiva já teve? 19

G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais, por exemplo: quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> NÃO SIM </div> <p style="text-align: center; margin: 0;">4</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">FOBIA SOCIAL <i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i> ATUAL (p. 437)</p>		
SUBTIPOS				
Você teme ou evita mais de 4 situações sociais ?				
SE SIM <input type="checkbox"/> Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) Generalizada(o) SE NÃO <input type="checkbox"/> Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) não generalizada(o)				
CRONOLOGIA				
G5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações sociais de que falamos ?	<input type="text"/>	Idade	5
G6	No último ano, durante quantos meses teve medo importante das as situações sociais de que falamos ?	<input type="text"/>		6

I. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

11	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo/ superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas.)	NÃO	SIM	1
		→ passar a 14		
12	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2
		→ passar a 14		
13	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
		obsessões		
14	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
		compulsões		
		→		
13 OU 14 SÃO COTADAS SIM?		NÃO	SIM	
		→		
15	Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	NÃO	SIM	5
16	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
17 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
17 b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
<p><i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DAS OBSESSÕES/ COMPULSÕES ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).</i></p>				
17 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	7
16 E 17 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?		NÃO SIM <i>T.O.C. ATUAL</i>		
18	16 E 17 b SÃO COTADAS SIM E 17 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	NÃO SIM <i>T.O.C. ATUAL</i> <i>devido a condição médica geral</i>		
19	16 E 17 a SÃO COTADAS SIM E 17 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	NÃO SIM <i>T.O.C. ATUAL</i> <i>induzido por substância</i>		
CRONOLOGIA				
110	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas de que falamos ?	<input type="text"/>	idade	8
111	No último ano, durante quantos meses teve, de forma persistente, esses problemas de que falamos ?	<input type="text"/>		9

J. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

J1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo(a) e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física?	→ NÃO	SIM	1
	EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO À MÃO ARMADA, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...			
J2	Durante o último mês, pensou frequentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou frequentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
J3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO	SIM	8
	J3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J3 ?	→ NÃO	SIM	
J4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	J4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM J4 ?	→ NÃO	SIM	
J5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14
	J5 É COTADA SIM ?			
	CRONOLOGIA			
J6	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas ?	<input type="text"/>	idade	15
J7	Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou a maior parte das dificuldades das quais falamos ?	<input type="text"/>		16
J8	No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de forma persistente ?	<input type="text"/>		17

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL (p. 448)	

K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

K1	Nos últimos 12 meses , em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	1						
K2	Nos últimos 12 meses:									
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2						
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM	3						
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4						
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5						
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6						
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7						
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8						
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>→ SIM*</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	→ SIM*	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL			
NÃO	→ SIM*									
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL										
* SE SIM, PULAR AS QUESTÕES EM K3 E CIRCULAR N/D NO QUADRO DE ABUSO. DEPENDÊNCIA PRESSUPÕE ABUSO.										
K3	Nos últimos 12 meses:									
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? 9 (COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)	NÃO	SIM	9						
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10						
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11						
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12						
HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K3 ?		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>N/D</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	N/D	SIM	ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL		
NÃO	N/D	SIM								
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL										

M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA. **SÓ COTAR SIM SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.** AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS “BIZARRAS” E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

DELÍRIOS BIZARROS SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS SÃO VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

TODAS AS RESPOSTAS DO(A) ENTREVISTADO(A) DEVEM SER COTADAS NA COLUNA “A”. **UTILIZAR A COLUNA “B”** (JULGAMENTO CLÍNICO DO/A ENTREVISTADOR/A) APENAS SE EXISTEM EVIDÊNCIAS CLÍNICAS (DURANTE A ENTREVISTA) OU EXTERNAS (POR EXEMPLO, INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA) DE QUE O SINTOMA ESTÁ PRESENTE, APESAR DE ESTAR SENDO NEGADO PELO(A) ENTREVISTADO(A).

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.

		COLUNA A			COLUNA B					
		Resposta do(a) entrevistado(a)			Julgamento clínico do/a entrevistador/a (se necessário)					
		NÃO	SIM	BIZARRO SIM	SIM	BIZARRO SIM				
M1	a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?			NÃO	SIM	BIZARRO SIM	SIM	1	
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ? <small>NOTE: PEÇA EXEMPLOS PARA EXCLUIR FATOS REAIS.</small>			NÃO	SIM	SIM →M6	SIM	SIM →M6	2
M2	a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?			NÃO	SIM		SIM		3
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?			NÃO	SIM	SIM →M6	SIM	SIM →M6	4
M3	a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de forma diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava possuído(a)? <small>CLÍNICO: PEDIR EXEMPLOS E DESCONSIDERAR O QUE NÃO FOR PSICÓTICO.</small>			NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	5
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?			NÃO	SIM	SIM →M6	SIM	SIM →M6	6
M4	a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?			NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	7
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?			NÃO	SIM	SIM →M6	SIM	SIM →M6	8
M5	a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? PEDIR UM EXEMPLO. <small>COTAR “SIM” APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE M1 A M4.</small>			NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	9
	b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?			NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	10

		COLUNA A (ENTREVISTADO(A) BIZARRO		COLUNA B (ENTREVISTADOR(A) BIZARRO			
M6	a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR "SIM BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO	SIM	SIM	SIM	11
	b	SE SIM : Ouviu essas coisas/vozes no último mês? COTAR "SIM BIZARRO" SE O(A) ENTREVISTADO(A) OUVIR VOZES QUE COMENTAM SEUS PENSAMENTOS OU ATOS OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.	NÃO	SIM	SIM	SIM	12
						→M8	
M7	a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS.	NÃO	SIM	SIM		13
	b	SE SIM: Teve essas visões no último mês ?	NÃO	SIM	SIM		14
JULGAMENTO DO CLÍNICO							
M8	b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?			NÃO	SIM	15
M9	b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?			NÃO	SIM	16
M10	b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?			NÃO	SIM	17
M11	a	HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE M1 A M10b? SE M11a = NÃO □ PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.			NÃO	SIM	

M11 b

OS ÚNICOS SINTOMAS PRESENTES SÃO AQUELES IDENTIFICADOS PELO CLÍNICO DE M1 A M7 (COLUNA B) E DE M8b A M10b ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b) E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

SE NÃO, CONTINUAR.

NÃO	SIM
TRANTORNO PSICÓTICO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO*	
Atual	<input type="checkbox"/>
Vida inteira	<input type="checkbox"/>
*Diagnóstico provisório devido à insuficiência de informações disponíveis no momento	

ALERTA: SE PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" = SIM : COTAR M11c E M11d.
SE TODAS AS QUESTÕES "b" = NÃO : COTAR APENAS M11d.

M11c
DE M1 A M10b: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "b" = SIM BIZARRO?"
OU
HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "b" = SIM MAS NÃO " SIM BIZARRO?"

NÃO
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido ATUAL

SIM
Critério A da Esquizofrenia preenchido ATUAL

M11d
DE M1 A M7: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "a" = SIM BIZARRO?"
OU
HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "a" = SIM MAS NÃO " SIM BIZARRO?" (VERIFICAR QUE OS SINTOMAS OCORRERAM NO MESMO PERÍODO)

NÃO
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido VIDA INTEIRA

SIM
Critério A da Esquizofrenia preenchido VIDA INTEIRA

OU M11c É COTADA "SIM" ?

M12 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
c	<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA PSICOSE ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</i>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
d	UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	NÃO	SIM	INCERTO
	SE M12d = NÃO :	COTAR M13 (a, b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE		
	SE M12d = SIM :	COTAR NÃO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14		
	SE M12d = INCERTO :	COTAR INCERTO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14		
M13a	M12d É COTADA NÃO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL (M12b = SIM) ?			
	SE SIM , ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:			
	ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)			
	E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)			
		NÃO	SIM	22
		TRANTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral		
		Atual	<input type="checkbox"/>	
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	
		Incerto	<input type="checkbox"/>	
M13b	M12d É COTADA NÃO DEVIDO AO USO DE SUBTÂNCIA (M12a = SIM) ?			
	SE SIM , ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:			
	ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)			
	E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)			
		NÃO	SIM	23
		TRANTORNO PSICÓTICO induzido por substância		
		Atual	<input type="checkbox"/>	
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	
		Incerto	<input type="checkbox"/>	
M14	Quanto tempo durou o período mais longo em que teve essas crenças/experiências? SE <1 DIA, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.	_____		24
M15 a	Durante ou depois desse (de um desses) período(s) em teve essas crenças/experiências, você teve dificuldades para trabalhar, ou dificuldades para se relacionar com as pessoas ou dificuldades para cuidar de si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	25
b	SE SIM : Quanto tempo duraram essas dificuldades? SE ≥ 6 MESES, PASSAR PARA M16.	_____		26
c	Você foi tratado(a) com medicamentos ou foi hospitalizado(a) por causa dessas crenças/experiências, ou das dificuldades / problemas que elas causaram?	NÃO	SIM	27
d	SE SIM : Quanto tempo durou esse tratamento com medicamentos / a hospitalização mais longa por causa desses problemas ?	_____		28
M16 a	O(A) ENTREVISTADO(A) DESCREVE UM FUNCIONAMENTO DETERIORADO (M15a = SIM) OU FOI TRATADO / HOSPITALIZADO POR PSICOSE (M15c = SIM).	NÃO	SIM	29
b	JULGAMENTO DO CLÍNICO: CONSIDERANDO SUA EXPERIÊNCIA, A DISFUNÇÃO CAUSADA PELA PSICOSE, AO LONGO DA VIDA DO(A) ENTREVISTADO(A) É:	1	<input type="checkbox"/> ausente	
		2	<input type="checkbox"/> leve	30
		3	<input type="checkbox"/> moderada	
		4	<input type="checkbox"/> severa	
M17	QUAL É A DURAÇÃO TOTAL DA PSICOSE, CONSIDERANDO A FASE ATIVA (M14) E AS DIFICULDADES ASSOCIADAS (M15b) E O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (M15d) ? CRONOLOGIA	1	<input type="checkbox"/> ≥ 1 dia a <1 mês	31
		2	<input type="checkbox"/> ≥ 1 mês a <6 meses	
		3	<input type="checkbox"/> ≥ 6 meses	
M18 a	Que idade tinha quando, pela primeira vez, teve essas crenças/experiências pouco comuns ?	<input type="text"/>	idade	32
b	Desde o começo desses problemas, quantos episódios distintos em que apresentou essas crenças/experiências, já teve ?	<input type="text"/>		33

T. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

T1	Você tem estado preocupado com algum defeito em sua aparência ?	→ NÃO	SIM	1				
T2	Essa preocupação persistiu mesmo quando outras pessoas (incluindo médicos) acharam, com razão, que sua preocupação era exagerada ?	→ NÃO	SIM	2				
T3	Essa preocupação lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	3				
T4	T3 É COTADA SIM?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL								

X. TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

MESMO SE UM FATOR ESTRESSANTE ESTÁ PRESENTE OU DESENCADEOU O(S) TRANSTORNO(S) DO(A) ENTREVISTADO(A), NUNCA USE O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO EM PRESENÇA DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO. PULAR O MÓDULO TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO SE OS SINTOMAS DO(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHEM OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER TRANSTORNO DO EIXO I OU CORRESPONDEM A UMA MERA EXACERBAÇÃO DE UM TRANSTORNO DO EIXO I OU II PRÉ-EXISTENTE.

X1	Tem apresentado problemas emocionais ou de comportamento decorrentes de algum fato ou situação de vida muito estressante ? [EXEMPLOS: ansiedade, depressão, queixas físicas, comportamentos desviantes (brigas, dirigir perigosamente, vandalismo, faltar às aulas, desrespeitar os direitos dos outros, fazer coisas ilegais)].	→ NÃO	SIM	1								
X2	Esses problemas emocionais ou de comportamento começaram durante os 3 meses que se seguiram ao fato ou à situação de vida estressante de que falou ?	→ NÃO	SIM	2								
X3	a Esses problemas emocionais ou de comportamento o(a) perturbam mais do que se poderia esperar ?	→ NÃO	SIM	3								
	b Esses problemas emocionais ou de comportamento o(a) perturbam no seu trabalho, na escola, nas suas atividades cotidianas ou nas suas relações sociais ?	→ NÃO	SIM	4								
X4	Esses problemas emocionais ou de comportamento foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais ao que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?	→ NÃO	SIM	5								
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	→ NÃO	SIM	5								
X5	Esses problemas emocionais ou de comportamento persistiram durante mais de 6 meses depois que esse fato / situação de vida estressante terminou ? (SE O FATO / SITUAÇÃO ESTRESSANTE AINDA ESTÁ PRESENTE COTAR NÃO).	→ NÃO	SIM	6								
OS SEGUINTE SINTOMAS EMOCIONAIS / DE COMPORTAMENTO ESTÃO PRESENTES ?												
QUALIFICADORES:												
ASSINALAR TUDO QUE FOR APROPRIADO												
A	Depressão, crises de choro, desesperança.	<input type="checkbox"/>										
B	Ansiedade, nervosismo, agitação, preocupações.	<input type="checkbox"/>										
C	Comportamentos desviantes (brigas, dirigir perigosamente, vandalismo, faltar às aulas, desrespeitar os direitos dos outros, fazer coisas ilegais)	<input type="checkbox"/>										
D	Problemas no trabalho, na escola, queixas físicas, retraimento social.	<input type="checkbox"/>										
SE ASSINALADOS:												
<ul style="list-style-type: none"> • Somente A, cotar <input type="checkbox"/> Transtorno de Ajustamento com humor depressivo (309.0) • Somente B, cotar Transtorno de Ajustamento com ansiedade (309.24) • Somente C, cotar Transtorno de Ajustamento com perturbação da conduta (309.3) • Somente A e B, cotar Transtorno de Ajustamento misto de ansiedade e depressão (309.28) • C e (A ou B), cotar Transtorno do Ajustamento com perturbação mista das emoções e conduta (309.4) • Somente D, cotar Transtorno do Ajustamento Inespecificado (309.9) 												
SE X5 = NÃO, COTAR SIM E ESPECIFICAR OS QUALIFICADORES												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">com _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(qualificadores)</td> </tr> </table>					NÃO	SIM	TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO		com _____		(qualificadores)	
NÃO	SIM											
TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO												
com _____												
(qualificadores)												

Anexo I – Entrevista sobre o trauma

SE SIM para TEPT - Entrevista Sobre o Trauma (T)

DIZER AO PACIENTE: Vou te fazer algumas perguntas sobre experiências que podem ser traumáticas na vida e como você tem se sentindo recentemente ou desde o acontecimento do trauma. Algumas coisas que nós vamos conversar podem ser difíceis para você falar a respeito. Se tiver alguma coisa que eu possa fazer para tornar esta conversa menos dolorosa me fale. Você tem alguma pergunta antes de começarmos?					
1) Você já sofreu algum destes tipos de trauma?	Uma vez	Poucas vezes 2-3 vezes	As vezes 4-5 vezes	Muitas vezes + de 6 vezes	
a) Desastre Natural	(1)	(2)	(3)	(4)	t1a
b) Acidente grave	(1)	(2)	(3)	(4)	t1b
c) Ferimento grave	(1)	(2)	(3)	(4)	t1c
d) Morte acidental de um familiar ou amigo próximo	(1)	(2)	(3)	(4)	t1d
e) Ataque com pistola, faca ou arma	(1)	(2)	(3)	(4)	t1e
f) Ataques sem arma mas com a intenção de matar	(1)	(2)	(3)	(4)	t1f
g) Ter sido vítima de espancamento	(1)	(2)	(3)	(4)	t1g
h) Ter presenciado espancamento	(1)	(2)	(3)	(4)	t1h
i) Abuso sexual	(1)	(2)	(3)	(4)	t1i
j) Sofrer força bruta para relação sexual	(1)	(2)	(3)	(4)	t1j
k) Tentativa de estupro	(1)	(2)	(3)	(4)	t1k
l) Estupro	(1)	(2)	(3)	(4)	t1l
m) Assalto	(1)	(2)	(3)	(4)	t1m
2) Quem causou o trauma?					t2
Estranho	(0) Não		(1) Sim		
Conhecido	(0) Não		(1) Sim		
Inimigo	(0) Não		(1) Sim		
Amigo	(0) Não		(1) Sim		
Pai	(0) Não		(1) Sim		
Mãe	(0) Não		(1) Sim		
Padrasto	(0) Não		(1) Sim		
Madrasta	(0) Não		(1) Sim		
Namorado (a)	(0) Não		(1) Sim		
Marido/Esposa/Parceiro	(0) Não		(1) Sim		
Figura de autoridade	(0) Não		(1) Sim		
Parente (grau de parentesco _____)	(0) Não		(1) Sim		
Vizinho	(0) Não		(1) Sim		
3) Onde ocorreu esta situação?					
a) Residência	(0) Não		(1) Sim		t3a
b) Casa de quem causou o trauma	(0) Não		(1) Sim		t3b
c) Parque ou rua ou avenida	(0) Não		(1) Sim		t3c
d) Estacionamento ou garagem	(0) Não		(1) Sim		t3d
e) Escola	(0) Não		(1) Sim		t3e
f) Hospital	(0) Não		(1) Sim		t3f
g) Presídio	(0) Não		(1) Sim		t3g

h) Propriedade abandonada	(0) Não	(1) Sim				t3h ___
i) Carro ou ônibus ou trem ou avião	(0) Não	(1) Sim				t3i ___
j) Ambiente de trabalho	(0) Não	(1) Sim				t3j ___
Outro _____	(0) Não	(1) Sim				
4) Você sofreu alguma lesão?						t4 ___
(0) Não (1) Sim						
5) Você tem algum problema físico de saúde relacionado ao trauma?						t5 ___
(0) Não (1) Sim						
6) Precisou de atendimento médico?						t6 ___
(0) Não (1) Sim – <i>Responder questão seguinte</i>						
7) SE SIM, qual tipo de atendimento médico?						t7 ___
(1) Emergência Hospitalar						
(2) Unidade de Pronto – Atendimento (UPA)						
(3) Unidade Básica de Saúde (UBS)						
(4) Serviço de Atendimento Especializado ao HIV/AIDS (SAE)						
(5) Consultório Médico						
PCL - C						
8) Instruções: Abaixo há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressante.						
Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês.						
Por favor MARQUE 1 = nada/ 2 = um pouco/ 3 = médio/ 4 = bastante/ 5 =muito						
	Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito	
a) Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	t8a ___
b) Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	t8b ___
c) De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5	t8c ___
d) Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	t8d ___
e) Sentir sintomas físicos (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	t8e ___
f) Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5	t8f ___

g) Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	t8g____
h) Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	t8h____
i) Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar	1	2	3	4	5	t8i____
j) Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?	1	2	3	4	5	t8j____
k) Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5	t8k____
l) Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?	1	2	3	4	5	t8l____
m) Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?	1	2	3	4	5	t8m____
n) Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?	1	2	3	4	5	t8n____
o) Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5	t8o____
p) Estar "superalerta", vigilante ou "em guarda"?	1	2	3	4	5	t8p____
q) Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?	1	2	3	4	5	t8q____

Anexo J – Avaliação Neuropsicológica



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
E COMPORTAMENTO



Avaliação Neuropsicológica

Sou da Universidade Católica de Pelotas e faço parte do estudo sobre a saúde dos pacientes atendidos no SAE .
Podemos conversar?

Nº do questionário: _____	Nº do prontuário: _____
Nome do entrevistador: _____	
Nome do entrevistado: _____	
Telefone: () _____	
Endereço: _____	Bairro: _____
Existe algum ponto de referência por perto? Qual? _____	
Idade: _____	Escolaridade: _____

Agora vamos fazer alguns testes para avaliar a sua atenção, memória e rapidez motora.

AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA		
Como qual mão você escreve?	(1) Direita (2) Esquerda	np1 ____
Finger Tapping Test-		np2 ____
Dominante	1º ____	np3 ____
	2º ____	np4 ____
	3º ____	np5 ____
	4º ____	np6 ____
	5º ____	
Finger Tapping Test-	1º ____	np13 ____
Não Dominante	2º ____	np14 ____
	3º ____	np15 ____
	4º ____	np16 ____
	5º ____	np17 ____

Grooved Pegboard Test	
Tempo da mão dominante _____	np24 ____
Tempo da mão NÃO dominante _____	np25 ____
Teste de Trilhas (folhas separadas)	
Resultado: ____ ____	np26 ____ ____
Escala Internacional de Demência por HIV	
<p>Registro de memória: mencionar 4 palavras que o paciente deverá recordar (cão, chapéu, feijão, vermelho). Apresentar cada palavra em 1 segundo. Depois, peça para o paciente repetir as 4 palavras que você acabou de mencionar. Repita as palavras que o paciente não lembrou imediatamente. Explique ao paciente que você perguntará por essas palavras alguns minutos depois.</p>	
<p>Rapidez motora: solicite que o paciente bata os dois primeiros dedos da mão não dominante tão ampla e rapidamente quanto possível</p> <p>Pontuação: (0) 0-2 em 5 segundos (1) 3-6 em 5 segundos (2) 7-10 em 5 segundos (3) 11-14 em 5 segundos (4) 15 em 5 segundos</p>	np28 ____ ____
<p>Rapidez psicomotora: o paciente deverá realizar os seguintes movimentos com a mão não dominante tão rápido quanto possível:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apertar a mão em punho sobre uma superfície plana; - Colocar a mão sobre uma superfície plana com a palma para baixo; - Colocar a mão perpendicularmente à superfície plana sobre o lado do quinto dedo. <p>Demonstrar e solicitar que o paciente pratique duas vezes esses movimentos.</p> <p>Pontuação: (0) incapaz de realizar (1) 1 sequência em 10 segundos (2) 2 sequências em 10 segundos (3) 3 sequências em 10 segundos (4) 4 sequências em 10 segundos</p>	np29 ____ ____
<p>Memória: perguntar ao paciente pelas 4 palavras mencionadas no início desta parte da avaliação. Para as palavras não recordadas, mencionar uma clave semântica, por ex.: animal (cão), peça de roupa (chapéu), alimento (feijão), cor (vermelho).</p> <p>Pontuação: - 1 ponto para cada palavra lembrada espontaneamente. - 0,5 ponto para cada palavra lembrada após a clave semântica. (Máximo = 4 pontos)</p> <p>Pontuação Total: _____</p>	Esp _____ Clsm _____ Total _____

Percepção pelo paciente de perda de funções cognitivas (PPFG)	
<p>Você tem perda de memória com frequência? Se esquece de eventos especiais, reuniões e/ou compromissos?</p> <p style="text-align: center;">(0) Não (1) Sim</p>	np30 ____
<p>Você se sente mais lento quanto pensa, planeja atividades ou resolve problemas?</p> <p style="text-align: center;">(0) Não (1) Sim</p>	
<p>Você tem dificuldade para prestar atenção, por exemplo: conversar, ler jornais, assistir um filme, novelas?</p> <p style="text-align: center;">(0) Não (1) Sim</p>	
<p>Resultado QPFG. Se uma resposta for afirmativa considerar como: "Paciente tem percepção de perda de funções cognitivas".</p> <p style="text-align: center;">(1) Tem percepção (2) Não tem percepção</p>	
MOCA (folha separada)	

Anexo K – Questionário Geral



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
E COMPORTAMENTO



Questionário Geral

Sou da Universidade Católica de Pelotas e faço parte do estudo sobre a saúde dos pacientes atendidos no SAE . Podemos conversar?

Nº do questionário: _____		Nº do prontuário: _____	
Nome do entrevistador: _____			
Nome do entrevistado: _____			
Telefone: () _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Existe algum ponto de referência por perto? Qual? _____			
Idade: _____		Data: ____ / ____ / ____	
Dados Gerais			
1) Sexo do entrevistado? (1) masculino (2) feminino			g1 ____
2) Cor da pele do entrevistado? (0) Branca (1) Negra (2) Parda (3) Amarela (4) Outra: _____			g2 ____
3) Qual a sua data de nascimento? ____ ____ / ____ ____ / ____ ____ ____ ____			g3 ____
4) Até que série e grau você estudou? ____ ____ série do ____ grau			g4 ____
Relacionamentos			
<p>Agora vamos conversar um pouco sobre seus relacionamentos. O senhor (a) fique a vontade ao responder estas questões, pois todos os dados coletados aqui são extremamente sigilosos, e em nenhum momento seu nome será exposto. Quanto mais verdadeira sua resposta, melhor será o resultado se nossa pesquisa, assim como os frutos dela.</p>			
5) Você tem um relacionamento estável (duração de um ano ou mais)?			g5 ____
(0) Não (1) Sim			

<p>6) Seu parceiro também é HIV?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	g6 ____
<p>7) Nas relações sexuais você usa preservativo?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	g7 ____
<p>8) Você teve relações sexuais nos últimos 12 meses?</p> <p>(0) Não- <i>Pula para questão 10</i> (1) Sim</p>	g8 ____
<p>9) Com quantas pessoas você teve relações sexuais nos últimos 12 meses?</p> <p style="text-align: right;">_ _ _ pessoas.</p>	g9 ____
<p>10) Você já teve relações sexuais com:</p> <p>Homens (0) Não (1) Sim</p> <p>Mulheres (0) Não (1) Sim</p>	g10 ____
<p>11) Nas últimas três vezes que você teve relação sexual, em quantas vezes você ou seu parceiro usou camisinha?</p> <p>(0) nenhuma vez (1) 1 vez (2) 2 vezes (3) 3 vezes</p>	g11 ____
<p>12) Nos últimos 12 meses, você teve relação(s) sexual (is) onde pagou ou recebeu dinheiro, favores ou brindes, para realizar a relação?</p> <p>(0) Não - <i>Pula para questão 14</i> (1) Sim</p>	g12 ____
<p>13) Você trocou sexo por:</p> <p>a) Dinheiro (0) Não (1) Sim</p> <p>b) Favores (0) Não (1) Sim</p> <p>c) Drogas (0) Não (1) Sim</p> <p>d) Presentes (0) Não (1) Sim</p> <p>e) Outros: _____</p>	<p>g13a ____</p> <p>g 13b ____</p> <p>g 13c ____</p>

(1) sim, fumo menos cigarros do que eu costumava fumar

(2) sim, fumo mais cigarros do que eu costumava fumar

(AUTOAPLICÁVEL)

30) Abaixo há uma lista de declarações sobre o fumo. Cada declaração contém uma possível consequência do fumo. Para cada uma das afirmações abaixo, por favor, marque o quão provável ou improvável você acredita que cada consequência tem para você quando você fuma. Se o resultado parece **pouco provável**, circule um número de **0 a 4**. Se a consequência parece **provável**, circule um número de **5 a 9**. Isto é, se você acredita que uma consequência **nunca vai acontecer**, círculo **0**, se você acredita que **uma consequência pode acontecer a cada vez que você fuma**, círculo **9**.

g30 ____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Completamente Extremamente Muito Bastante Um pouco Um pouco Bastante Muito Extremamente
 Completamente
 <-----IMPROVÁVEL-----><-----PROVÁVEL----->

a) Fumar significa perder anos da minha vida.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Fumar é perigoso à minha saúde.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

c) Quanto mais eu fumo, mais eu arrisco minha saúde.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

d) Ao fumar, eu estou em risco de desenvolver doenças cardíacas e câncer de pulmão.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

e) Cigarros têm um gosto bom.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

f) Eu gosto das sensações de sabor enquanto fumo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

g) Quando eu fumo, o gosto é agradável.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

h) Eu irei aproveitar o gosto de um cigarro.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

i) Eu gosto de sentir o cigarro em minha língua e em meus lábios.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

j) Quando eu estou com raiva um cigarro pode me acalmar.

<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>k) Cigarros me ajudam a lidar com minha raiva.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>l) Cigarros me ajudam a lidar com a ansiedade ou preocupações.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>m) Fumar me acalma quando eu me sinto nervoso.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>n) Fumar me ajuda a lidar com a tristeza.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>o) Cigarros me ajudam a reduzir ou lidar com o estresse.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>p) Cigarros me ajudam a superar quando estou chateado com alguém.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>q) Fumar me ajuda a controlar meu peso.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>r) Fumar mantém meu peso baixo.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>s) Cigarros me ajudam a manter o peso e a não comer mais do que deveria.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>t) Fumar controla meu apetite.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>u) Cigarros me ajudam a controlar meu peso e não comer demais.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>	
---	--

Teste de dependência à nicotina de Fagerström

<p>31) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?</p> <p>(1) Dentro de 5 minutos</p> <p>(2) Entre 6-30 minutos</p> <p>(3) Entre 31-60 minutos</p> <p>(4) Após 60 minutos</p>	g 31 ____
<p>32) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	g32 ____

33) Qual cigarro do dia traz mais satisfação? (1) O primeiro da manhã (2) Outros (3) Nenhum	g33 ____
34) Quantos cigarros você fuma por dia? _____ cigarros	g34 ____
35) Você fuma mais frequentemente pela manhã? (0) Não (1) Sim	g35 ____
36) Você fuma mesmo doente? (0) Não (1) Sim	g36 ____
<p>Leia as frases abaixo e marque com um X a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso pensar muito em cada questão.</p> <p>Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.</p>	
37) Eu me sinto tenso ou contraído: (3) boa parte do tempo (2) a maior parte do tempo (1) de vez em quando (0) nunca	g37 ____
38) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes: (0) sim, do mesmo jeito que antes (1) não tanto quanto antes (2) só um pouco (3) já não sinto prazer em mais nada	g38 ____
39) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa fosse acontecer: (3) sim, e de um jeito muito forte (2) sim, mas não tão forte (1) um pouco, mas isso não me preocupa (0) não sinto nada disso	g39 ____
40) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: (0) do mesmo jeito que antes (1) atualmente um pouco menos (2) atualmente bem menos (3) não consigo mais	g40 ____
41) Estou com a cabeça cheia de preocupações: (3) a maior parte do tempo	g41 ____

<p>(2) boa parte do tempo (1) de vez em quando (0) raramente</p>	
<p>42) Eu me sinto alegre: (3) nunca (2) poucas vezes (1) muitas vezes (0) a maior parte do tempo</p>	g42 ____
<p>43) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: (0) sim, quase sempre (1) muitas vezes (2) poucas vezes (3) nunca</p>	g43 ____
<p>44) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas: (3) quase sempre (2) muitas vezes (1) de vez em quando (0) nunca</p>	g44 ____
<p>45) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: (0) nunca (1) de vez em quando (2) muitas vezes (3) quase sempre</p>	g45 ____
<p>46) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: (3) completamente (2) não estou mais me cuidando como eu deveria (1) talvez não tanto quanto antes (0) me cuido do mesmo jeito que antes</p>	g46 ____
<p>47) Eu me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum: (3) sim, demais (2) bastante (1) um pouco (0) não me sinto assim</p>	g47 ____
<p>48) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir: (0) do mesmo jeito que antes (1) um pouco menos do que antes (2) bem menos do que antes</p>	g48 ____

(3) quase nunca	
49) De repente tenho a sensação de entrar em pânico: (3) a quase todo momento (2) várias vezes (1) de vez em quando (0) não sinto nada disso	g49 ____
50) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa: (0) quase sempre (1) várias vezes (2) poucas vezes (3) quase nunca	g50 ____

Questionário Sobre Traumas na Infância

A seguir, falaremos sobre traumas vividos na infância, por favor pense o quanto estas

Afirmações são verdadeiras para você.

(INSTRUMENTO AUTOAPLICÁVEL)

51) Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	
a) Eu não tive o suficiente para comer	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51a ____
b) Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51b ____
c) As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo, "estúpido(a)" "preguiçoso(a)" ou "feio(a).	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51c ____
d) Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da minha família.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51d ____
e) Houve alguém na minha família que me ajudou a me sentir especial ou importante.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51e ____
f) Eu tive que usar as roupas sujas.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51f ____
g) Eu me sinto amado(a).	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51g ____
h) Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51h ____
i) Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51i ____
j) Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51j ____
k) Alguém da minha família me bateu tanto	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	

que me deixou com machucados roxos.						g51k ___
l) Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51l ___
m) As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51m ___
n) Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51n ___
o) Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51o ___
p) Eu tive uma ótima infância.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51p ___
q) Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51q ___
r) Eu senti que alguém da minha família me odiava.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51r ___
s) As pessoas da minha família se sentiam unidas.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51s ___
t) Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51t ___
u) Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51u ___
v) Eu tive a melhor família do mundo.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51v ___
<i>Continuação do Instrumento CTQ (Quest. 51)</i>						
Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	
w) Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51w ___
x) Alguém me molestou.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51x ___
y) Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51y ___
z) Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51z ___
z.a) Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51z.a ___
z.b) Minha família foi uma fonte de força e apoio.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	g51z.b ___

Ongoing Abuse Screen (OAS)

52) Atualmente você está sendo abusado (a) emocionalmente ou fisicamente por seu/ sua parceira ou para alguém importante para você? (0) Não (1) Sim	g52 ____
53) Atualmente você está sendo maltratada fisicamente (tapas, socos, chutes) por seu/ sua parceira ou para alguém importante para você? (0) Não (1) Sim	g53 ____
54) Atualmente você está sendo forçado(a) a ter atividades sexuais? (0) Não (1) Sim	g54 ____
55) Você tem medo de seu/sua parceira ou do seu marido/esposa, ex-marido/ex-esposa, namorado/namorada ou de algum estranho? (ENTREVISTADOR(A), circule caso seja necessário). (0) Não (1) Sim	g55 ____
Escala de Resiliência	
Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:	
56) Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g56 ____
57) Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g57 ____
58) Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g58 ____
59) Manter interesse nas coisas é importante para mim Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g59 ____
60) Eu posso estar por minha conta se eu precisar Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g60 ____
61) Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g61 ____
62) Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g62 ____
63) Eu sou amigo de mim mesmo	g63 ____

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	
64) Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g64 ____
65) Eu sou determinado Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g65 ____
66) Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g66 ____
67) Eu faço as coisas um dia de cada vez Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g67 ____
68) Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g68 ____
69) Eu sou disciplinado Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g69 ____
70) Eu mantenho interesse nas coisas Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g70 ____
71) Eu normalmente posso achar motivo para rir Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g71 ____
72) Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g72 ____
73) Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g73 ____
74) Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g74 ____
75) Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g75 ____
76) Minha vida tem sentido	g76 ____

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	
77) Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g77 ____
78) Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g78 ____
79) Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g79 ____
80) Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente	g80 ____
Vamos conversar um pouco sobre possíveis dores que você possa estar sentindo	
81) No último ano, você teve dorimento nas juntas? (0) Não – Pular para questão 87 (1) Sim	g81 ____
82) Este dorimento durou a maior parte dos dias, por pelo menos um mês e meio? (0) Não (1) Sim	g82 ____
83) Qual (quais) articulações você sentiu dor no último ano? a) Ombro direito (0) Não (1) Sim b) Ombro esquerdo (0) Não (1) Sim c) Cotovelo direito (0) Não (1) Sim d) Cotovelo esquerdo (0) Não (1) Sim e) Punho direito (0) Não (1) Sim f) Punho esquerdo (0) Não (1) Sim g) Mão direita (0) Não (1) Sim h) Mão esquerda (0) Não (1) Sim i) Quadril direito (0) Não (1) Sim j) Quadril esquerdo (0) Não (1) Sim k) Joelho direito (0) Não (1) Sim l) Joelho esquerdo (0) Não (1) Sim m) Tornozelo direito (0) Não (1) Sim n) Tornozelo esquerdo (0) Não (1) Sim o) Pé direito (0) Não (1) Sim p) Pé esquerdo (0) Não (1) Sim q) Costas (0) Não (1) Sim	g83a ____ g83b ____ g83c ____ g83d ____ g83e ____ g83f ____ g83g ____ g83h ____ g83i ____ g83j ____ g83k ____ g83l ____ g83m ____ g83n ____ g83o ____ g83p ____ g83q ____
84) A sua dor nas juntas o faz tomar remédios para dor? (0) Não (1) Sim	g84 ____
85) Com que frequência você usa remédios para aliviar a dor nas juntas? (1) Diariamente (2) Quase diariamente	g85 ____

(3) Eventualmente (4) Quase nunca (5) Nunca	
86) Desde que você apresenta a infecção pelo HIV alguma vez já apresentou uma crise de dor em uma ou mais juntas de início súbito e de forte intensidade que o fez procurar atendimento médico de urgência? (0) Não (1) Sim	g86 ____
87) No último ano, você teve inchaço na juntas? (0) Não - Pular para questão 89 (1) Sim	g87 ____
88) Este inchaço durou a maior parte dos dias, por pelo menos um mês e meio? (0) Não (1) Sim	g88 ____
89) No último ano, você teve endurecimento ou dificuldade para mexer as juntas, ao levantar pela manhã? (0) Não - Pular para questão 91 (1) Sim	g89 ____
90) Este endurecimento durou a maior parte do dia, por pelo menos um mês e meio? (0) Não (1) Sim	g90 ____
91) Você já foi diagnosticado por algum médico como tendo algum reumatismo? (0) Não - Pular para questão 93 (1) Sim	g91 ____
92) Se sim qual? _____	g92 ____
Percepção pelo paciente de perda de funções cognitivas (PPFG)	
93) Você tem perda de memória com frequência? Se esquece de eventos especiais, reuniões, compromissos? (0) Não (1) Sim	g93 ____
94) Você se sente mais lento quanto pensa, planeja atividades ou resolve problemas? (0) Não (1) Sim	g94 ____
95) Você tem dificuldade para prestar atenção, por exemplo: conversar, ler jornais, assistir um filme, novelas? (0) Não (1) Sim	g95 ____
96) Resultado QPFG. Se uma resposta for afirmativa considerar como: "Paciente tem percepção de perda de funções cognitivas" (1) Tem percepção (2) Não tem percepção	g96 ____
Escala Instrumental para Atividades da Vida (EIAV)	

<p>97) Em relação ao uso de telefone:</p> <p>(3) Recebe e faz ligações sem assistência</p> <p>(2) Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas</p> <p>(1) Não tem o hábito de usar o telefone ou é incapaz de usá-lo</p>	<p>g97 ___</p>
<p>98) Em relação a viagens:</p> <p>(3) Realiza viagens sozinho</p> <p>(2) Somente viaja quando tem companhia</p> <p>(1) Não tem o hábito de viajar ou é incapaz de fazê-lo</p>	<p>g98 ___</p>
<p>99) Em relação à realização de compras:</p> <p>(3) Realiza compras quando lhe é fornecido transporte</p> <p>(2) Somente realiza compras quando tem companhia</p> <p>(1) Não tem o hábito de realizar compras ou é incapaz de fazê-lo</p>	<p>g99 ___</p>
<p>100) Em relação ao preparo de refeições:</p> <p>(3) Planeja e cozinha refeições completas</p> <p>(2) Somente prepara refeições pequenas ou quando tem ajuda</p> <p>(1) Não tem o hábito de preparar refeições ou é incapaz de fazê-lo</p>	<p>g100 ___</p>
<p>101) Em relação ao trabalho doméstico:</p> <p>(3) Realiza tarefas pesadas</p> <p>(2) Realiza tarefas leves, precisando de ajuda nas pesadas</p> <p>(1) não tem o hábito de realizar trabalhos domésticos ou é incapaz de fazê- ló</p>	<p>g101 ___</p>
<p>102) Em relação ao uso de medicamentos:</p> <p>(3) Faz uso de medicamentos sem assistência</p> <p>(2) Necessita de lembretes ou de assistência</p> <p>(1) É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos</p>	<p>g102 ___</p>
<p>103) Em relação ao manuseio de dinheiro:</p> <p>(3) Paga contas sem auxílio</p> <p>(2) Necessita de assistência para pagar contas</p> <p>(1) Não tem o hábito de lidar com dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas</p>	<p>g103 ___</p>

Agora, vou ler para o(a) senhor(a) algumas perguntas sobre a alimentação em sua casa, nos últimos

três meses. As perguntas são parecidas umas com as outras, mas mesmo assim é importante que o(a) senhor(a) responda a cada uma delas.	
104) Nos últimos três meses, o(a) senhor(a) teve preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que o(a) senhor(a) tivesse condição de comprar ou receber mais comida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	g104 —
105) Nesse período, a comida acabou antes que o(a) senhor(a) tivesse dinheiro para comprar mais? (0) Não (1) Sim (9) IGN	g105 —
106) O(a) senhor(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação variada e saudável? (0) Não (1) Sim (9) IGN	g106 —
107) Nos últimos três meses, o(a) senhor(a) teve que se arranjar com apenas alguns alimentos porque o dinheiro acabou? (0) Não (1) Sim (9) IGN	g107 —
108) Nesse período, o(a) senhor(a) ou algum adulto em sua casa, diminuiu alguma vez a quantidade de alimentos nas refeições ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para a comida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	g108 —
109) Nesse mesmo período, o(a) senhor(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	g109 —
110) Nesses três meses, o(a) senhor(a) alguma vez sentiu fome, mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente? (0) Não (1) Sim (9) IGN	g110 —
111) O(a) senhor(a) perdeu peso, nesse período, porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	g111 —
112) O(a) senhor(a) ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, nesses três meses, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar comida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	g112 —
113) Na casa mora alguém com menos de 18 anos? (0) Não – <i>Pule para o enunciado seguinte</i> (1) Sim	g113 —
114) Nos últimos três meses, o senhor não pode oferecer a(s) criança(s) ou adolescente (s) uma alimentação saudável porque não tinha dinheiro para isto? (0) Não (1) Sim (9) IGN (8) NSA	g114 —
115) Nesse período a(s) criança(s) ou o(s) adolescente(s) não comeu (comeram) o suficiente porque não havia dinheiro para a comida?	g115 —

(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	(8) NSA	
116) Nos últimos três meses o senhor (a) alguma vez diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de sua (s) criança (s) ou adolescente(s), porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida?				g116 —
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	(8) NSA	
117) Nos últimos três meses, alguma vez o senhor teve de pular uma refeição da(s) criança(s) ou do(s) adolescente(s) porque não havia dinheiro para comprar comida?				g117 —
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	(8) NSA	
118) Nos últimos três meses, sua(s) criança(s) ou adolescente(s) teve (tiveram) fome, mas o senhor simplesmente não podia comprar mais comida?				g118 —
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	(8) NSA	
119) Nos últimos três meses, sua(s) criança(s) ou adolescente(s) ficou (ficaram) sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para a comida?				g119 —
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	(8) NSA	
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ATIVIDADE FÍSICA. QUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FISICA FORMA CURTA				
Para responder as questões lembre-se que:				
<ul style="list-style-type: none"> • Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem você respirar MUITO mais forte que o <i>normal</i>. • Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico, e que faz você respirar UM POUCO mais forte que o normal. 				
Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.				
120) Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar BASTANTE ou aumentem MUITO sua respiração ou batimentos do coração.				g120 —
Dias _____ por semana		Nenhum ()		
121) Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u> , quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades <u>por dia</u> ?				g121 —
Horas: _____		Minutos: _____		
122) Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades MODERADAS <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u> , como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginastica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que				g122 —

<p>faça você suar leve ou aumentem moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)</p> <p>Dias _____ por semana Nenhum ()</p>	
<p>123) Nos dias em que você faz essas atividades moderadas por pelo menos <u>10 minutos contínuos</u> quanta tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?</p> <p>Horas: _____ Minutos: _____</p>	g123 ____
<p>124) Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos <u>10 minutos contínuos</u> em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?</p> <p>Dias _____ Por Semana Nenhum ()</p>	g124 ____
<p>125) Nos dias em que você caminha por pelo menos <u>10 minutos contínuos</u> quanto tempo no total você gasta caminhando por dia?</p> <p>Horas: _____ Minutos: _____</p>	g125 ____
<p>126) Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão. Quanto tempo por dia você fica sentado em dia de semana?</p> <p>Horas: _____ Minutos: _____</p>	g126 ____
<p>127) Quanto tempo por dia você fica sentado no final de semana?</p> <p>Horas: _____ Minutos: _____</p>	g127 ____
<p>128) Você trabalha? (0) Não (1) Sim</p>	g128 ____
<p>129) Quem é o chefe da família? (0) Homem (1) Mulher (2) Homem/Mulher</p>	g129 ____
<p>130) Até série e grau o chefe da família estudou? ____ ____ série ____ grau</p>	g130 ____
<p>131) Além de você quantas pessoas moram em sua casa? ____ ____</p>	g131 ____
<p>132) A família recebe algum tipo de benefício social? (0) não (1) sim</p>	g132 ____
<p>133) Se sim, qual? _____</p>	g133 ____
<p>134) Qual sua renda mensal (<i>sem contar o valor do benefício</i>)? _____</p>	g134 ____

35) No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa?							g135 __	
R\$ _____								
R\$ _____								
R\$ _____								
R\$ _____								
Se recebe benefício social, valor: R\$ _____								
136) Agora vou fazer algumas perguntas a respeito de aparelhos que a você tem em casa. Na tua casa tem:								
a) Aspirador de pó?	(0) não	(1) sim	(9) IGN					g136a __
b) Máquina de lavar roupa? (não considerar tanquinho)	(0) não	(1) sim	(9) IGN					g136b __
c) Videocassete ou DVD?	(0) não	(1) sim	(9) IGN					g136c __
d) Geladeira?	(0) não	(1) sim	(9) IGN					g136d __
e) Freezer ou geladeira duplex?	(0) não	(1) sim	(9) IGN					g136e __
f) Forno de microondas?	(0) não	(1) sim	(9) IGN					g136f __
g) Microcomputador?	(0) não	(1) sim	(9) IGN					g136g __
h) Telefone fixo? (convencional)	(0) não	(1) sim	(9) IGN					g136h __
137) Na sua casa, a Sra. tem? Quantos?								
a) Rádio	0	1	2	3	4+	9	g137a __	
b) Televisão preto e branco	0	1	2	3	4+	9	g137b __	
c) Televisão colorida	0	1	2	3	4+	9	g137c __	
d) Automóvel (somente de uso particular)	0	1	2	3	4+	9	g137d __	

e) Aparelho de ar condicionado (se ar condicionado central, marque o nº de cômodos servidos)	0	1	2	3	4+	9	g137e __
--	---	---	---	---	----	---	-----------------

Anexo L – Avaliação do Prontuário

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
E COMPORTAMENTO

Responder conforme prontuário

Nº do questionário: ____ / ____ / ____	Nº do prontuário: _____
Nome do entrevistado: _____	
Data: ____ / ____ / ____	
Dados do Prontuário do paciente	
1) Data do diagnóstico: ____ / ____ / ____	p1 ____
2) Categoria de exposição: (0) Heterossexual (1) Homossexual (2) Bissexual (3) Vertical (4) Uso de drogas injetáveis (5) Transfusão de Sangue (6) Ignorado	p2 ____
3) Estado clínico atual: (0) Estável/Compensado (1) Descompensado	p3 ____
4) Estágio clínico no diagnóstico: (0) Infecção Aguda (1) Assintomático (2) Sintomático (3) AIDS	p4 ____
Intercorrências clínicas	
5) Diabetes Mellitus (0) não (1) sim (9) ignorado	p5 ____
6) Hipertensão arterial (0) não (1) sim (9) ignorado	p6 ____
7) Dislipidemia (0) não (1) sim (9) ignorado	p7 ____
8) HVC (0) não (1) sim (9) ignorado	p8 ____
9) HBV (0) não (1) sim (9) ignorado	p9 ____
10) Doença Renal crônica	p10 ____

(0) não (1) sim (9) ignorado	
11) Doença pulmonar crônica (0) não (1) sim (9) ignorado	p11__
12) Outras () Quais?	p12__
Intercorrências Relacionadas ao HIV	
13) Toxoplasmose cerebral (0) não (1) sim (9) ignorado	p13__
14) Pneumocistose (0) não (1) sim (9) ignorado	p14__
15) Meningite criptocócica (0) não (1) sim (9) ignorado	p15__
16) Sarcoma de kaposi (0) não (1) sim (9) ignorado	p16__
17) Tuberculose pulmonar (0) não (1) sim (9) ignorado	p17__
18) Tuberculose extra pulmonar (0) não (1) sim (9) ignorado	p18__
19) Histoplasmose (0) não (1) sim (9) ignorado	p19__
20) Linfoma não Hodgkin (0) não (1) sim (9) ignorado	p20__
21) Linfoma SNC (0) não (1) sim (9) ignorado	p21__
22) Candidíase esofágica (0) não (1) sim (9) ignorado	p22__
23) Candidíase oral (0) não (1) sim (9) ignorado	p23__
24) Herpes zoster (0) não (1) sim (9) ignorado	p24__
25) Câncer de colo uterino (0) não (1) sim (9) ignorado	p25__

26) Outras () Quais?	p26__
Esquemas ARV	
27) Primeiro esquema antirretroviral? (0) não (1) sim	p27__
28) Se sim, data do início ___/___/___	p28__
29) Se não, quantos esquemas anteriores?	p29__
30) TARV atual:	p30__
31) TARV passadas:	p31__
32) Retirada de TARV nos últimos 3 meses? (0) não (1) sim	p32__
33) Qual TARV retirada na farmácia nos últimos 3 meses?	p33__
Dados laboratoriais – últimos 3 meses	
34) C1- Carga viral inicial _____ log	p34__
35) C2- Data VC inicial ___/___/___	p35__

36) C3- Carga Viral última _____ log	p36_____
37) C4– Data CV última ____/____/____	p37_____
38) C5– Variação da carga viral _____ log	p38_____
39) C6– Contagem de CD4 inicial	p39_____
40) C7– Data CD4 inicial ____/____/____	p40_____
41) C8– Contagem de CD4 última _____	p41_____
42) C9– Data CD4 última ____/____/____	p42_____
43) C10 – CD4 mais baixo _____	p43_____
44) C11 - Data CD4 mais baixo _____	p44_____

Medicação antirretroviral atual:

45) Zidovudina (AZT)	(0) não	(1) sim	p45_____
46) Lamivudina (3TC, Epivir)	(0) não	(1) sim	p46_____
47) Zidovudina + Lamivudina (Biovir)	(0) não	(1) sim	p47_____
48) Didanosina (DDI, Videx)	(0) não	(1) sim	p48_____
49) Tenofovir (TDF)	(0) não	(1) sim	p49_____
50) Abacavir (Ziagenavir)	(0) não	(1) sim	p50_____
51) Efavirenz (Stocrin)	(0) não	(1) sim	p51_____
52) Nevirapina (Viramune)	(0) não	(1) sim	p52_____
53) Lopinavir/Ritonavir (Kaletra)	(0) não	(1) sim	p53_____
54) Atazanavir (Reyataz)	(0) não	(1) sim	p54_____
55) Darunavir (Prezista)	(0) não	(1) sim	p55_____
56) Fosamprenavir (Telzir)	(0) não	(1) sim	p56_____

57) Indinavir (Crixivan)	(0) não	(1) sim	p57_____
58) Ritonavir (Norvir)	(0) não	(1) sim	p58_____
59) Saquinavir (Invirase)	(0) não	(1) sim	p59_____

60)	Enfuvirtida (Fuzeon)	(0) não	(1) sim	p60_____
61)	Raltegravir (Isentress)	(0) não	(1) sim	p61_____
62)	Maraviroque (Celsentri)	(0) não	(1) sim	p62_____
63)	Etravirina (Intelence)	(0) não	(1) sim	p63_____
64)	Tenofovir + Lamivuvuda	(0) não	(1) sim	p64_____
65)	TDF + 3TC + EFA	(0) não	(1) sim	p65_____
Dosagens				
66)	Dosagem de vitamina B12:			p66_____
67)	Dosagem de ácido fólico:			p67_____
68)	TSH:			p68_____
69)	VDRL	(0) não reagente	(1) reagente (9) não realizado	p69_____
70)	Albumina sérica:			p70_____