



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

Ligia Lopes Devóglio

Tabagismo em pessoas que vivem com HIV/aids

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Co-orientadora: Profa. Adj. Ilda de Godoy

Botucatu

2019

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Ligia Lopes Devóglio

Tabagismo em pessoas que vivem com HIV/aids

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Co-orientadora: Profa. Adj. Ilda de Godoy

Botucatu

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: LUCIANA PIZZANI-CRB 8/6772

Devoglio, Lígia Lopes.
Tabagismo em pessoas que vivem com HIV/aids / Lígia
Lopes Devoglio. - Botucatu, 2019

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu
Orientador: Marli Teresinha Cassamassimo Duarte
Coorientador: Ilda de Godoy
Capes: 40600009

1. AIDS (Doença). 2. HIV (Vírus). 3. Pesquisa qualitativa. 4.
Prevalência. 5. Fumo - Vício.

Palavras-chave: AIDS; HIV; Pesquisa qualitativa;
Prevalência; Tabagismo.

“Seja a mudança que você deseja ver no mundo”

Mahatma Gandhi

Dedico esta pesquisa principalmente aos pacientes que vivem com HIV/aids, por se disponibilizarem e me motivarem a trabalhar com esta temática. Espero que este estudo contribua para a qualidade de vida de vocês.

Aos meus pais, como já disse no mestrado, esse título é nosso! E a minha linda e amada avó Guiomar, que sempre pergunta como estão meus estudos em Botucatu.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais Ivone e Reynaldo, que sempre se esforçaram e fizeram de tudo para que eu estudasse nas melhores escolas, sempre me incentivaram a focar apenas nos estudos e quando terminei a Graduação me incentivaram a continuar estudando, mesmo que muitas vezes sem disposição para continuar. Agradeço por terem acreditado em mim e por me apoiarem sempre em todas as minhas escolhas, agradeço por todas as ligações e conversas nesse longo caminho que venho percorrendo.

Agradeço também ao meu namorado, amigo e companheiro Leonardo (Pêdo), que está comigo desde o início do Doutorado, me apoiando, me ouvindo, me animando e sempre me elogiando, cada vez que pensei em desistir você estava lá dizendo o quanto eu era boa no que faço, obrigada mesmo, obrigada por confiar em mim, você tornou essa etapa mais leve. Obrigada não apenas por me confortar emocionalmente, mas por me ajudar com as traduções, formatações, com as transcrições e por sempre me apoiar nas minhas escolhas, mesmo quando elas a levam para longe de você. Que venham novos planos e dessa vez juntos. Obrigada por acreditar em mim e sempre me incentivar.

A minha grande amiga nutricionista Juliana (Mal), que mesmo estando um pouco mais distante nesses últimos anos, sempre esteve presente na minha vida, nas minhas conquistas e lutas. Ao longo desses nove anos de muita amizade, carinho, criamos laços e ideias muito parecidas, aprendemos muito uma com a outra e nos tornamos pessoas e profissionais melhores, agradeço por todo aprendizado que me passou e pelas trocas de experiências.

A Profa. Dra. Ilda de Godoy, pela companhia, amizade, carinho e dedicação que teve por mim ao longo destes seis anos de caminhada,

obrigada por todo aprendizado que me passou, por sempre me incentivar, me ajudar e acreditar em mim, sem dúvidas foi a melhor orientadora que eu poderia ter. Obrigada por ter contribuído tanto no meu processo de amadurecimento e crescimento pessoal e profissional. Você é minha inspiração, como enfermeira, professora, pesquisadora e mulher. Obrigada também por se comprometer a me orientar até o final.

A Profa. Dra. Maria Helena Borgato, que me incentivou a iniciar meus estudos na Pós-Graduação, que confiou em mim desde o começo, desde a Graduação, sempre me elogiando e confiando seus alunos a mim, obrigada pela oportunidade ao longo desses últimos anos. Obrigada por toda sabedoria e confiança que deposita em mim.

A Profa. Dra. Marlí Teresinha Cassamassimo Duarte, que também desde a Graduação sempre confiou no meu potencial e no meu trabalho, agradeço principalmente por ter me inserido por dois anos no Ambulatório de Ginecologia do SAE de Infectologia, foi essencial para o meu amadurecimento profissional e facilitou muito minha pesquisa de Doutorado. Obrigada também por ter aceitado me orientar nesta última etapa do Doutorado e por toda contribuição em minha tese.

Ao Prof. Dr. José Eduardo Corrente, que desde o mestrado, me ajuda com as análises estatísticas, obrigada pelo bom humor em cada reunião, pelas risadas, conversas e por me ajudar sempre que eu pedi, mesmo quando você não tinha mais horário, nem tempo, sempre dava um jeito. Além de contribuir muito na confecção dos nossos artigos. Obrigada por ter se tornado um amigo nestes seis anos.

A Profa. Dra. Renata Ferrari, que participou da minha banca de qualificação e desde então só fez contribuições em minha tese, agradeço por toda dedicação e todas as análises estatísticas que fez, mesmo nos seus últimos dias de gestação estava lá me ajudando. Obrigada por

dividir sua experiência conosco. E a Profa. Dra. Irma de Godoy que também fez grandes contribuições como coautora de um artigo resultado da tese.

A Profa. Dra. Cristiane Murta e ao seu marido Artur Sixto, que me ajudaram não apenas na tradução do artigo, mas também na formatação e revisão dele. Agradeço por todo tempo que dedicaram e contribuíram para melhora do artigo, fizeram muito mais do que eu esperava.

A todos os amigos de mestrado e doutorado da Pós-Graduação em Saúde Coletiva que conheci, especialmente as amigas Anna Paula (Jane) e Lisi. A Jane me acompanha nesse caminho desde o Mestrado, trocando experiências, me ajudando e contribuindo para o meu crescimento, obrigada também por me ajudar na escrita do artigo de revisão, com sua ajuda se tornou mais fácil. E a Lisi, pela companhia diária que tivemos, pelas conversas, risadas e momentos de desabafo, juntas acredito que nos tornamos mais fortes para vencermos esse processo, obrigada pela companhia, amizade, carinho e aprendizado. Vocês foram essenciais nesses últimos anos. E aos amigos que fiz na comissão do COSC, Dani, Violeta e Guilherme, obrigada por cada reunião, cada risada, cada desabafo, cada comemoração, esses anos de convivência e luta por algo feito por nós foram muito gratificante, além de me proporcionar aprendizado e experiência, pude conhecer grandes amigos e profissionais muito competentes e dedicados.

As amigas da Pós-Graduação da UNESP de Rio Claro, especialmente a Juliana Oler (Ju), que sempre esteve presente, conversando, trocando ideias, rindo e até mesmo chorando. Foi bom compartilhar estes momentos, com pessoas de áreas tão diferentes.

A equipe do SAE de Infectologia, especialmente, aos funcionários da recepção Bia e André, a psicóloga Priscila, a fisioterapeuta Luciana,

a infectologista Profa. Lenice, a farmacêutica Vânia, a enfermeira Luciene e a funcionária Cleide. Graças a eles, pude realizar e concluir minha pesquisa de Doutorado, obrigada por toda ajuda, por facilitarem o contato com os pacientes e pelo interesse e apoio em minha pesquisa, obrigada por confiarem no meu trabalho, me acolherem como parte da Equipe e sempre me tratarem tão bem.

A bibliotecária Darcila, que mais uma vez, dispôs do seu tempo para me ajudar na busca de artigos em diversas bases de dados, com a ajuda dela pude realizar minha revisão de literatura com maior segurança. Sua alegria e simpatia tornam o trabalho mais leve.

A ex-aluna do quarto ano de Graduação em Enfermagem, Caroline (Papa), que me ajudou na coleta de dados e nas transcrições de algumas entrevistas meu muito obrigada, sua ajuda foi essencial naquele momento e espero ter contribuído um pouquinho com o seu aprendizado.

A todos os pacientes que vivem com HIV que tive contato ao longo desses anos, muito obrigada por contribuírem com minha pesquisa, mesmo sempre participando de tantas outras. Agradeço por terem me ensinado a ser uma pessoa melhor e a conhecer melhor esta doença tão estigmatizada, agradeço por confiarem no meu trabalho e compartilharem suas experiências, vocês foram parte essencial dessa pesquisa.

E a todos, sejam eles amigos, familiares, pacientes, professores, alunos, funcionários, que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta tese de Doutorado.

RESUMO

Justificativa: Apesar de todos os esforços no combate ao tabagismo, em diversos países a prevalência de tabagistas na população com HIV/aids é elevada, aumentando a taxa de mortalidade nestes indivíduos, pois estes estão mais suscetíveis aos perigos do tabaco do que as pessoas não infectadas. O consumo do cigarro pode estar associado a diversos fatores como: baixo nível socioeconômico e de escolaridade, uso de drogas ilícitas e álcool, sintomas de depressão e falta de acesso aos serviços de saúde. O tabagismo é fator de risco que pode ser modificado e evitado. No Brasil há escassez de estudos de prevalência nas pessoas que vivem com HIV/aids, mas a hipótese é que este número também seja elevado. **Objetivos:** Analisar a prevalência do tabagismo em pessoas infectadas pelo HIV/aids; avaliar o grau de dependência da nicotina; avaliar o estágio de motivação relacionado à cessação de fumantes; analisar fatores associados ao tabagismo; compreender as representações sociais do tabaco em pessoas que vivem com HIV/aids tabagistas. **Metodologia:** O estudo foi realizado em duas etapas. A etapa I tratou-se de estudo exploratório e transversal e a II de estudo qualitativo. Foi desenvolvido no Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia “Domingos Alves Meira”, que atende uma região de 30 municípios, com pacientes infectados pelo HIV/aids. Os dados foram obtidos por meio da aplicação de formulários a uma amostra calculada de 200 pacientes e participaram da etapa II do estudo 38 pacientes tabagistas, cuja amostra foi obtida por saturação dos dados. Para análise dos dados quantitativos utilizamos o banco de dados do sistema Excel e realizamos análises descritivas tanto para variáveis qualitativas como para quantitativas em ambos os grupos. A análise de regressão logística multivariada foi realizada para avaliar os fatores associados ao “status” de fumante e ex-fumante. Variáveis com resultados estatisticamente significantes na análise univariada foram incluídas no modelo final de regressão logística multivariada. Em todos os testes foi fixado o nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente. Para a etapa II utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo para sistematização dos dados e a Teoria das Representações Sociais de Moscovici como referencial teórico capaz de dar significados às entrevistas. **Resultados:** Etapa I: 51,0% eram mulheres; a idade média foi de 43,4 anos ($\pm 11,8$); a prevalência de tabagismo foi de 32,0%; com relação à dependência 51,6% apresentaram níveis elevados ou muito elevados e o estágio motivacional para cessação do tabagismo foi maior na preparação (53,1%), ou seja, tinham desejo de cessar o tabagismo no próximo mês. Na análise

multivariada, apenas menor nível de escolaridade ($p=0,048$) e presença de doença pulmonar ($p=0,042$) foram associados ao tabagismo. Porém, uso de álcool e drogas ilícitas, uso da medicação para o HIV, T CD4, carga viral, estresse, ansiedade e depressão não se associaram. Etapa II: As entrevistas dos indivíduos tabagistas selecionados deram origem a três representações sociais, evidenciando que estes reconhecem o cigarro como: I) fonte de prazer e prejuízos, II) parte da rotina, associado a diversos hábitos e III) revelando a relação do tabaco com o HIV/aids. **Conclusões:** A prevalência e a dependência do tabagismo mostraram-se elevadas, três vezes maior do que a prevalência geral no adulto no Brasil. O uso de tabaco foi associado a menor escolaridade e doença pulmonar. Observou-se que há um interesse da população em cessar o consumo de cigarro e os motivos para fumar relacionaram-se às condições emocionais, comportamentais e com a infecção pelo HIV. A partir disso, espera-se que estas informações possam favorecer às políticas de estratégias de prevenção e controle do tabagismo e problemas de saúde relacionados nesse grupo populacional.

Palavras-chave: Tabagismo; HIV; AIDS; Prevalência; Pesquisa Qualitativa

ABSTRACT

Justification: Despite all efforts in the fight against smoking, in several countries the prevalence of smokers in the population with HIV / AIDS is high, increasing the mortality rate in these individuals since they are more susceptible to tobacco dangers than non-smokers. Cigarette smoking may be associated with several factors such as low socioeconomic status and schooling, use of illicit drugs and alcohol, symptoms of depression and lack of access to health services. Smoking is a risk factor that can be modified and avoided. In Brazil, there is a shortage of prevalence studies among people living with HIV / AIDS, but the hypothesis is that this number is also high. **Objectives:** To analyze the prevalence of smoking among people infected with HIV / AIDS; evaluate the nicotine dependence degree; evaluate the stage of motivation related to smoking cessation; analyze associated smoking factors; understand the social representations about tobacco among smokers with HIV / AIDS. **Methodology:** The study was carried out in two stages. Stage I was an exploratory and cross-sectional study, and the second was a qualitative study. It was developed in the Specialized Outpatient Clinic of Infectious Disease "Domingos Alves Meira", which serves a region of 30 counties with patients infected by HIV / AIDS. The data were obtained through the application of forms to a calculated sample of 200 patients and participated in stage II of the study 38 smokers, whose sample was obtained by saturation of the data. To analyze the quantitative data we used the Excel system database and performed descriptive analyzes for both qualitative and quantitative variables in both groups. Multivariate logistic regression analysis was performed to assess the factors associated with smoker and ex-smoker "status". Variables with statistically significant results in the univariate analysis were included in the final multivariate logistic regression model. In all tests, the significance level of 5% or the corresponding p-value was set. For stage II the Collective Subject Discourse was used for data systematization and the Theory of Social Representations of Moscovici as a theoretical reference capable of giving meaning to the interviews. **Results:** Stage I: 51.0% were women; the mean age was 43.4 years (\pm 11.8); the prevalence of smoking was 32.0%; 51.6% had high or very high levels of dependence, and the motivational stage for smoking cessation was higher in the preparation (53.1%), meaning they had the desire to stop smoking over the next month. In the multivariate analysis, only lower educational level ($p = 0.048$) and the presence of pulmonary disease ($p = 0.042$) were associated with smoking. However, the

use of alcohol and illicit drugs, use of medication for HIV, T CD4, viral load, stress, anxiety and depression were not associated. Stage II: The interviews of the selected smokers gave rise to three social representations, evidencing that these individuals recognize the cigarette as I) source of pleasure and damages, II) part of the routine, associated with different habits and III) revealing the relation of tobacco with HIV / AIDS. **Conclusions:** The prevalence and dependence of smoking was high, three times higher than the general prevalence among adults in Brazil. Tobacco use was associated with lower schooling and lung disease. It was observed that there is an interest of the population to stop cigarette smoking and the reasons for smoking were related to the emotional, behavioral conditions and with HIV infection. From this, it is expected that this information may favor the policies of strategies for prevention and control of smoking and related health problems in this population group.

Keywords: Smoking; HIV; AIDS; Prevalence; Qualitative Research

SUMÁRIO

JUSTIFICATIVA	15
OBJETIVOS GERAIS	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
RESULTADOS	19
ARTIGO 1 – O uso do tabaco e as estratégias de cessação em indivíduos infectados pelo HIV/aids: uma revisão integrativa da literatura	19
ARTIGO 2 – Prevalence of smoking and associated factors among people living with HIV/AIDS in the state of São Paulo, Brazil	49
ARTIGO 3 – Representações sociais de pessoas que vivem com HIV/aids sobre o tabagismo	68
CONCLUSÕES	87
REFERÊNCIAS	88
ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	90
ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92
ANEXO 3 – Emenda do Comitê de Ética em Pesquisa	94
APÊNDICE 1 – Características do Tabagismo e Instrumentos de Coleta de Dados Validados	97

JUSTIFICATIVA

Essa pesquisa abordou dois temas de grande importância para a Saúde Pública: o tabagismo e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)/aids.

O Brasil é referência mundial no combate ao tabagismo, desde o final da década de 1980. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) é responsável pelo Programa Nacional do Controle do Tabagismo (PNCT), atual Programa Nacional do Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR), o qual está de acordo com as principais diretrizes internacionais relacionadas ao combate e ao tratamento do tabagismo (BRASIL, 2016).

O PNCTOFR tem como objetivos: diminuir a prevalência de fumantes no Brasil e os agravos ocasionados pelo consumo de derivados do tabaco; reduzir a iniciação do tabagismo, principalmente entre os jovens; aumentar a cessação entre os que se tornaram dependentes e proteger os fumantes passivos de todos os riscos aos quais estão expostos (SANTOS et al., 2011; BRASIL, 2016).

As medidas para controle do tabaco que contribuíram para a redução da prevalência de fumantes consistem em: aumento de preços e impostos de cigarros, promoção de ambientes livres do fumo e adoção de advertências sobre os malefícios do tabagismo (PORTES et al., 2018).

Observa-se que houve grande redução na prevalência do tabagismo no Brasil. Em relação aos indivíduos com mais de 18 anos, em 1989, 34,8% eram fumantes; em 2003, 22,4%; em 2008, 18,5%; em 2013, 14,7% e em 2016 os dados apontam para 10,2% de fumantes adultos, com queda de aproximadamente 70% em menos de 30 anos (BRASIL, 2017).

Apesar de haver consenso em relação à cessação do tabagismo e avanços nas políticas de controle do tabaco, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que ainda há pouco progresso, pois, poucos países trabalham no acesso a ajuda para o indivíduo deixar de fumar. Em 2014, aproximadamente 1,1 bilhão de pessoas, ou seja, 15,0% de toda população do mundo, tiveram acesso ao apoio de cessação do tabagismo, representando um aumento em relação a 2012 (13,0% tiveram acesso) (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

O Brasil está entre os países cujas políticas de controle do tabaco encontram-se em estágios avançados, entretanto, um público que vem sendo pouco explorado e que parece ser mais vulnerável ao tabaco, é a população que vive com HIV/aids.

Em pacientes com infecção pelo HIV descontrolada, com falhas imunológica e virológica, predispõem às infecções e malignidades oportunistas. Os pacientes que fazem uso da terapia antirretroviral (TARV) têm reconstituição imunológica, ou seja, apresentam valores normais de T CD4 e controle de viremia plasmática, mantendo a infecção pelo HIV controlada. Desde o início da epidemia do HIV, o pulmão tem sido um órgão comumente afetado por essas doenças oportunistas. As manifestações pulmonares representam uma das maiores complicações da aids e são as mais ameaçadoras para a vida das pessoas que vivem com HIV/aids (FELDMAN et al., 2014).

A expectativa inicial era de que a infecção pelo HIV se tornasse uma infecção viral crônica, bem monitorada e os pacientes com infecção controlada pelo HIV teriam uma história natural semelhante aos indivíduos sem infecção pelo HIV. No entanto, apesar do controle efetivo da replicação do HIV no plasma e uma diminuição na mortalidade geral, há evidências crescentes de que os pacientes com HIV com infecção controlada pelo HIV têm alta prevalência de doenças respiratórias que não definem a aids. Mesmo que a TARV restaure a imunidade do pulmão, fica claro que o retorno à função normal não é alcançado e o ambiente pulmonar acelera o desenvolvimento de doenças pulmonares crônicas. Em pacientes com infecção pelo HIV bem controlada, há aumento da incidência de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer de pulmão e fibrose pulmonar quando comparados com pacientes sem infecção pelo HIV (FELDMAN et al., 2014).

Segundo o Atlas do Tabaco, as altas taxas de tabagismo entre pessoas infectadas pelo HIV aumentam os resultados de mortalidade, pois estes estão mais suscetíveis aos perigos do tabaco do que as pessoas não infectadas pelo HIV. Indivíduos fumantes com HIV perdem mais do que o dobro dos anos de vida em relação aos não fumantes com HIV, tendo respectivamente, 12,3 anos e 5,1 anos a menos do que a população geral (ERIKSEN et al., 2015). O cigarro age de forma contrária à TARV, contribuindo para o aumento da mortalidade nessa população (BRASIL, 2016).

Em revisão de literatura sobre o tema, nota-se que a prevalência do tabagismo nos Estados Unidos entre as pessoas que vivem com HIV é triplicada em relação à população geral e que o cigarro está associado ao aumento de diversas doenças, aumentando a morbimortalidade nessa população (BROWNING et al., 2013; CIOE, 2014). Outro estudo, realizado na Dinamarca, evidencia que a mortalidade também é triplicada e o risco de morte é duplicado em comparação aos não fumantes, ou seja,

nesse grupo, fumantes possuem menos anos de vida, devido ao consumo de cigarros e não pela infecção do vírus (HELLEBERG et al., 2013).

A prevalência elevada de tabagistas nesta população pode estar associada a diversos fatores, como: baixo nível socioeconômico e de escolaridade, uso de bebida alcoólica e de drogas ilícitas, sintomas de depressão e a falta de apoio ou acesso aos serviços de saúde (BROWNING et al., 2013).

Conhecer o perfil dos usuários, como prevalência e níveis de consumo do tabaco por faixa etária, sexo, renda, entre outros, também é um fator muito importante, pois são por meio desses dados que os profissionais de saúde poderão planejar ações de prevenção mais eficazes em determinadas populações. E são por todos esses motivos que se tem estudado a prevalência, o perfil dos fumantes, as motivações destes para cessar o fumo e as consequências do tabaco em diversos países, pois esses dados nos ajudam a compreender melhor a epidemia mundial do tabagismo (CAVALCANTE, 2005; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A abordagem do profissional de saúde deve ser no caminho de desconstruir o comportamento de fumar do indivíduo, que na maioria das vezes foi desencadeado e mantido por determinadas situações e emoções que acabou por gerar a dependência. Esses sentimentos caracterizam-se pela representação social que o indivíduo tem sobre o tabaco em sua vida, se está ligado a fatores emocionais, como forma de alívio para os sentimentos de humor negativo, como angústias, depressão, nervosismo e ansiedade, para aceitação social, se é devido ao seu fácil acesso ou devido ao forte marketing das indústrias, para manutenção do peso corporal idealizado, pela influência e convivência com familiares e amigos fumantes, dentre outros e inúmeros motivos os quais o indivíduo pode carregar consigo (BRASIL, 2016).

É evidente que o tabagismo prejudica ainda mais a saúde dos pacientes que vivem com HIV/aids, porém são poucos os estudos no Brasil que avaliaram essa relação. Pesquisar a prevalência do tabagismo nesses pacientes, permitiu conhecer a dimensão do problema, os significados do tabagismo na vida dos mesmos e assim, compreender melhor o fenômeno.

Ao conhecer todas essas questões, espera-se poder contribuir nas políticas para formulação de propostas educativas com probabilidades maiores na adesão das ações de controle, redução ou cessação do tabagismo com os pacientes portadores do HIV/aids, melhorando a qualidade de vida dessas pessoas.

OBJETIVOS GERAIS

1. Analisar a prevalência do tabagismo em pessoas infectadas pelo HIV/aids;
2. Compreender as representações sociais do tabaco em pessoas que vivem com HIV/aids tabagistas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Avaliar o grau de dependência da nicotina;
2. Avaliar o estágio de motivação relacionado à cessação de fumantes;
3. Analisar fatores associados ao tabagismo.

RESULTADOS

ARTIGO 1 – O uso do tabaco e as estratégias de cessação em indivíduos infectados pelo HIV/aids: uma revisão integrativa da literatura

*Redigido de acordo com as normas de publicação e foi submetido para o Cadernos Saúde Coletiva no dia 03/10/2017 (1ª versão) e reenviado novamente no dia 30/07/18 (2ª versão).

RESUMO

Introdução: O tabagismo representa grave problema de saúde pública. Pessoas que vivem com HIV/aids são mais suscetíveis aos perigos do tabaco. **Objetivo:** identificar na literatura as relações entre o tabagismo e o HIV/aids. **Métodos:** Este estudo trata de uma revisão integrativa, com intuito de responder a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as consequências do tabagismo em pessoas que vivem com HIV/aids e quais estratégias de cessação do tabagismo vem sendo utilizadas pelos profissionais de saúde? A busca foi realizada em cinco bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde; *Scientific Electronic Library Online*; *Excerpta Medica dataBase*; SCOPUS; *Cumulattive Index to Nursing and Allied Health Literature* e teve como critério de inclusão artigos disponíveis na íntegra, publicados em português, inglês ou espanhol, entre os anos de 2012 e 2016. Procedeu-se análise descritiva dos artigos que passaram a compor a revisão. **Resultados:** Foram incluídas na análise 44 publicações por responderem aos critérios de inclusão, que foram classificadas em duas categorias: 1) Os riscos para a saúde e as consequências do uso do tabaco em pessoas infectadas pelo HIV e; 2) Estratégias para cessação do tabagismo que vêm sendo utilizadas atualmente em pessoas que vivem com HIV/aids. **Conclusão:** Intervenções em relação ao tabagismo trazem benefícios à saúde das pessoas que vivem com HIV/aids. Espera-se que estes achados da revisão integrativa possam impulsionar novas pesquisas na área, com delineamentos que possibilitem melhorar o nível de evidência.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo; HIV; AIDS

ABSTRACT

Introduction: Smoking currently represents a major public health problem. People living with HIV/AIDS are more susceptible to tobacco dangers. **Objective:** to identify

in the literature the relationship between smoking and HIV/AIDS. **Methods:** This study deals with an integrative review, with the intention of answering the following research questions: What are the smoking consequences in people living with HIV / AIDS and which smoking cessation strategies are being used by health professionals? The search was carried out in five databases: Biblioteca Virtual em Saúde; *Scientific Electronic Library Online*; *Excerpta Medica dataBase*; SCOPUS; *Cumulattive Index to Nursing and Allied Health Literature* and had de inclusion criterion available in full text, published in Portuguese, English or Spanish, between the year of 2012 and 2016. A descriptive analysis of the articles that compose the review was started. **Results:** Forty-four publications were included in the analysis because they met the inclusion criteria, which were analyzed and classified into two categories: 1) Health risks and the consequences of tobacco use in people infected with HIV; 2) Strategies for the cessation of smoking that are currently being used on people libing with HIV/AIDS. **Conclusion:** Interventions regarding smoking bring several health benefits to people living with HIV/AIDS. It is expected that these findings of this integrative review may stimulate new research in the area, with designs that can improve the level of evidence.

KEY WORDS: Smoking; HIV; AIDS

**O uso do tabaco e as estratégias de cessação em indivíduos infectados pelo
HIV/aids: uma revisão integrativa da literatura**

The use of tobacco and cessation strategies in individuals infected with HIV/AIDS:

INTRODUÇÃO

O tabagismo representa atualmente grande problema de saúde pública, pois morrem todos os anos 7 milhões de pessoas no mundo. Destas, 6 milhões são fumantes ativos e 890 mil fumantes passivos. O tabaco é o único produto de consumo legal responsável pela morte de até metade dos seus usuários e cerca de 16% de todas as mortes provocadas por doenças crônicas não transmissíveis. Quando se fala em custos para economia mundial, o uso do tabaco representa gastos que giram em torno de 1,4 trilhões de dólares por ano em despesas com a saúde e a perda de produtividade ^(1,2).

A prevalência de tabagistas no mundo é de 22%; no Brasil, segundo dados de 2016, 10,2% da população (12,7% homens; 8,0% mulheres) são consumidores de tabaco, o que tem causado cerca de 150 mil mortes por ano no país ^(3,4).

Em pessoas infectadas pelo HIV, as altas prevalências de tabagismo levam ao aumento da mortalidade, visto que estes estão mais suscetíveis aos perigos do tabaco do que as pessoas não infectadas. O Atlas do Tabaco mostrou que pessoas HIV positivas tabagistas perderam mais do que o dobro dos anos de vida em relação aos não fumantes com HIV, tendo respectivamente, 12,3 anos e 5,1 anos a menos do que a população geral ⁽³⁾.

O consumo de cigarros nos Estados Unidos (EUA) é maior em pessoas infectadas pelo HIV (50%-70%), quando comparadas à população geral (19%-20%) e o tabagismo tem sido associado ao aumento de diversas doenças respiratórias e infecções (câncer de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia pneumocócica, tuberculose) e ao aumento da morbimortalidade nessa população ^(5, 6). Na Dinamarca, a mortalidade entre os fumantes é triplicada e o risco de morte atribuível a esta população é duplicado em comparação com a população não fumante; os fumantes possuem menos anos de vida devido ao consumo de cigarros e não pela infecção por HIV ⁽⁷⁾.

Embora o uso da terapia antirretroviral (TARV) tenha aumentado a sobrevivência dessa população, os pacientes continuam a desenvolver complicações relacionadas à infecção pelo HIV, muitas das quais estão relacionadas ao estilo de vida, como o consumo de tabaco, álcool e drogas. O consumo do cigarro age de forma contrária, sendo este a principal causa de morte em pessoas que vivem com HIV ^(8, 9). E pode estar associado a diversos fatores nesta população, como: baixo nível socioeconômico, baixo nível de escolaridade, uso de drogas ilícitas e álcool, sintomas de depressão e a falta de acesso aos serviços de saúde ⁽⁶⁾.

Atualmente os métodos mais utilizados para cessação do tabagismo consistem em aconselhamentos por profissionais de saúde e apoio medicamentoso, como a terapia de reposição de nicotina (TRN), que são os adesivos transdérmicos, os quais auxiliam principalmente nos sintomas de abstinência (estes tratamentos podem dobrar ou até mesmo triplicar as taxas de abandono) ⁽¹⁰⁾.

A abordagem pode ser básica ou intensiva: a primeira consiste em aconselhamento com duração de 3 a 10 minutos, sendo realizado na própria rotina do atendimento e por qualquer profissional de saúde, com taxa de sucesso de 5% a 10% de abstinência em um ano e a segunda consiste em mais consultas ou sessões em grupo (mínimo 4), com duração mais prolongada (mínimo 10 minutos), podendo ser aplicado também por um ou mais profissionais de saúde capacitados e com resultados de 20% a 30% de abstinência em um ano ⁽¹¹⁾.

Estudo indicou que ferramenta eficaz e de baixo custo nesse processo e que vem trazendo benefícios para a saúde do indivíduo e da população no geral, são os suportes personalizados, através de mensagens de celular ⁽¹⁰⁾. Ressalta-se que abordagem ainda mais diferenciada deve ser empregada às pessoas com comorbidades psiquiátricas que vivem com HIV/aids, pois, além de terem prejuízo na adesão ao tratamento antirretroviral, é elevado o consumo de tabaco em portadores de transtornos mentais ^(12,13).

O tabagismo é fator de risco que pode ser modificado e evitado. No Brasil há escassez de literatura científica sobre essa temática. Dessa forma, este estudo teve como **objetivo** identificar e sintetizar resultados obtidos na literatura nacional e internacional sobre as relações entre o tabagismo e o HIV/aids, com a finalidade de conhecer melhor essa realidade e fornecer subsídios para que os profissionais de saúde possam atuar na melhoria da qualidade e expectativa de vida dessas pessoas, diminuindo a incidência de doenças relacionadas ao uso de tabaco nessa população.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de revisão integrativa da literatura sobre as relações entre o tabagismo e o HIV/aids, com intuito de responder a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as consequências do tabagismo em pessoas que vivem com HIV/aids e quais estratégias de cessação do tabagismo vem sendo utilizadas pelos profissionais de saúde? Empreendeu-se a busca em cinco bases de dados, que são eles: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO); *Excerpta Medica dataBase* (EMBASE); SCOPUS; *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Para a seleção dos artigos, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos na íntegra; publicados em português, inglês ou espanhol; publicados e/ou indexados nas bases de dados referidas no período de 2012 a 2016 (apenas na BVS não foi selecionado o período por ser uma base menor e que engloba países da América Latina e Caribe); de acesso gratuito e que abordaram os temas: Tabagismo e HIV/aids. Foram excluídos os artigos que não se correlacionavam com os temas e cartas editoriais.

Os descritores utilizados em português foram (“Hábito de Fumar” OR “Hábito de Fumar Cigarro” OR “Hábito de Fumar Cachimbo” OR Tabagismo OR Tabaquismo) e (HIV OR “Vírus da AIDS” OR HTLV-III OR “Vírus da Imunodeficiência Humana” OR “Vírus Linfotrópico para Células T Humanas Tipo III” OR “Vírus Tipo III T-Linfotrópico Humano” OR LAV OR “Vírus Associado à Linfadenopatia” OR HTLV-III-LAV) e os mesmos descritores em inglês.

O período da coleta de dados foi de abril a julho de 2016. Utilizamos como ferramenta a Classificação de Nível de Evidência a fim de determinar o impacto político/prático dos estudos e determinar a confiança dos achados ^(14,15). Para facilitar a análise dos artigos selecionados, os estudos foram organizados em quadros com achados de cada base de dados, cada um seguindo as variáveis: autores e ano de publicação de cada artigo organizado de forma crescente, periódico, objetivo e local do estudo, tamanho da amostra, delineamento, nível de evidência e principais achados (**Quadros 1 e 2**).

RESULTADOS

Inicialmente foram encontrados 333 artigos. Após análise do título foram selecionados 57 trabalhos para a leitura criteriosa dos seus resumos, destes, seis foram excluídos por estarem duplicados e dois por não terem acesso gratuito e, assim selecionados, 49 para a leitura do texto na íntegra. Após esta etapa foram excluídos cinco artigos por não abordarem a temática, chegando a uma amostra final de 44 artigos que correspondiam aos objetivos e atendiam aos critérios de inclusão do presente estudo. Apresenta-se na **Figura 1** o processo de identificação e seleção da amostra.

Dos 44 artigos selecionados, 43 eram em inglês e um em espanhol. Os estudos foram analisados e agrupados de acordo com a sua temática, sendo possível identificar duas categorias:

1) **Os riscos para a saúde e as consequências do uso do tabaco para as pessoas que vivem com HIV/aids**, totalizando 29 artigos (**Quadro 1**)

De acordo com o que foi observado, todos os artigos que passaram a compor esta temática trouxeram o uso de tabaco como preditor ou potencial preditor de desfechos negativos para as pessoas que vivem com HIV/aids. Consequências à saúde como doenças pulmonares não infecciosas ^(16, 44), pneumonia ^(19, 37), câncer de pulmão ^(28, 29, 42), tuberculose ⁽²⁵⁾, piora de sintomas respiratórios de modo geral ^(30, 35, 38, 40), candidíase oral ^(18, 26, 27), aumento da carga viral ⁽⁴³⁾, não adesão à terapia antirretroviral (TARV) ⁽²²⁾, comprometimento cognitivo ⁽³²⁾ e comportamento sexual de risco ⁽²¹⁾ tiveram seu risco aumentado entre pacientes que vivem com HIV/aids e fazem uso de tabaco.

Na análise dos 12 estudos que abordavam a relação entre o tabagismo na população em questão com doenças/alterações respiratórias e/ou pulmonares ^(16, 17, 23, 26-28, 33, 35, 36, 38, 40, 42), observou-se que duas destas publicações concluíram que independente de fumar ou não fumar, viver com HIV/aids por si só aumenta a chance de

câncer de pulmão ^(16, 42), porém a cessação do tabagismo ajudaria a prevenir as doenças pulmonares não infecciosas ⁽⁴²⁾.

Com relação à TARV, apesar de sua crescente adesão, patologias como pneumonia e tuberculose que poderiam ser evitadas permanecem incidentes, e um dos fatores para que esta situação se mantenha é o tabagismo, devido seu efeito imunossupressor, que corrobora com aumento da carga viral ^(19, 25, 37, 43). Estudos desenvolvidos em uma clínica de HIV em Houston, no Texas e em dois hospitais de Pernambuco, Brasil, mostraram o tabagismo como uma barreira para a adesão da TARV ^(22, 38). Quanto mais dependentes de nicotina, mais propensos a não adesão ao tratamento ⁽²²⁾.

As pessoas que vivem com HIV/aids têm risco aumentado para alguns tipos de cânceres, dentre eles destaca-se o câncer de pulmão que é de duas a três vezes mais prevalente ⁽⁴⁴⁾. O risco aumenta nesta população quando se tem associação com o tabaco. Estudos mostraram que a cessação do tabagismo é uma medida importante para que se consiga diminuir a incidência de câncer de pulmão nesta população ^(28, 29, 42). Além de incentivar a cessação, é fundamental que a manutenção do não uso da nicotina também seja parte integrante do cuidado a estes pacientes ⁽⁴²⁾.

O tabagismo como determinante para a piora de doenças respiratórias em pacientes que vivem com HIV/aids foi apontado em quatro estudos ^(30, 35, 38, 40). Ao investigar fatores associados a infecções respiratórias nestes pacientes, fazer uso de tabaco aumentou significativamente o risco de desenvolver estas patologias ^(30, 35). Pessoas que vivem com HIV/aids e fumam possuem maior risco para obstrução de vias aéreas e infecção respiratória ^(38, 40).

Manifestações bucais também são observadas nesta população. A candidíase oral é uma das mais prevalentes, devido seu agente causador tratar-se de um fungo oportunista. O tabagismo é considerado fator de risco para candidíase oral. Em pessoas que vivem com HIV/aids esta chance aumenta de acordo com a contagem de linfócitos T CD4+ (células do sistema imunológico, principal alvo do HIV, cujo número celular diminui com a evolução da doença), ou seja, quanto menor a contagem nas células, maior a chance de apresentar candidíase oral ^(26, 28).

A relação entre tabagismo e contagem de T CD4 foi analisada em estudo desenvolvido na Tailândia, o qual trouxe como principal achado que a média absoluta de linfócitos T CD4 foi significativamente menor no grupo de pessoas que fumavam em

comparação ao grupo de não fumantes, o que sugere predisposição aumentada do grupo fumante para doenças oportunistas ⁽³⁹⁾.

Estudo desenvolvido com mulheres afro-americanas que vivem com HIV/aids mostrou que o tabagismo é fator de risco independente para comportamento sexual de risco, o que acarreta maior prevalência de infecções sexualmente transmissíveis nestas mulheres ⁽²¹⁾.

Outro efeito do tabagismo encontrado foi sobre domínio cognitivo. Pessoas que vivem com HIV/aids e fumam apresentam funcionamento cognitivo inferior, dificuldade de aprendizagem e déficit de memória quando comparados aos que não fumam. Porém, outros fatores não explorados no estudo precisam ser considerados em futuras pesquisas, como riscos sociais e demográficos, para maior compreensão da relação entre tabagismo e déficit cognitivo ⁽³²⁾.

Há relatos de que as pessoas, ao descobrirem a infecção pelo HIV, passam a fumar, pois referem que o tabaco ajuda a lidar com a depressão, ansiedade e raiva, sentimentos que emergem ao serem diagnosticados. Para alguns, a dependência é tanta que chegam a acreditar que o fato de fumarem ajuda a combater infecções e até mesmo aumentar a células T CD4 ⁽²³⁾.

Após esta revisão, tornou-se ainda mais clara a necessidade de programas de cessação de tabagismo específicos para essa população, como trazem alguns estudos ^(16, 20, 23, 24, 31, 33, 34, 35, 41). Os serviços de atenção às pessoas que vivem com HIV/aids, ao identificarem a necessidade de cessação do tabagismo como demanda da população que assistem, não podem perder a oportunidade de desenvolverem ações/programas específicas para esta população ⁽²⁴⁾.

As ações de cessação do tabagismo devem ser prioridades nos serviços de saúde, especialmente naqueles que atendem a esta população específica, por meio de programas adaptados que considerem a individualidade e as necessidades de saúde específicas de cada pessoa, porém pouca atenção tem sido dada para esta questão ^(24, 31, 33, 34, 36, 41).

2) Estratégias para cessação do tabagismo que vêm sendo utilizadas atualmente em pessoas que vivem com HIV/aids, totalizando 15 artigos (Quadro 2)

Atualmente, estudos de cessação do tabagismo realizaram a comparação entre diferentes medidas de intervenção na população com HIV/aids, entre elas: grupo de tratamento tradicional, de intervenção breve, de intervenção comportamental, de

intervenção via telefone celular associados ou não a TRN como apoio medicamentoso (47, 48, 50-53, 58, 59). Sugere-se que o fornecimento de telefones celulares permite vencer barreiras confrontadas pelos pacientes com HIV/aids no processo de intervenção, como a falta de serviços de telefonia de qualidade, a falta de transporte e a dificuldade em fixar endereço (47).

Em revisão de literatura sobre intervenções de cessação do tabagismo em pessoas que vivem com HIV, concluiu-se que é essencial incluir na abordagem discussões sobre os benefícios à saúde; estratégias para lidar com outras drogas e problemas relacionados a saúde mental; promover um ambiente saudável e o apoio social e incluir elementos de acesso à promoção, como sessões de dia e de noite e o uso de telefones celulares. Dentre os benefícios após parar de fumar, os indivíduos apresentaram redução da pressão arterial, ganho de peso e aumento da contagem de células T CD4. Além disso, a maior probabilidade da cessação do tabagismo foi constatada em duas intervenções de estudos usando tecnologia de telefone celular (57).

Estudo realizado em Louisiana (EUA) composto por dois grupos focais com pessoas HIV positivas fumantes, observou alguns fatores limitantes na utilização de serviços de cessação do tabagismo: o interesse em receber informações específicas sobre os efeitos do tabagismo em sua saúde, a dificuldade em parar de fumar, a motivação para cessação e o aumento do uso de medicações (45). Ao identificar fatores associados ao tabagismo em pessoas infectadas pelo HIV, os autores sugeriram que as estratégias utilizadas para atingir a população geral (aumento dos impostos, campanha antifumo, limitar locais onde é permitido fumar) não são eficazes nessa população. Foi criado programa de cessação onde os fumantes recebiam aconselhamento breve e ao final as taxas de cessação nesse estudo foram semelhantes às taxas de grupos que receberam a TRN e tornou-se evidente que é comum o uso do tabaco associado ao uso de outras substâncias (53).

Em pacientes latinos com HIV fumantes investigou-se se a intervenção individualizada com base nas relações sociais, culturais e comportamentais e adaptada ao HIV teria melhor efeito sobre a cessação do tabagismo quando comparada à intervenção breve e observou-se que em ambos os grupos houve número significativo de participantes que reduziram o consumo de cigarros e a intervenção individualizada não melhorou as taxas de cessação do tabagismo (58).

Em mulheres infectadas pelo HIV fumantes, testou-se a eficácia do grupo intervenção, o qual participou de entrevistas motivacionais breves em relação ao grupo

controle, o qual recebeu aconselhamentos simples, ou seja, na primeira a intervenção foi centrada na paciente, em seus motivos e benefícios na cessação do tabaco e na segunda, as sessões foram baseadas em panfleto informativo do Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos, denominado “Você deve parar de fumar” e foram discutidas estratégias recomendadas para cessar o tabagismo. Sugere-se que, entre as participantes da intervenção motivacional breve houve redução significativa no número de cigarros fumados ⁽⁵⁰⁾.

Em indivíduos afro-americanos do sexo masculino, fumantes e HIV positivos avaliou-se a viabilidade, aceitabilidade e resultados da cessação tabágica associada ao uso de adesivos de nicotina. As taxas de abandono tiveram melhores resultados entre os indivíduos que completaram o tratamento, a aceitabilidade foi alta, mas a adesão foi baixa. Ao longo da intervenção, a vontade de fumar, o número de cigarros consumidos, a dependência da nicotina, os sintomas de abstinência e os escores de depressão foram todos significativamente reduzidos ⁽⁵¹⁾.

Outro estudo com o mesmo objetivo buscou avaliar a intervenção breve em relação ao tratamento tradicional, associadas à TRN. A intervenção breve foi aceitável e viável e gerou redução no consumo de cigarros por dia, dependência da nicotina, vontade de fumar e redução dos sintomas de abstinência ⁽⁴⁹⁾.

Três estudos foram produzidos na clínica “*Thomas Street Health Center*”, em Houston no Texas, na qual é realizado o tratamento integral dos pacientes com HIV/aids. Pela composição da amostra acredita-se que os três foram realizados com os mesmos pacientes, porém em períodos diferentes ^(47, 51, 59).

O primeiro buscou comparar a eficácia do tratamento tradicional em relação à intervenção via telefone celular por três meses e sugeriu que na abordagem via celular as taxas de abstinência foram significativamente maiores comparados ao outro grupo ⁽⁴⁷⁾.

O segundo avaliou a eficácia das duas intervenções por 12 meses. Novamente houve impacto positivo em relação às taxas de abstinência no grupo de intervenção via telefone celular comparado ao grupo de intervenção tradicional, o efeito do tratamento foi maior nos três primeiros meses e as taxas de cessação foram baixas em ambos os grupos (supõe-se que a baixa utilização de TRN e a prevalência de fumantes com dependência elevada tenha contribuído para este resultado). Os autores acreditam que os esforços para cessação do tabagismo devam ser em fumantes com índices mais baixos de dependência ⁽⁵²⁾.

O terceiro estudo teve como objetivo identificar alguns mecanismos potenciais envolvidos na cessação do tabagismo em ambos os grupos, entre eles, a depressão, a ansiedade, o apoio social, a motivação para deixar de fumar e os escores de mudança de autoeficácia, ou seja, a crença do paciente na própria capacidade de mudança. Observou que em ambos apenas a autoeficácia foi identificada como mecanismo significativo no tratamento e no grupo de intervenção via telefone celular houve aumento desta, representando efeito positivo na abstinência ⁽⁵⁹⁾.

Percebe-se que em diversos estudos a maioria dos profissionais de saúde que tratam pacientes com HIV/aids abordaram o tabagismo e os aconselharam a parar de fumar, mas são poucos os profissionais que executaram de fato estratégias efetivas para cessação do tabagismo. Dentre os motivos para essa falta de iniciativa está a falta de tempo para abordar o uso do tabaco, a baixa probabilidade de sucesso de cessação promovendo atividades e o treinamento inadequado para lidar com o processo de cessação. Dessa forma, esses fatores representaram obstáculos ao pleno envolvimento dos profissionais nessas atividades ^(46, 48).

Estudo realizado em Buenos Aires revelou que médicos que trabalham no setor público/privado, os quais são responsáveis por atender aproximadamente 80% da população com HIV/aids, não consideraram a abordagem de cessação do tabagismo como prioridade a ser trabalhada neste público ⁽⁴⁸⁾. Nos EUA, 363 médicos que atenderam pacientes com HIV foram abordados e constatou-se que apenas 22,9% já haviam recebido treinamento formal para o tratamento do tabagismo. A maioria reconheceu a importância do uso do tabaco como uma questão médica nesse público, mas relatou também que realizaram poucas atividades de promoção da cessação ⁽⁴⁶⁾.

Na China, ao comparar homens que fazem sexo com homens, indivíduos HIV positivos eram mais propensos a relatar que um profissional de saúde realizou algum tipo de intervenção para cessação do tabagismo (avaliou o consumo, aconselhamento, prestou assistência) e devido alguns fatores sociais as chances de cessação nesse grupo eram mais bem-sucedidas comparados aos indivíduos HIV negativos ⁽⁵⁶⁾.

Nos EUA, estudo demonstrou que 46% da amostra tinha interesse em utilizar algum fármaco para cessação do tabagismo. Entre as principais razões para não utilização estavam os custos e a crença que seriam capazes de parar por conta própria; enquanto para utilização, estavam os benefícios percebidos e a autoeficácia ⁽⁵⁵⁾. As características individuais indicaram a importância das características a nível social em associação ao uso prévio de medicações para cessação do tabagismo ⁽⁵⁴⁾.

DISCUSSÃO

A partir da interpretação e síntese dos resultados realizados, pode-se comparar os dados evidenciados na análise de cada artigo, além de identificar as possíveis lacunas presentes no conhecimento sobre o tema, possibilitando delimitar prioridades para futuros estudos.

O delineamento dos estudos foi heterogêneo, apesar de a maioria apresentar abordagem transversal, foram identificados estudos de coorte, caso-controle, ensaios clínicos randomizados e de intervenção, multimétodos, revisões de literatura e apenas um estudo com abordagem qualitativa.

Evidenciou-se que pessoas que vivem com HIV/aids tem maior predisposição a doenças oportunistas, como pneumonia, tuberculose e outras doenças respiratórias e o tabagismo potencializa os riscos para a saúde destas pessoas, aumentando a prevalência de morbidades como doenças pulmonares e candidíase oral, além de aumento da carga viral, não adesão a TARV e comprometimento cognitivo.

Programas específicos a esta população com a finalidade de cessação e manutenção da cessação do tabagismo, desenvolvidos por profissionais capacitados e estudos que consigam compreender a representação do tabaco para estas pessoas, são escassos em nível mundial e inexistentes em nível nacional, e devem ser ampliados, visto que os que já existem trazem resultados positivos. Os pacientes fumantes HIV positivos têm maior dificuldade em deixar de fumar com os métodos tradicionais, sendo necessário intervenções motivacionais, individualizadas, que considerem aspectos socioculturais, psicológicos e culturais, além dos patológicos.

Não foi possível determinar por meio desta revisão se o consumo do tabaco nesta população surgiu ou se intensificou após a descoberta do HIV, sendo este fator considerado importante para auxiliar no tipo de abordagem a ser desenvolvida com cada indivíduo. Observou-se que para algumas pessoas o tabaco alivia os sentimentos de raiva, depressão e ansiedade decorrentes da doença, mas não foi possível identificar se o início do tabagismo ocorreu previamente ou após a descoberta da infecção.

A maioria das pesquisas que abordaram de forma estruturada a cessação do tabagismo em pessoas que vivem com HIV/aids provém dos EUA (12 artigos), tornando-se essencial desenvolver mais estudos em relação a esta temática em países como o Brasil. Achados confirmam que intervenções em relação ao tabagismo, sejam elas breves, usuais, comportamentais, via telefone celular associados ou não a TRN, trazem diversos benefícios à saúde desses pacientes, como a redução significativa do

número de cigarros consumidos por dia, da vontade de fumar, da dependência da nicotina, dos sintomas de abstinência, além da redução da pressão arterial, do ganho de peso e aumento da contagem do T CD4, sendo a autoeficácia mecanismo significativo no tratamento.

A população estudada também foi heterogênea, apesar de muitos deles serem realizados no mesmo país. Estudos foram realizados com homens, mulheres, heterossexuais, homossexuais, afro-americanos, latino-americanos, tornando claro que a abordagem de cessação do tabagismo deve ser específica, pois para alguns a entrevista motivacional foi mais eficaz, para outros a abordagem via celular e assim por diante. É necessário considerar as particularidades de cada indivíduo no processo de cessação ou redução do tabagismo a fim de tornar esta prática uma prioridade.

Como limitações da presente revisão, destaca-se o fato de não termos incluído no estudo algumas bases de dados bem-conceituadas e bastante utilizadas, como a PubMed, a Web of Science e o Google Acadêmico, além de não ter sido realizada avaliação da qualidade dos estudos antes de selecioná-los para o trabalho.

CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa permitiu conhecer os efeitos do tabagismo em pacientes com HIV/aids e compreender as estratégias de cessação ou redução do tabagismo que vêm sendo utilizadas atualmente. Conclui-se que é um tema relevante e que vem sendo bastante abordado nos países desenvolvidos.

Espera-se que esta revisão possa contribuir para a realização de novas pesquisas na área, principalmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, que possibilite o interesse em pesquisas com diferentes delineamentos a fim de elevar o nível de evidência.

Os motivos para a prevalência elevada do tabagismo nessa população ainda não são totalmente conhecidos, enfatizando a necessidade de estudos futuros sob um olhar qualitativo, buscando o significado do tabaco na vida destas pessoas.

Sugere-se também a realização de novos estudos de revisão integrativa que abordem a questão do uso de tabaco pelos pacientes com transtornos mentais que vivem com HIV/aids, devido à singularidade dessa população, que exige uma abordagem diferenciada no que diz respeito ao enfrentamento do HIV/aids e tabagismo.

REFERÊNCIAS

- 1) Pan American Health Organization. Control Tobacco: Tobacco Facts, PAHO [internet], 2018 [acesso em 08 jun. 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1318&Itemid=1187&lang=en
- 2) World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control: Tobacco kills more than 7 million people per year and is costing the world economy USD 1.4 trillion annually, WHO [internet], 2018 [acesso em 08 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/fctc/mediacentre/press-release/wntd-2017/en/>
- 3) Drope J et al. The Tobacco Atlas. Sixth Ed. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies; 2018. Also available at <https://tobaccoatlas.org/>
- 4) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- 5) Cioe PA. Smoking cessation interventions in HIV-infected adults in North America: a literature review. J. Addict Behav Ther Rehabil. 2014; 2(3): 01-10.
- 6) Browning KK, Wewers ME, Ferketich A, Diaz P. Tobacco use and cessation in HIV-infected individuals. Clin Chest Med. 2013; 34(2): 181-190.
- 7) Helleberg M, et al. Mortality attributable to smoking among HIV-infected individuals: a nationwide population-base cohort study. CID. 2013; 56: 727-734.
- 8) Brasil. Aids, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais [internet], 2016 [acesso em 19 abr. 2016]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/aids>
- 9) Feldman C, Polverino E, Ramirez JA. European Respiratory Society - Monograph. Board: Pulmonary Complications of HIV; 2014. Also available at www.ersbookshop.com
- 10) World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015. Raising taxes on tobacco. Geneva: World Health Organization; 2015.

- 11) Araújo AJ. Manual de Condutas e Prática em Tabagismo/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. In: Guimarães FA, Sales MPU. O que é a abordagem básica e intensiva do paciente fumante? São Paulo: AC Farmacêutica; 2012. P.161-164.7.
- 12) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 13) Oliveira RM, Santos JLF, Furegato ARF. Dependência do tabaco entre a população psiquiátrica e a população geral. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25: e2945.
- 14) Ferrari AP, Tonete VLP, Parada CMGL. Promoção da amamentação durante a hospitalização de recém-nascidos: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line. 2014; 8(supl. 2):3727-37.
- 15) Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009;22(4):434-8.
- 16) Munyati SS, et al. Human immunodeficiency virus, smoking and self-rated health in Harare, Zimbabwe. Int J Tuberc Lung Dis. 2006 Nov;10(11):1279-85.
- 17) Bénard A, et al. HIV infection and tobacco smoking behaviour: prospects for prevention? ANRS CO3 Aquitaine Cohort, 2002. Int J Tuberc Lung Dis. 2006 Apr;10(4):378-83.
- 18) Kirk GD, et al. HIV infection is associated with an increased risk for lung cancer, independent of smoking. Clin Infect Dis. 2007;45(1):103-10.
- 19) Raju R, Peters BS, Breen RA. Lung infections in the HIV-infected adult. Curr Opin Pulm Med. 2012;18(3):253-8.
- 20) VanDevanter N, Dorsen CG, Messeri P, Shelley D, Person A. Oral health care and smoking cessation practices of interprofessional home care providers for their patients with HIV. J Interprof Care. 2012;26(4):339-40.

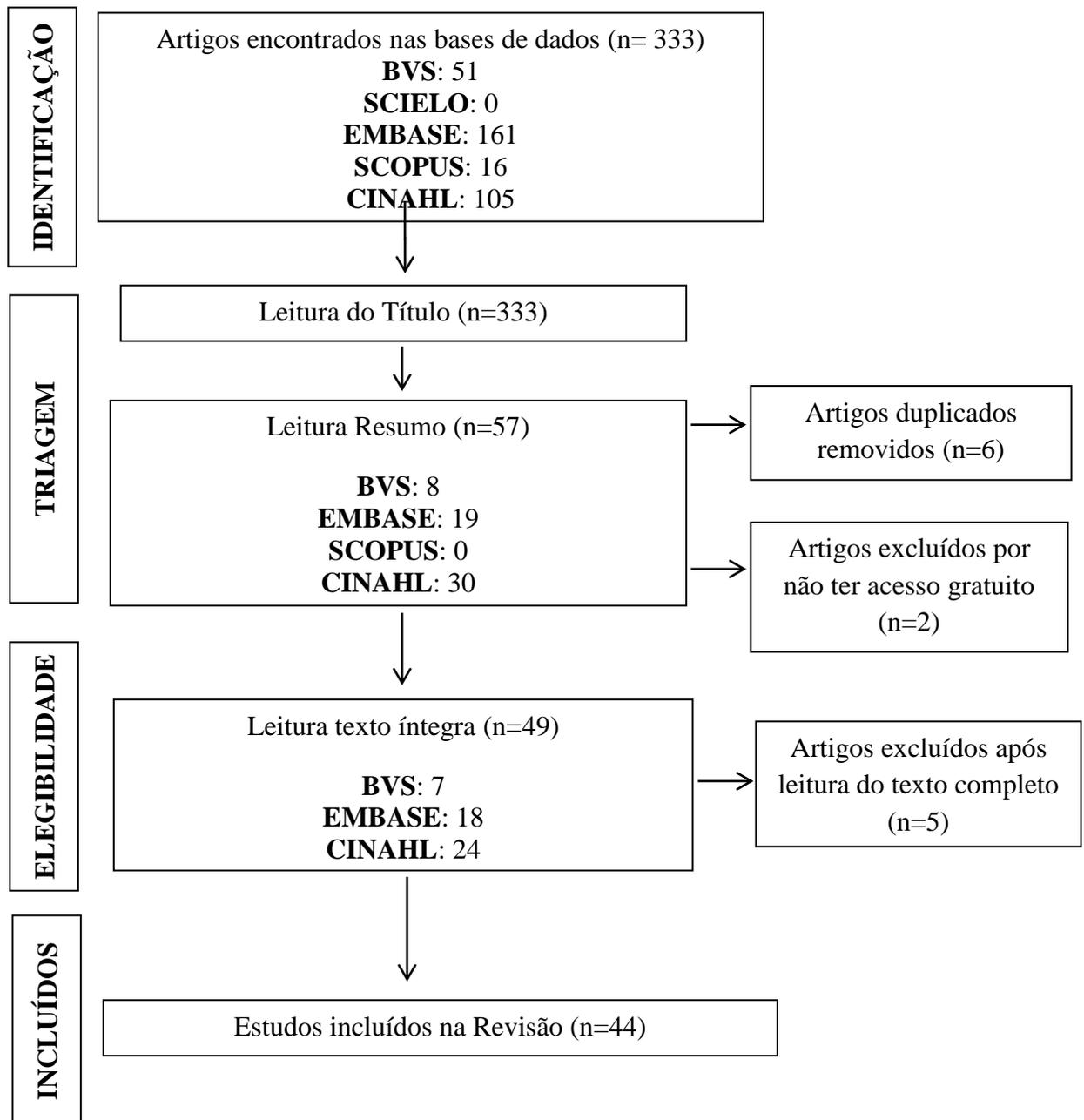
- 21) Berg CJ, et al. Smoking as a risk factor for STI diagnosis among African American females. *Am J Health Behav.* 2012;36(4):505-12.
- 22) King RM, et al. Factors associated with nonadherence to antiretroviral therapy in HIV-positive smokers. *AIDS Patient Care STDS.* 2012;26(8):479-85.
- 23) Shuter 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.
- 24) Iliyasu Z, Gajida AU, Abubakar IS, Shittu O, Babashani M, Aliyu MH. Patterns and predictors of cigarette smoking among HIV-infected patients in northern Nigeria. *Int J STD AIDS.* 2012;23(12):849-52.
- 25) Oni T, et al. Smoking, BCG and employment and the risk of tuberculosis infection in HIV-infected persons in South Africa. *PLoS One.* 2012;7(10):e47072.
- 26) Chattopadhyay A, Patton LL. Smoking as a risk factor for oral candidiasis in HIV-infected adults. *J Oral Pathol Med.* 2013; 42(4): 302–308.
- 27) Shiboski CH, Shiboski SC. Smoking is an independent risk factor for the development of oral candidiasis (OC) in HIV-1 infected persons. *J Evid Based Dent Pract.* 2013;13(4):180-2.
- 28) Winstone TA, Man SF, Hull M, Montaner JS, Sin DD. Epidemic of lung cancer in patients with HIV infection. *Chest.* 2013 Feb 1;143(2):305-14.
- 29) Shcherba M, Shuter J, Haigentz M Jr. Current questions in HIV-associated lung cancer. *Curr Opin Oncol.* 2013;25(5):511-7.
- 30) Madeddu G, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: an emerging comorbidity in HIV-infected patients in the HAART era? *Infection.* 2013;41(2):347-53.
- 31) 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.

- 32) Bryant VE, Kahler CW, Devlin KN, Monti PM, Cohen RA. The effects of cigarette smoking on learning and memory performance among people living with HIV/AIDS. *AIDS Care*. 2013;25(10):1308-16.
- 33) Schultz AS, Temple B, Gibbons C, Preston J, Ronson G. Listening to those who are living with HIV and tobacco dependence and exploring their health care context. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2014; 25(1): 46-59.
- 34) Luo X, et al. Tobacco use among HIV-infected individuals in a rural community in Yunnan Province, China. *Drug Alcohol Depend*. 2014; 134: 144-50.
- 35) Leung JM, et al. The determinants of poor respiratory health status in adults living with human immunodeficiency virus infection. *AIDS Patient Care STDS*. 2014 May;28(5):240-7.
- 36) Pacek LR, Harrell PT, Martins SS. Cigarette smoking and drug use among a nationally representative sample of HIV-positive individuals. *The American Journal on Addictions*. 2014; 23: 582–590.
- 37) Brown J, Lipman M. Community-acquired pneumonia in HIV-infected individuals. *Curr Infect Dis Rep*. 2014; 16 (397): 1-9.
- 38) Montarroyos UR, et al. Factors related to changes in CD4 + T-cell counts over time in patients living with HIV/Aids: a multilevel analysis. *PLOS ONE*. 2014; 9(2).
- 39) Sanguansittianan S, Martkamchan S, Nooroon N, Ammaranon P. Investigation of CD4+ T cell numbers in HIV-infected patients among smokers and non-smokers in Thailand. *J. Chem. Pharm. Res*. 2014; 6(5): 867-871.
- 40) Nakamura H, et al. The prevalence of airway obstruction among Japanese HIV-positive male patients compared with general population; a case-control study of single center analysis. *J Infect Chemother*. 2014;20(6):361-4.
- 41) Mdodo R, et al. Cigarette smoking prevalence among adults with HIV compared with the general adult population in the United States: cross-sectional surveys. *Ann Intern Med*. 2015; 162(5): 335-44.

- 42) Hessol NA, et al. Lung cancer incidence and survival among HIV-infected and uninfected women and men. *AIDS*. 2015;29(10):1183-93.
- 43) Ande A, et al. Effect of mild-to-moderate smoking on viral load, cytokines, oxidative stress and cytochrome P450 enzymes in HIV-infected individual. *PLoS One*. 2015; 10(4): 01-16.
- 44) Collini P, Morris A. Maintaining lung health with longstanding HIV. *Curr Opin Infect Dis*. 2016;29(1):31-8.
- 45) 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.
- 46) Shuter J, Salmo LN, Shuter AD, Nivasch EC, Fazzari M, Moadel AB. Provider Beliefs and Practices Relating to Tobacco Use in Patients Living with HIV/AIDS: A National Survey. *AIDS Behav*. 2012; 16: 288–294
- 47) Vidrine DJ, Marks RM, Arduino RC, Gritz ER. Efficacy of cell phone-delivered smoking cessation counseling for persons living with HIV/AIDS: 3-month outcomes. *Nicotine Tob. Res*. 2012; 14(1): 106-10.
- 48) Konfino J, Mejía R, Basombrío A. Estrategias para dejar de fumar provistas por infectólogos a personas con VIH em la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Rev. Argent. Salud Pública*. 2012; 3(12): 23-27.
- 49) Cropsey KL, et al. A pilot study of Screening, Brief Intervention, and Referral for Treatment (SBIRT) in non-treatment seeking smokers with HIV. *Addict Behav*. 2013; 38(10): 2541-6.
- 50) 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.
- 51) Matthews AK, Conrad M, Kuhns L, Vargas M, King AC. Project Exhale: Preliminary Evaluation of a Tailored Smoking Cessation Treatment for HIV-Positive African American Smokers. *AIDS Patient Care STDS*. 2013; 27(1): 22-32.

- 52) Gritz ER, et al. Long-term Outcomes of a Cell Phone–Delivered Intervention for Smokers Living with HIV/AIDS. *Clin. Infect. Dis.* 2013; 57(4): 608–615.
- 53) Shirley DK, Kesari RK, Glesby MJ. Factors associated with smoking in HIV-infected patients and potential barriers to cessation. *AIDS Patient Care STDS.* 2013; 27(11): 604–612.
- 54) Pacek LR, Latkin C, Crum RM, Stuart EA, Knowlton AR. Interest in quitting and lifetime quit attempts among smokers living with HIV infection. *Drug Alcohol Depend.* 2014; 138: 220-4.
- 55) McQueen A, Shacham E, Sumner W, Overton ET. Beliefs, Experience, and Interest in Pharmacotherapy among Smokers with HIV. *Am. J. Health Behav.* 2014; 38(2): 284-96.
- 56) Berg CJ, et al. Healthcare provider intervention on smoking and quit attempts among HIV-positive versus HIV-negative MSM smokers in Chengdu, China. *AIDS Care.* 2014; 26(9): 1201-7.
- 57) Jackson GM, Mensah YC, 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.
- 58) Stanton CA, et al. Outcomes of a Tailored Intervention for Cigarette Smoking Cessation Among Latinos Living with HIV/AIDS. *Nicotine Tob. Res.* 2015; 17(8): 975-982.
- 59) Vidrine DJ, et al. Mediators of a smoking cessation intervention for persons living with HIV/AIDS. *Drug and Alcohol Dependence.* 2015; 147.

Figura 1: Processo de identificação e seleção dos artigos.



Quadro 1: Categoria 1 - Os riscos para a saúde e as consequências do uso do tabaco para as pessoas que vivem com HIV/aids.

AUTOR/ANO	PERIÓDICO	OBJETIVO/LOCAL DO ESTUDO/AMOSTRA	DELINEAMENTO/NE	PRINCIPAIS ACHADOS
Munyati SS, et al. 2006 ⁽¹⁶⁾	MEDLINE Int J Tuberc Lung Dis. 2006; 10(11): 1279-85.	Analisar a relação entre o HIV, o tabagismo e a auto percepção de saúde em uma população com elevada prevalência de infecção pelo HIV. Harare, Zimbabwe, África N=6111	Transversal/ Nível VI	Fumar foi significativamente mais comum entre as pessoas que vivem com HIV/aids, com predomínio do sexo masculino. As intervenções destinadas a promover a cessação do tabagismo podem ser um componente importante nos cuidados de HIV na África.
Bénard A, et al. 2006 ⁽¹⁷⁾	MEDLINE Int J Tuberc Lung Dis. 2006; 10(4): 378-83.	Fornecer a estimativa atualizada e específica sobre a prevalência do tabagismo em uma coorte representativa de pessoas da França que vivem com HIV/aids. Bordeaux, França N=2036	Transversal/ Nível VI	Pacientes infectados pelo HIV são muito expostos ao tabaco, o que implica em várias complicações que ocorrem no decurso da infecção. Programas adaptados antitabagismo devem se tornar uma das prioridades da assistência médica às pessoas infectadas pelo HIV.
Kirk GD, et al. 2007 ⁽¹⁸⁾	MEDLINE Clin Infect Dis. 2007; 45(1): 103-10.	Examinar a associação entre infecção pelo HIV e câncer de pulmão, enquanto em exposição ao tabaco. Baltimore, Maryland, Estados Unidos N=2086	Coorte/ Nível IV	Independente da exposição ao tabaco, viver com HIV/aids aumenta a chance de câncer de pulmão.
Raju R, Peters BS, Breen RA. 2012 ⁽¹⁹⁾	CINAHL Curr Opin Pulm Med. 2012; 18(3): 253-8	Descrever a epidemiologia atual, diagnóstico, tratamento e prevenção de infecção pulmonar em adultos infectados pelo HIV.	Revisão de literatura/ Nível V	Apesar do uso da TARV, pneumonia permanece comum entre as pessoas que vivem com HIV/aids. É preciso enfatizar a importância da cessação do tabagismo nesta população.
VanDevanter N, Dorsen CG, Messeri	CINAHL J Interprof Care. 2012; 26(4): 339-40	Avaliar práticas de saúde bucal relacionadas à cessação de tabagismo em pessoas que vivem com HIV/aids.	Transversal/ Nível VI	Profissionais relatam o interesse e necessidade de receber treinamento em saúde bucal. Tabagismo em pessoas

P, Shelley D, Person A. 2012 ⁽²⁰⁾		N=81		que vivem com HIV/aids aumenta o risco de câncer bucal e doenças como candidíase oral.
Berg CJ, et al. 2012 ⁽²¹⁾	CINAHL Am J Health Behav. 2012; 36(4): 505-12	Analisar a relação entre fumar e risco sexual entre adolescentes afro americanas. Atlanta, GA, Estados Unidos N=715	Transversal/ Nível VI	O tabagismo é fator de risco independente para comportamento sexual de risco.
King RM, et al. 2012 ⁽²²⁾	EMBASE CINAHL AIDS Patient Care STDS. 2012; 26(8): 479-85	Analisar a eficácia de duas estratégias de cessação do tabagismo em pessoas que vivem com HIV/aids. Houston, Texas, Estados Unidos N=326	Ensaio clinico, randomizado, controlado/ Nível II	O tabagismo é uma barreira importante para a adesão a TARV. Quanto mais dependente da nicotina for o indivíduo, mais propenso a não aderir à terapia.
Shuter J, Bernstein SL, Moadel AB. 2012 ⁽²³⁾	CINAHL Am J Health Behav. 2012; 36(1): 75-85.	Medir domínios biopsicossociais relacionados ao uso do tabaco por pessoas que vivem com HIV/aids. Bronx, Nova York, Estados Unidos N=60	Transversal/ Nível VI	O tabagismo ajuda as pessoas a lidarem com a depressão, ansiedade e raiva decorrente do diagnóstico de HIV/aids. Programas de cessação de tabagismo são incomuns.
Iliyasu Z, Gajida AU, Abubakar IS, Shittu O, Babashani M, Aliyu MH. 2012 ⁽²⁴⁾	EMBASE Int J STD AIDS. 2012; 23(12): 849-52	Avaliar a prevalência e os preditores de tabagismo entre pessoas que vivem com HIV/aids no Norte da Nigéria. Nigéria, África N=296	Transversal/ Nível VI	Homens infectados pelo HIV foram pelo menos três vezes mais propensos a fumar que as mulheres. Pacientes com ensino superior tinham, pelo menos, duas vezes mais probabilidade de fumar em comparação com os seus homólogos. Estes achados oferecem uma oportunidade única para os programas de cessação do tabagismo.
Oni T, et al. 2012 ⁽²⁵⁾	EMBASE PLoS One. 2012; 7(10)	Descrever a prevalência de tuberculose latente e avaliar fatores de risco em adultos infectados pelo HIV. Khayelitsha, África N=335	Transversal/ Nível VI	Fumar é o fator de risco mais facilmente modificável em comparação a outros fatores que predis põe a tuberculose. Destaca-se que fumar tem efeito imunossupressor.

Chattopadhyay A, Patton LL. 2013 ⁽²⁶⁾	CINAHL J Oral Pathol Med. 2013; 42(4): 302–308.	Analisar se o tabagismo é preditor independente para candidíase oral entre pessoas que vivem com HIV/aids. Chapel Hill, Estados Unidos N=631	Coorte/ Nível IV	Fumar foi associado a candidíase oral em todos os modelos de análise empregados. O tabagismo é um fator de risco independente para o desenvolvimento de candidíase oral em pessoas infectadas pelo HIV.
Shiboski CH, Shiboski SC. 2013 ⁽²⁷⁾	CINAHL J Evid Based Dent Pract. 2013; 13(4): 180-2	Verificar a presença de doenças orais associadas ao HIV. Chapel Hill, Estados Unidos N=631	Coorte/ Nível IV	Fumantes atuais apresentaram mais que o dobro de aumento da probabilidade de candidíase oral prevalente em comparação com aqueles que nunca fumaram. De acordo com os autores, estes resultados sugerem que o tabagismo é um fator de risco independente para candidíase oral.
Winstone TA, Man SF, Hull M, Montaner JS, Sin DD. 2013 ⁽²⁸⁾	CINAHL Chest. 2013; 143(2): 305-14	Fornecer uma visão geral da epidemiologia do câncer de pulmão na população infectada pelo HIV e discutir alguns dos fatores de risco importantes.	Revisão de literatura/ Nível V	A cessação do tabagismo é medida importante para redução do câncer de pulmão.
Shcherba M, Shuter J, Haigentz M Jr. 2013 ⁽²⁹⁾	CINAHL Curr Opin Oncol. 2013; 25(5): 511–517.	Explorar as questões atuais sobre os fatores de risco que contribuem para o aparecimento frequente e precoce de câncer de pulmão entre pessoas infectadas pelo HIV.	Revisão de literatura/ Nível V	A cessação de tabagismo é de grande importância para diminuição do câncer de pulmão em pessoas que vivem com HIV/aids.
Madeddu G, et al. 2013 ⁽³⁰⁾	CINAHL Infection. 2013; 41(2): 347-53	Avaliar a presença de sintomas respiratórios e doença pulmonar obstrutiva crônica em pessoas infectadas pelo vírus HIV, investigar o papel da TARV e fatores de risco possivelmente associados. Sassari, Itália N=176	Transversal/ Nível VI	O tabagismo é preditor significativo de sintomas respiratórios.
Grover KW, Gonzalez A, Zvolensky MJ. 2013 ⁽³¹⁾	CINAHL AIDS Patient Care STDS. 2013; 27(1): 17-21	Verificar a relação entre sofrimento/sintomas do HIV e as expectativas relacionadas ao hábito de fumar.	Transversal/ Nível VI	Pouca atenção tem sido dada para compreensão da natureza do tabaco para pessoas que vivem com HIV/aids. A aflição relacionada aos sintomas da infecção pode desempenhar papel

				importante na compreensão do fumar.
Bryant VE, Kahler CW, Devlin KN, Monti PM, Cohen RA. 2013 ⁽³²⁾	CINAHL AIDS Care. 2013; 25(10): 1308-16	Examinar os efeitos do hábito de fumar em vários domínios cognitivos em uma amostra de pessoas que vivem com HIV/aids. Providence, Estados Unidos N=115	Transversal/ Nível VI	Fumantes apresentam funcionamento cognitivo inferior quando comparados a não fumantes.
Schultz AS, Temple B, Gibbons C, Preston J, Ronson G. 2014 ⁽³³⁾	CINAHL J Assoc Nurses AIDS Care. 2014; 25(1): 46-59.	Explorar a percepção de pessoas que vivem com HIV/aids sobre o tabaco e seu papel em suas vidas. Canadá N=29	Multimétodos/ Nível VI	Faltam serviços de saúde adequados para trabalhar a cessação do tabagismo e deve ser considerado prioridade nos serviços de atendimento a pessoa que vive com HIV/aids.
Luo X, et al. 2014 ⁽³⁴⁾	CINAHL Drug Alcohol Depend. 2014; 134: 144-50	Verificar a prevalência de fumantes e correlacioná-las àqueles que mascam tabaco; verificar potenciais diferenças de gênero no uso do tabaco entre pessoas que vivem com HIV/aids. Yunnan, China. N=455	Transversal/ Nível VI	O tabagismo e o tabaco de mascar foram altamente prevalentes entre as pessoas que vivem com HIV/aids. Há necessidade urgente na criação de programas antitabaco adaptados a este público.
Leung JM, et al. 2014 ⁽³⁵⁾	CINAHL AIDS Patient Care STDS. 2014 May;28(5):240-7	Determinar fatores predominantes que contribuem para os problemas respiratórios de pessoas que vivem com HIV/aids. N=199	Transversal/ Nível VI	O tabagismo é determinante importante para piora respiratória em pessoas que vivem com HIV/aids.
Pacek LR, Harrell PT, Martins SS. 2014 ⁽³⁶⁾	EMBASE The American Journal on Addictions. 2014; 23: 582–590.	Descrever as características de pessoas que vivem com HIV/aids e fazem uso de tabaco. Explorar associações destas características com tabagismo atual, diferenciação entre fumantes e não fumantes. Estados Unidos N=349	Transversal/ Nível VI	Constatou-se alta prevalência de tabagismo e necessidade de substâncias integradas ao tratamento de pacientes que vivem com HIV/aids, com intuito de cessação do uso de tabaco.

Brown J, Lipman M. 2014 ⁽³⁷⁾	EMBASE Curr Infect Dis Rep. 2014; 16 (397): 1-9.	Levantar evidências acerca do diagnóstico diferencial e implicações para o futuro da pneumonia adquirida na comunidade por pessoas que vivem com HIV/aids.	Revisão de literatura/ Nível V	O uso da TARV diminui os riscos de pneumonia, mas o consumo de tabaco aparece como fator de risco. A cessação de tabagismo, como intervenção, pode reduzir riscos.
Montarroyos UR, et al. 2014 ⁽³⁸⁾	EMBASE PLOS ONE. 2014; 9(2).	Identificar fatores relacionados à variação da contagem de células T CD4 ao longo do tempo, em pessoas que vivem com HIV/aids. Recife, Pernambuco, Brasil N=1870	Coorte/ Nível IV	Pessoas que vivem com HIV/aids tabagistas são mais suscetíveis a desenvolver doenças respiratórias, aumentando o risco de morte. Observa-se adesão ruim a TARV pelos fumantes.
Sanguansittianan S, Martkamchan S, Nooroon N, Ammaranond P. 2014 ⁽³⁹⁾	EMBASE J. Chem. Pharm. Res. 2014; 6(5): 867-871.	Avaliar o efeito do tabaco sobre a imunidade dos pacientes infectados pelo HIV na população tailandesa. Bangkok, Tailândia N=110	Caso-controle/ Nível IV	Os resultados mostraram que a média absoluta de linfócitos T CD4+ entre o grupo de fumantes infectados pelo HIV foi significativamente menor do que o grupo de não fumantes infectados pelo HIV.
Nakamura H, et al. 2014 ⁽⁴⁰⁾	MEDLINE J Infect Chemother. 2014; 20(6): 361-4.	Avaliar a relação entre infecção pelo HIV, a colonização das vias aéreas por <i>Pneumocystis jirovecii</i> e obstrução das vias aéreas em pacientes japoneses do sexo masculino. Nishihara, Okinawa, Japão N=306	Caso-controle/ Nível IV	Pessoas que vivem com HIV/aids fumantes possuem maior risco para obstrução de vias aéreas quando comparadas à população em geral.
Mdodo R, et al. 2015 ⁽⁴¹⁾	CINAHL Ann Intern Med. 2015; 162(5): 335-44	Comparar a prevalência de tabagismo e cessação do tabagismo entre dois grupos (que vivem com HIV/aids e população em geral). Estados Unidos N=31948	Transversal/ Nível VI	Pessoas que vivem com HIV/aids são duas vezes mais propensas a fumar que a população em geral. Também são menos propensas a parar de fumar. Estratégias de triagem para cessação do tabagismo são importantes como integrador do cuidado de rotina.
Hessol NA, et al. 2015 ⁽⁴²⁾	EMBASE AIDS. 2015; 29(10): 1183-93.	Determinar a incidência de câncer de pulmão e o tempo de sobrevivência entre mulheres e homens infectados e não infectados pelo HIV.	Coorte/ Nível IV	Incentivar e ajudar os jovens fumantes infectados pelo HIV a cessar o tabagismo é fundamental para reduzir a carga de câncer de pulmão.

		Estados Unidos N=6823		
Ande A, et al. 2015 ⁽⁴³⁾	EMBASE PLoS One. 2015; 10(4): 01-16.	Determinar os efeitos específicos do tabagismo sobre a carga viral, produção de citocinas, estresse oxidativo e do citocromo P 450 em pessoas que vivem com HIV/aids que ainda não receberam TARV. Cameroon, África N=32	Coorte/ Nível IV	Constatou-se aumento na carga viral de pacientes fumantes quando comparados aos não fumantes.
Collini P, Morris A. 2016 ⁽⁴⁴⁾	CINAHL Curr Opin Infect Dis. 2016; 29(1): 31-8.	Revisar a epidemiologia e patogênese da doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial pulmonar e câncer de pulmão em pessoas que vivem com HIV/aids.	Revisão de literatura/ Nível V	Embora a idade e o tabagismo colaborem, a infecção pelo HIV é um colaborador independente para doença pulmonar obstrutiva crônica (50% mais prevalente em pessoas que vivem com HIV). Promover a cessação do tabagismo ajuda a prevenir doenças pulmonares não infecciosas.

*NE=nível de evidência

Quadro 2: Categoria 2 - Estratégias para cessação do tabagismo que vêm sendo utilizadas atualmente em pessoas que vivem com HIV/aids.

AUTOR/ANO	PERIÓDICO	OBJETIVO/LOCAL DO ESTUDO/AMOSTRA	DELINEAMENTO/NE	PRINCIPAIS ACHADOS
Robinson W, Moody-Thomas S, Gruber D. 2012 ⁽⁴⁵⁾	EMBASE CINAHL AIDS Care. 2012; 24(1): 71-6	Avaliar as barreiras sociais, culturais e educacionais que limitam a utilização de serviços de cessação do tabagismo por indivíduos HIV-positivos. New Orleans, Louisiana, Estados Unidos	Qualitativo/ Nível VI	Recomenda-se que o tratamento para a cessação do tabaco seja centrado no paciente, incluindo o fornecimento de informações relevantes, acesso aos serviços de cessação e mensagens mais eficazes relacionadas ao impacto do uso do tabaco na progressão da doença.

<p>Shuter J, Salmo LN, Shuter AD, Nivasch EC, Fazzari M, Moadel AB.</p> <p>2012 ⁽⁴⁶⁾</p>	<p>EMBASE</p> <p>AIDS Behav. 2012; 16: 288–294</p>	<p>Compreender o papel de provedor da epidemia de consumo de tabaco por pessoas que vivem com HIV/aids e determinar suas crenças e práticas relacionadas ao uso/cessação do tabaco.</p> <p>Em 43 estados dos Estados Unidos N=363</p>	<p>Transversal/ Nível VI</p>	<p>A comunidade de cuidados de HIV deve promover ativamente a formação profissional e deve criar a sua mensagem para enfatizar a importância desta questão e da disponibilidade e uso adequado de estratégias de cessação eficazes.</p>
<p>Vidrine DJ, Marks RM, Arduino RC, Gritz ER.</p> <p>2012 ⁽⁴⁷⁾</p>	<p>EMBASE</p> <p>Nicotine Tob Res. 2012; 14(1): 106-10.</p>	<p>Comparar a eficácia do tratamento de cuidados tradicionais com relação a cessação do tabagismo versus intervenção via telefone celular.</p> <p>Houston, Texas, Estados Unidos N=474</p>	<p>Randomizado/ Nível II</p>	<p>Os participantes do grupo submetido a intervenção telefônica apresentaram 4,3 vezes mais chances de serem abstinentes quando comparados ao grupo de cuidados tradicionais.</p>
<p>Konfino J, Mejía R, Basombrío A.</p> <p>2012 ⁽⁴⁸⁾</p>	<p>LILACS</p> <p>Rev Argent Salud Pública. 2012; 3(12): 23-27.</p>	<p>Descrever as características dos cuidados prestados, por médicos infectologistas, aos pacientes que vivem com HIV/aids e que desejam parar de fumar.</p> <p>Buenos Aires, Argentina N=128</p>	<p>Transversal/ Nível VI</p>	<p>É necessário que os infectologistas se envolvam no tratamento do tabagismo destes pacientes, melhorando sua capacitação e adotando estratégias efetivas.</p>
<p>Cropsey KL, et al.</p> <p>2013 ⁽⁴⁹⁾</p>	<p>CINAHL</p> <p>Addict Behav. 2013; 38(10): 2541-6</p>	<p>Avaliar a aceitabilidade, a viabilidade e os efeitos de modelo de tratamento de triagem, intervenção breve e referência (TIR) entre amostra de pessoas que vivem com HIV/aids.</p> <p>Birmingham, Alabama, Estados Unidos N=40</p>	<p>Randomizado/ Nível II</p>	<p>A intervenção TIR foi aceitável e viável, e produziu grandes reduções no consumo de cigarros/dia. Os resultados forneceram suporte preliminar para a integração de modelo TIR em clínica de HIV/aids.</p>

<p>Manuel JK, Lum PJ, Hengl NS, Sorensen JL. 2013 ⁽⁵⁰⁾</p>	<p>CINAHL AIDS Care. 2013; 25(7): 820-7</p>	<p>Testar a eficácia potencial de intervenção breve motivacional para a cessação do tabagismo em mulheres HIV positivas fumantes. San Francisco, Califórnia, Estados Unidos N=30</p>	<p>Ensaio clínico/ Nível III</p>	<p>Os resultados deste estudo indicam que a intervenção motivacional pode ser eficaz para a cessação tabágica nessa população e deve ser mais estudada.</p>
<p>Matthews AK, Conrad M, Kuhns L, Vargas M, King AC. 2013 ⁽⁵¹⁾</p>	<p>CINAHL AIDS Patient Care STDS. 2013; 27(1): 22-32</p>	<p>Examinar a viabilidade, a aceitabilidade e os resultados de intervenção de cessação tabágica, culturalmente adaptada para fumantes do sexo masculino afro-americanos HIV-positivos. Chicago, Illinois, Estados Unidos N=44</p>	<p>Intervenção/ Nível IV</p>	<p>Esta intervenção específica para fumantes do sexo masculino afro-americanos HIV-positivos foi considerada viável, aceitável e teve como benefícios a redução do comportamento de fumar e de escores de depressão. Resultados de cessação do tabagismo foram semelhantes com outros estudos.</p>
<p>Gritz ER, et al. 2013 ⁽⁵²⁾</p>	<p>EMBASE Clin Infect Dis. 2013; 57(4): 608-615.</p>	<p>Testar a eficácia de intervenção de cessação de tabagismo via cuidados tradicionais ou via telefone celular por 12 meses. Houston, Texas, Estados Unidos N=474</p>	<p>Intervenção/ Nível IV</p>	<p>As taxas absolutas de cessação foram baixas em ambos os grupos, isso pode ter acontecido devido à elevada dependência dos indivíduos e a baixa utilização da terapia de reposição de nicotina.</p>
<p>Shirley DK, Kesari RK, Glesby MJ. 2013 ⁽⁵³⁾</p>	<p>EMBASE CINAHL AIDS Patient Care STDS. 2013; 27(11): 604-612.</p>	<p>Identificar fatores associados ao tabagismo, a prontidão e confiança na cessação e sucesso em parar de fumar. New Yorky, Estados Unidos N=200</p>	<p>Transversal/ Nível VI</p>	<p>Observou-se prevalência elevada, de 29% de fumantes, estes apresentaram aumento da taxa de desemprego e do uso de outras substâncias quando comparados aos ex-fumantes ou não fumantes. Menor escolaridade foi associada com menor chance de cessar o tabaco. Faz-se necessário implantar protocolo de cessação de tabagismo</p>

				nos centros de atendimento à pacientes que vivem com HIV/aids.
Pacek LR, Latkin C, Crum RM, Stuart EA, Knowlton AR. 2014 ⁽⁵⁴⁾	CINAHL Drug Alcohol Depend. 2014; 138: 220-4	Explorar as características individuais, sociais associadas ao interesse em parar de fumar e ao tempo de uso de reposição de nicotina (TRN) ou de medicamentos para parar de fumar. Baltimore, Maryland, Estados Unidos N=267	Transversal/ Nível VI	A idade mais avançada e o tempo de uso de TRN/medicamentos foram associados com o interesse em parar fumar. As características a nível individual indicam a importância das características a nível social, em associação com o uso prévio de TRN/medicamentos para a cessação do tabagismo.
McQueen A, Shacham E, Sumner W, Overton ET. 2014 ⁽⁵⁵⁾	CINAHL Am J Health Behav. 2014; 38(2): 284-96	Examinar as crenças, o uso prévio e o interesse em utilizar farmacoterapia entre as pessoas que vivem com HIV/aids fumantes. Saint Louis, Missouri, Estados Unidos N=146	Transversal/ Nível VI	Os custos e a crença de que eles seriam capazes de parar de fumar por conta própria dificultam a adesão a medicação. Assistência médica se correlacionou com o uso prévio de medicamentos. Benefícios percebidos e autoeficácia aumentaram a vontade de usar farmacoterapia para cessação do tabaco.
Berg CJ, et al. 2014 ⁽⁵⁶⁾	CINAHL AIDS Care. 2014; 26(9): 1201-7	Avaliar fatores sociodemográficos, psicossociais e o uso de substâncias relacionadas com o tabagismo em relação ao HIV; verificar a intervenção de profissional de saúde em relação ao tabagismo e a tentativa de parar de fumar em homens que fazem sexo com homens fumantes. Chengdu, Sichuan, China	Transversal/ Nível VI	50,0% relataram pelo menos uma tentativa de parar de fumar; 59,4% relataram que um médico tinha intervindo de alguma forma, sendo mais comum entre os indivíduos HIV-positivos. E talvez, devido alguns fatores sociais, as chances de cessação nesse grupo eram mais bem sucedidas.

		N=344		
Jackson GM, Mensah YC, Farley J, DiGiacomo M. 2014 ⁽⁵⁷⁾	EMBASE CINAHL J Assoc Nurses AIDS Care. 2014; 25(1): 32-45.	Apresentar síntese de evidências sobre intervenções eficazes para cessação do tabagismo em pessoas que vivem com HIV.	Revisão de literatura/ Nível V	É maior a probabilidade da cessação do tabagismo em intervenções via telefone celular. Houve reduções na pressão arterial sistólica, ganho de peso e aumento da contagem de células T CD4. As intervenções mais eficazes foram adaptadas às necessidades individuais (intervenção para abuso de poli substâncias e problemas de saúde mental), bem como a inclusão de elementos de acesso a promoção da saúde.
Stanton CA, et al. 2015 ⁽⁵⁸⁾	EMBASE Nicotine Tob Res. 2015; 17(8): 975-982.	Comparar intervenção individualizada e intervenção breve de aconselhamento para a cessação do tabagismo entre os fumantes latinos que vivem com HIV. Região Nordeste dos Estados Unidos N=302	Intervenção/ Nível IV	Um número significativo de participantes reduziu o consumo de cigarros. A adesão à terapia de reposição de nicotina foi abaixo do ideal. A intervenção individualizada não melhorou as taxas de cessação do tabagismo. Torna-se essencial desenvolver formas mais eficazes de alcançar fumantes que vivem com o HIV.
Vidrine DJ, et al. 2015 ⁽⁵⁹⁾	EMBASE CINAHL Drug and Alcohol Dependence. 2015; 147:76-	Avaliar os mecanismos potenciais envolvidos na cessação do tabagismo, para os fumantes HIV-positivos. Houston, Texas, Estados Unidos	Intervenção/ Nível IV	Os resultados reforçam a importância da autoeficácia na promoção da cessação do tabagismo. Esforços adicionais são necessários

	80.	N=350		para tratamento eficaz do tabagismo.
--	-----	-------	--	--------------------------------------

*NE=nível de evidência

ARTIGO 2 – Prevalence of smoking and associated factors among people living with HIV/AIDS in the state of São Paulo, Brazil

*Redigido de acordo com as normas de publicação e foi submetido para a *Plos One* no dia 11/01/2019.

**Prevalence of smoking and associated factors among people living with HIV/AIDS
in the state of São Paulo, Brazil**

Ligia Lopes Devóglgio^{1*}, Renata Ferrari², Marli Teresinha Cassamassimo Duarte³, Irma de Godoy², Ilda de Godoy³

¹ Department of Public Health, Botucatu Medical School, São Paulo State University (UNESP), Botucatu, SP, Brazil;

² Department of Internal Medicine, Botucatu Medical School, São Paulo State University (UNESP), Botucatu, SP, Brazil;

³ Department of Nursing, Botucatu Medical School, São Paulo State University (UNESP), Botucatu, SP, Brazil.

*Corresponding author:

Email: ligiadevoglio@gmail.com (LDL)

Abstract

Introduction: Smoking is a leading cause of death among people living with HIV/AIDS (PLWHA). Its prevalence in this population, reportedly high in various countries, may be associated with various factors. Fewer results being available from Brazil, this study aimed to estimate the prevalence of smoking and to identify associated factors among PLWHA in the interior of the State of São Paulo.

Methods: A cross-sectional study was carried out with PLWHA receiving care at the main HIV/AIDS service in the micro-region of Botucatu, São Paulo, Brazil. A total of 200 subjects were included in the study from July 2016 to June 2017. Multivariable

logistic regression was used to analyze the data, with smoking status as the dependent variable.

Results: the mean age of subjects was 43.4 years (SD=11.8), 51.0% were women, and the prevalence of smoking was 32.0%. Regarding the degree of nicotine dependence, 51.6% presented high or very high levels and the most frequent stages of readiness to quit smoking was preparation (53.1%). In the multivariable analysis, only lower educational level ($p=0.048$) and presence of pulmonary disease ($p=0.042$) were associated with smoking status.

Conclusions: The prevalence of active smoking was three times higher than the overall adult prevalence in Brazil. Most smokers were men, in accordance with current literature. Tobacco use was associated with lower educational level and pulmonary disease. This information could be of use in policies to curb smoking and related health problems.

Keywords: Smoking; HIV; AIDS; Prevalence; Socioeconomic Factors; Depression

Introduction

The prevalence of smoking among people living with HIV/AIDS (PLWHA) is high, between 50% and 70% in developed countries, which is two to three times higher than in the general population (19-20%) [1-3].

Compared to HIV-negative smokers, HIV-positive smokers have an increased risk of developing various diseases such as respiratory, cardiovascular, cancer, and depression among others [3]. Furthermore, the risk of death is trebled among HIV-positive smokers compared to HIV-positive non-smokers. Their life expectancy is, respectively, 12.3 years and 5.1 years lower than in the general population, which shows that smoking makes PLWHA live less [4,5].

Availability of antiretroviral therapy (ART) for PLWHA, and increasing adherence to it produced a rapid and remarkable improvement in terms of morbidity and mortality, resulting in increased survival. Smoking, however, acts in the opposite way, being associated with increased HIV viral load and non-adherence to treatment, thus putting at risk the health of these individuals [3,4].

Smoking among PLWHA has been associated with a number of factors, including socioeconomic conditions such as lower educational level, use of alcohol and illegal drugs, psychiatric comorbidities such as anxiety disorders, depression and schizophrenia, physical and/or mental difficulties related to side effects of treatment, lack of access to health services and poor adherence to smoking cessation treatment [2,3].

The goal of this study was to assess the prevalence of smoking and associated factors among PLWHA attending a specialized outpatient clinic in the interior of the State of São Paulo, so that results may help outline new strategies towards smoking prevention and cessation in this population.

Methods

This is a cross-sectional study carried out at *Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia* (SAEI), the reference outpatient clinic for PLWHA from 30 municipalities in the micro-region of Botucatu, which lies at the center of the State of São Paulo, Brazil, with a population estimated to be 615,462 [6].

Sample size calculation was based on the number of visits by PLWHA at SAEI during 2015 (N=752), the prevalence of smoking in the general population (15%) [7], and a level of confidence of 95%, resulting in a minimum sample size of 156 subjects. The inclusion criteria were an age of 18 years or above, and a confirmed diagnosis of

HIV/AIDS. Current imprisonment was an exclusion criterion, being regarded as a possible source of bias.

Data collection took place between July 2016 and June 2017. Study subjects were recruited going weekly to the clinic, on different days, and approaching patients in the waiting room. All those who accepted to enter the study and signed the Informed Consent Form answered a questionnaire regarding subject sociodemographic information, tobacco use, HIV/AIDS clinical data, degree of nicotine dependence [8], stage of readiness to quit smoking [9], perceived stress [10] and symptoms suggestive of anxiety and depression [11].

Five stages of readiness to quit smoking were considered: pre-contemplation, when there is no will to quit smoking over the next six months; contemplation, when there is a will to quit smoking over the next six months; preparation, when the will is to quit smoking within 30 days; action, when smoking cessation took place over the previous six months; and maintenance, when cessation took place more than six months earlier [9].

The Perceived Stress Scale was used, which includes 10 questions having 5 possible answers: 1=never, 2=rarely, 3=sometimes, 4=often, 5=very often. The score was calculated as in Reis et al [10]. The higher the score, the higher the level of perceived stress. To assess anxiety and depression symptoms, the Hospital Anxiety and Depression Scale was used, which rates symptoms and classifies subjects as unlikely (0-7), possible (8-10) or likely (11-21) cases of anxiety or depression [11].

The smoking profile of study subjects was assessed by means of a specific form, based on previous studies, addressing tobacco use history, presence of related diseases such as pulmonary disease, mental illness and cancer, social background and family history, factors around the initiation of smoking, and smoking load [12,13] To assess

the degree of nicotine dependence the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) was used, in which dependence scores are classified as low (0-4), moderate (5) or high (6-10) [14].

The database was created using *Microsoft Excel* and statistical analysis was carried out using *Statistical Analysis System version 9.3* and *IBM SPSS Statistics version 22 for Windows*. Mean and standard deviation (SD) were calculated for quantitative variables, while frequencies and proportions were for qualitative variables. Association between qualitative variables was assessed using the chi-square test or Fisher's exact test.

For comparisons involving more than two variables, regarding smoking, the absence of smoking and former smoking, analysis of variance (ANOVA) was used, followed by the Tukey or Kruskal-Wallis test, followed by Dunn's test, applying a significance level of 5%. Multivariable logistic regression analysis was performed to assess factors associated with ever smoker status (current smokers and former smokers). Variables with statistically significant results in the univariate analysis were included in the final multivariable logistic regression model, adjusted for sex and age.

This study was approved by the Research Ethics Committee, Botucatu Medical School, UNESP (opinion nº 1,641,878).

Results

The study included 200 subjects. The prevalence of ever smoking was 57.5%, with 32% of current smokers and 25.5% of former smokers. **Table 1** shows the general characteristics of subjects and their distribution according to smoking status. The mean age of subjects was 43.4 years (SD=11.8), 51.0% were female, 58.5% had no stable relationship, and 57.5% had at least eight years of schooling. We identified an association between smoking and educational level (p-value=0.001).

Table 1. Characteristics of people living with HIV/AIDS and their association with smoking status (N=200).

Variable	Never smokers 85 (%)	Former smokers 51 (%)	Current smokers 64 (%)	Total 200 (%)	p-value
Gender					0.185
Female	45 (22.5)	30 (15.0)	27 (13.5)	102 (51.0)	
Male	40 (20.0)	21 (10.5)	37 (18.5)	98 (49.0)	
Age, mean (SD), y	41.6 (13.7)	45.7 (10.2)	43.9 (9.9)	43.4 (11.8)	0.151
Monthly household income, MHI (in multiples of minimum wage)					0.044
MHI<1	9 (4.8)	9 (4.8)	18 (9.5)	36 (19.1)	
1≤MHI<2	22 (11.6)	19 (10.0)	21 (11.1)	62 (32.7)	
2≤MHI<3	17 (9.0)	6 (3.2)	6 (3.2)	29 (15.4)	
MHI≥3	31 (16.4)	16 (8.4)	15 (8.0)	62 (32.8)	
Educational level (years of schooling)					0.001
≤ 8	24 (12.0)	24 (12.0)	37 (18.5)	85 (42.5)	
> 8	61 (30.5)	27 (13.5)	27 (13.5)	115 (57.5)	
Marital status					0.675
With partner	38 (19.0)	21 (10.5)	24 (12.0)	83 (41.5)	
Without partner	47 (23.5)	30 (15.0)	40 (20.0)	117 (58.5)	
Currently working					0.140
Yes	51 (25.5)	26 (13.0)	28 (14.0)	105 (52.5)	
No	34 (17.0)	25 (12.5)	36 (18.0)	95 (47.5)	
Physical activity					0.433
Yes	34 (17.1)	21 (10.5)	20 (10.0)	75 (37.7)	
No	50 (25.1)	30 (15.0)	44 (22.1)	124 (62.3)	
Alcohol consumption					0.066
Yes	25 (12.5)	14 (7.0)	29 (14.5)	68 (34.0)	
No	60 (30.0)	37 (18.5)	35 (17.5)	132 (66.0)	
Use of illegal drugs					0.004
Yes	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (2.5)	5 (2.5)	
No	85 (42.5)	51 (25.5)	59 (29.5)	195 (97.5)	
Living with smokers not smoking at home					0.183
Yes	22 (11.0)	12 (6.0)	24 (12.0)	58 (29.0)	
No	63 (31.5)	39 (19.5)	40 (20.0)	142 (71.0)	
Living with smokers who smoke at home					<0.001
Yes	8 (4.0)	2 (1.0)	39 (19.5)	49 (24.5)	
No	77 (38.5)	49 (24.5)	25 (12.5)	151 (75.5)	
Exposure to cigarette smoke in a group outside home					<0.001
Yes	36 (18.0)	29 (14.5)	54 (27.0)	119 (59.5)	
No	49 (24.5)	22 (11.0)	10 (5.0)	81 (40.5)	
Pulmonary disease history					0.056
Yes	17 (8.5)	16 (8.0)	24 (12.)	57 (28.5)	
No	68 (34.0)	35 (17.5)	40 (20.0)	143 (71.5)	
Cardiovascular disease history					0.460
Yes	7 (3.5)	7 (3.5)	9 (4.5)	23 (11.5)	
No	78 (39.0)	44 (22.0)	55 (27.5)	177 (88.5)	
Cancer history					0.779
Yes	7 (3.5)	5 (2.5)	4 (2.0)	16 (8.0)	
No	78 (39.0)	46 (23.0)	60 (30.0)	184 (92.0)	
Use of ART					0.937

Yes	82 (41.0)	49 (24.5)	61 (30.5)	192 (96.0)	
No	3 (1.5)	2 (1.0)	3 (1.5)	8 (4.0)	
CD4+ T-cell count					0.636
≤ 200	14 (7.0)	7 (3.5)	13 (6.5)	34 (17.0)	
>200	71 (35.5)	44 (22.0)	51 (25.5)	166 (83.0)	
HIV viral load					0.430
Detectable	19 (9.6)	8 (4.0)	17 (8.6)	44 (22.3)	
Undetectable	66 (33.3)	41 (20.7)	47 (23.7)	154 (77.7)	
Perceived stress, mean (SD)	14.0 (9.6)	17.7 (11.1)	17.6 (10.8)		0.072
Anxiety					0.675
Unlikely	55 (27.6)	27 (13.6)	38 (19.0)	120 (59.8)	
Possible	13 (6.6)	10 (5.0)	9 (4.5)	32 (16.1)	
Likely	17 (8.5)	14 (7.1)	17 (8.5)	48 (24.1)	
Depression					0.425
Unlikely	65 (32.5)	36 (18.0)	44 (22.0)	145 (72.5)	
Possible	6 (3.0)	7 (3.5)	10 (5.0)	23 (11.5)	
Probably	14 (7.0)	8 (4.0)	10 (5.0)	32 (16.0)	

Approximately half of the subjects did not work (47.5%). A mean of 2.7 persons (SD=1.4) depended on the monthly household income, which is a relatively high percentage of cases (32.8%) was ≥ 3 minimum wages.

Alcohol consumption was reported by 34.0% of subjects, while 2.5% used some type of illegal drugs such as marijuana, cocaine or crack. The results were suggestive of higher consumption of illegal drugs by current smokers than former smokers and never-smokers (p-value=0.004), as shown in **Table 1**.

Smoking status was also analyzed according to subjects living with smokers who do not smoke at home (29.0%), subjects living with smokers who smoke at home (24.5%), and subject exposure to cigarette smoke in a group outside home (59.5%). An association was found between smoking status and living with smokers who smoke at home (p-value<0.001) and also with exposure to cigarette smoke in a group outside home (p-value<0.001).

Regarding physical activity, 37.7% of study subjects reported practicing (41.3% of them daily) but no association was found with smoking status.

Concerning comorbidities, 28.5% of subjects had a history of pulmonary disease almost significantly associated with smoking ($p=0.056$). There was a history of cardiovascular disease in 11.5% of subjects. There was a history of cancer in 8.0% of subjects. Finally, 38.5% of subjects had a history of some other disease.

Regarding the clinical history of HIV/AIDS, 78.5% of subjects were diagnosed since the year 2000, 96% reported in their last consultation to be using ART daily, 83.0% had a CD4+ T-cell count higher than 200 cells/mm³, and 77.8% had an undetectable HIV viral load. The most reported route of transmission was sexual intercourse with the current partner or an ex-partner (50.5%), while 39.0% did not know how they became infected. The majority of subjects were in the asymptomatic disease stage, had a high CD4+ T-cell count and an undetectable HIV viral load.

No association was found between use of tobacco on one hand, and level of stress, anxiety or depression on the other hand. All these results are shown in **Table 1**.

Among ever smokers the mean age of onset of smoking was 16.5 years (SD=7.7), smoking exposure was on average 22.2 pack-years (SD=22.6), 76.5% smoked for more than 10 years, and 7.8% started smoking after HIV diagnosis. It turns out that 71.2% started smoking by their own initiative, out of curiosity (70.4%) or emulating friends (42.6%) or parents (15.6%). Some subjects reported that, before starting to buy cigarettes, they obtained them from friends (47.0%) and/or relatives (24.3%).

The smoking history of PLWHA who are current smokers is shown in **Table 2**. Out of 64 current smokers, 89.1% smoked every day, 76.2% inhaled smoke always, and 46.9% smoked 11-20 cigarettes/day, corresponding to approximately 5.2 packs/week (SD=3.4). The prevalence of high or very high nicotine dependence level was 51.6%. Regarding the stages of readiness to quit smoking, there were more subjects in the

preparation stage (53.1%) than in the pre-contemplation (26.6%) and contemplation (20.3%) stages.

Table 2. Smoking history of currently smoking people living with HIV/AIDS (N=64).

Variable	Current smokers (N=64)	
	N	%
Smoking pattern		
Daily	57	89.1
Weekend	1	1.5
Occasional	6	9.4
Tobacco smoke inhalation		
Always	48	76.2
Sometimes	8	12.7
Never	7	11.1
Cigarettes/day		
1-10	25	39.1
11-20	30	46.9
>20	7	10.9
Packs/week*	5.2±3.4 (0.25-14)	
Nicotine dependence (FTND)		
Very low	13	20.3
Low	12	18.7
Medium	6	9.4
High	21	32.8
Very high	12	18.8
Motivational stage		
Precontemplation	17	26.6
Contemplation	13	20.3
Preparation	34	53.1
<i>Past quitting history</i>		
Previous attempts to quit smoking		
Yes	51	79.7
No	13	20.3
Longest cigarette-free interval (N=51)		
Up to 3 months	29	56.8
Up to 6 months	8	15.7
Up to 1 year	3	5.9
More than 1 year	11	21.6
Use of quitting resources		
Yes	4	7.8
No	47	90.2
<i>Smoking withdrawal symptoms</i>		
Irritability		
Yes	26	51.0
No	25	49.0
Insomnia		
Yes	16	31.4
No	35	68.6
Sadness		
Yes	14	27.5
No	37	72.5

Restlessness		
Yes	25	49.0
No	26	51.0
Increased appetite		
Yes	18	35.3
No	33	64.7

*Values given as mean, standard deviation, minimum and maximum

The use of industrial cigarettes was more common in this group, with 37.9% consuming cigarettes from smuggled brands. Only 15.6% smoked straw cigarettes, 3.1% flavored cigarettes, and 3.1% hand-rolled cigarettes.

Up to 79.7%, individuals had tried to quit smoking. Of these, 51.0% reported irritability during the withdrawal period, while 49.0% felt restless and 35.3% experienced an increased appetite. Of those who tried to quit smoking, 80.4% did not use quitting resources and 11.8% had stopped smoking during some hospital admission.

Former smokers smoked on average for 16.8 years (SD=12.0). They quit smoking at around 33.1 years of age (SD=11.6) and used to smoke a mean of 7.5 packs/week (SD=6.7). Regarding the stage of readiness to quit smoking, 90.1% were in the maintenance stage and 9.8% in the action stage. Among the reasons to quit smoking the following were given: health (37.3%), pregnancy (15.7%), social issues (7.8%), and self-motivated decision without any specific reason (39.2%).

The multivariable logistic regression after adjusting for sex, age, household monthly income, educational level, perceived stress, and pulmonary disease is presented in **Table 3**. Only two variables turned out to be associated with smoking status: educational level (p-value=0.048) and a history of pulmonary disease (p-value=0.042).

Table 3. Multivariable logistic regression analysis of factors associated with smoking status among people living with HIV/AIDS.

Dependent variable	Covariate	Odds ratio	95% CI	p-value
Smoking Status	Sex (male)	1.77	0.89 – 3.52	0.106
	Age (years old)	1.01	0.98 – 1.04	0.557
	Household monthly income (\times minimum wage)	1.00	1.00 – 1.00	0.302
	Educational level (\leq 8 years schooling)	0.48	0.23 – 0.99	0.048
	Perceived stress (score)	1.03	1.00 – 1.06	0.072
	Pulmonary disease (presence)	2.21	1.03 – 4.73	0.042

Discussion and Conclusions

The prevalence of smoking among PLWHA (32.0%) was high, as in other countries [1-3]. It was three times higher than among the general population in Brazil, where prevalence is currently around 10.2% [15]. Previous studies in two Brazilian capitals indicated smoking prevalences of 28.9% [16] and 29.9% [17] among PLWHA.

Results of previous studies are inconsistent regarding an association between smoking, alcohol and illegal drugs in this population. Brazilian studies have reported that most PLWHA does not use alcohol or illegal drugs [18-20]. However, in our study, alcohol use has turned out to be as high as 34.0% in this population, compared with available data on alcohol consumption in the last 30 days among Brazilians, which is 19.1% [15]. Consumption of illegal drugs was found to be 2.5% in our study, similar to 2.3% in the general population [21]. A qualitative study already suggested that alcohol is frequently used in this population since there is no perception of HIV progression or other health risks involved and this consumption is little discussed by health professionals [22]. Our study allows suggesting that illegal drugs are more frequently used among current smokers, consistently with other studies that also reported increased

consumption of alcohol and illegal drugs among PLWHA, with a higher prevalence among smokers [16,17,23].

Regarding current smoker characteristics, 57.8% were men, which is consistent with studies [16,17,24,25] where smoking prevalence was shown to be higher among men. The majority (92.2%) started to smoke before the diagnosis of HIV, as seen in another study suggesting that smoking precedes infection [16].

Current and former smokers started to smoke around the mean age of 16.5 years (SD=7.7), similar to another study that found the same mean age [16], which is consistent with the average for the general population in Brazil, reported to be 16 years [26]. Results presented here are in agreement with the literature, according to which, curiosity and the presence of smokers among family and friends were key motivating factors in trying cigarettes and starting to smoke. This is to say that a majority of subjects started tobacco consumption spontaneously rather than upon being offered tobacco or encouraged to smoke [12]. Studies with other populations have shown that subjects living with smokers or being with them outside home in a group (be it work, friends or family) influences both initiation and maintenance of tobacco consumption [26,27]. According to Batista et al. [16], most smokers reported smoking up to 10 cigarettes/day. Similarly, Torres et al. [17] found that 50.4% reported smoking less than 10 cigarettes/day, while 30.7% reported 11 to 20 cigarettes/day. Figures were higher in our study since 57.8% smoked more than 10 cigarettes/day and 89.1% smoked every day.

Brazil is a leading country in policies to curb tobacco consumption. One of its strategies has been to increase taxes on cigarettes (up 116% between 2006 and 2013), though this led to increased consumption of smuggled cigarettes [28]. Another study

[12] showed how the most consumed brand is one smuggled into Brazil, where its price is so low that it makes cigarettes universally affordable.

The percentage of HIV-positive smokers having made attempts to quit smoking was reported to be 70% [23] and 84.2% [25] in previous studies. Our results are consistent with these studies with an equally high figure of 79.7%. It is not easy to quit smoking but people still often try without any help from healthcare professionals, and the most frequent withdrawal symptoms are irritability, restlessness and increased appetite [12]. The prevalence of smoking was high but as many as 53.1% of smokers were interested in quitting tobacco. According to literature, 40-63% of HIV-positive smokers were contemplating or preparing to quit smoking while 69-84% were interested in smoking cessation programs or nicotine replacement therapy [23]. In South Africa, 96.7% of current HIV-positive smokers stated their desire to quit smoking [25].

Regarding the smoking history of former smokers, the mean age of cessation in the present study was 33.1 years, consistent with a mean age of 32.3 years reported by others [16]. In our study it was found that 41.2% used to smoke up to 10 cigarettes/day, lower than 57.7% reported in a recent study [17]. The reasons that led our subjects to quit smoking were found to be: concerns about health problems, costs, diagnosis of HIV infection, personal reasons, concomitant illness, family and religious issues, and for no specific reason. This is similar to results reported by Waweru et al [25].

It is worth noting that subjects in this study represent, socioeconomically and educationally, an upwardly differentiated population, with 57.5% reporting ≥ 8 years of study and 32.8% reporting a monthly household income ≥ 3 minimum wages. This goes contrary to other studies where lower educational level and lower income predominated. Previous studies also pointed to a relationship between smoking and lower educational level in PLWHA [16,18,19,29-31].

In the present study, subjects came from small towns to medium size cities in an interior micro-region of the State of São Paulo, with a slight majority of females, consistently with current changes in the epidemiological profile of AIDS in Brazil, which previously affected mainly the metropolitan regions, men, homo/bisexuals, and individuals with a high socioeconomic status [30-32]. The current predominance of females may be related to gender issues or the fact that women seek health services more than men [33].

According to previous studies [34,35] HIV alone, regardless of smoking, increases the predisposition to pulmonary disease. In our study, despite the relatively young population with 61.5% of subjects between 29 and 59 years of age, 28.5% had already suffered some pulmonary disease. National studies [18,19,32] reflected a similar reality, with subjects aged 40-42 years on average, and in one study [18] 50% of patients had tuberculosis as comorbidity.

The present study found that pulmonary disease is significantly associated with smoking status (OR=2.21, p=0.042), which is consistent with the well-known contribution of smoking to the development of pulmonary conditions, since tobacco is immunosuppressive on its own, exacerbates immunosuppression caused by HIV, and even counters the effects of ART [36-38].

In the present study, 96% of subjects reported using ART while recent data shows that it was never used by 16% of PLWHA in Brazil, aged 18 or above [39]. This differs from another study in which smoking appeared to act as an important barrier to ART adherence [40].

Consistent with the Brazilian context and current literature [32], sexual intercourse was the main transmission route of study subjects (53.0%).

Although Brazil is an advanced country in its fight against smoking, with PLWHA and their health needs well taken care of as well, smoking cessation remains a challenge in this population, especially given that free treatment to quit tobacco is not yet available like ART.

Various studies [3,41,42] suggest that PLWHA may develop mental health problems such as anxiety and depression, with a higher prevalence than the general population and smoking as an associated factor. However, in the present study, a majority of subjects did not show symptoms of depression (74.5%) or anxiety (62.2%), and there was no association with smoking status. Perceived stress was higher among both current and former smokers but did not show a significant association with smoking status either.

This study corroborates the feminization of HIV infection and the importance of sexual intercourse as the main transmission route, but results go counter reported HIV/AIDS pauperization.

One limitation of the present study was the nonsystematic recruitment method, which may have influenced for instance the greater proportion of women included. This study, however, has allowed us to check that the prevalence of smoking and associated factors among PLWHA in municipalities from the interior of the State of São Paulo is similar to that of Brazilian capitals.

It has turned out in the present study that this regional population of PLWHA, in the interior, has a prevalence of smoking which is high but still lower than in developed countries, with a majority of subjects, moreover, reporting their desire to quit smoking.

Smoking was more common among men and associated with lower educational level and presence of pulmonary disease. It was also observed that current smokers

made greater use of illegal drugs, and while most subjects reported their desire to quit tobacco, nicotine dependence was found to be high.

In conclusion, this study throws light on smoking and associated factors in a Brazilian regional population of PLWHA in the interior. Among other things, it shows that low educational level is one of the factors associated with smoking among PLWHA, a factor that may be amenable to improvement. All of this may benefit target populations of the interior as useful knowledge when deciding regional policies, helping to curb smoking and diseases associated with tobacco in said populations.

Acknowledgments

We would like to thank the whole team at Botucatu's SAEI for their support regarding subject recruitment, and also all those that helped improve this manuscript, especially Cristiane Murta and Artur Sixto.

References

1. Cioe PA. Smoking Cessation Interventions in HIV-Infected Adults in North America: A Literature Review. *J Addict Behav Ther Rehabil.* 2013;2(3):1000112.
2. Browning KK, Wewers ME, Ferketich AK, Diaz P. Tobacco use and cessation in HIV-infected individuals. *Clin Chest Med.* 2013;34(2):181-90.
3. Reynolds NR. Cigarette smoking and HIV: more evidence for action. *AIDS Educ Prev.* 2009;21(3 Suppl):106-21.
4. Helleberg M, Afzal S, Kronborg G, Larsen GS, Pedersen G, Pedersen C, et al. Mortality attributable to smoking among HIV-1-infected individuals: a nationwide, population-based cohort study. *Clin Infect Dis.* 2013;56(5):727-34.
5. Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, et al. Sixth ed. *The Tobacco Atlas.* Atlanta, Georgia, USA: American Cancer Society and Vital Strategies; 2018. (2018, December 14). Retrieved from <https://tobaccoatlas.org/>
6. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censos demográficos: cidades.* Brasília: IBGE; 2018. (2019, Jan 3). Retrieved from <https://cidades.ibge.gov.br/>
7. Malta DC, Stopa SR, Santos MAS, Andrade SSCA, Oliveira TP, Cristo EB, et al. Evolution of tobacco use indicators according to telephone surveys, 2006-2014. *Cad Saude Publica.* 2017;33Suppl 3(Suppl 3):e00134915.
8. 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.
9. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In Search of How People Change Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist.* 1992;47(9): 1102-

- 14.
10. Reis RS, Hino AA, Añez CR. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. *J Health Psychol.* 2010;15(1):107-14.
11. Marcolino JAM, Mathias LAST, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LAC. Hospital Anxiety and Depression Scale: A Study on the Validation of the Criteria and Reliability on Preoperative Patients. *Rev Bras Anesthesiol.* 2007; 57(1): 52-62.
12. Devóglgio LL, Corrente JE, Borgato MH, Godoy I. Smoking among female sex workers: prevalence and associated variables. *J Bras Pneumol.* 2017;43(1):6-13.
13. Caram LMO, Ferrari R, Tanni SE, Coelho LS, Godoy I, Martin RSS, et al. Characteristics of smokers enrolled in a public smoking cessation program. *J Bras Pneumol.* 2009;35(10):980-5.
14. Halty LS, Hutner MD, Netto ICO, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *J Bras Pneumol.* 2012;28(4):180-86.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
16. Batista JdL, Militão de Albuquerque MFP, Ximenes RAA, Miranda-Filho DB, Melo HRL, Maruza M, et al. Prevalence and socioeconomic factors associated with smoking in people living with HIV by sex, in Recife, Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(2):432-43.
17. Torres TS, Luz PM, Derrico M, Velasque L, Grinsztejn E, Veloso VG, et al. Factors associated with tobacco smoking and cessation among HIV-infected individuals under care in Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One.* 2014;9(12):e115900.
18. Silva RAR, Silva RTS, Nascimento EGC, Gonçalves OP, Reis MM, Silva BCO. Clinical-epidemiological profile of HIV-positive adults attended in a hospital from Natal/RN. *Rev Fund Care Online.* 2016; 8(3):4689-4696.
19. Soares GB, Garbin CA, Rovida TA, Garbin AJ. Quality of life of people living with HIV/AIDS treated by the specialized service in Vitória-ES, Brazil. *Cien Saude Colet.* 2015;20(4):1075-84.
20. Santos VF, Galvão MTG, Cunha GH, Lima ICV, Gir E. Efeito do álcool em pessoas com HIV: tratamento e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(1):94-100.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT). *Pesquisa nacional sobre o uso do crack.* Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2014.
22. Shacham E, Hoffer L, Overton ET. Perceptions of alcohol risk among individuals living with HIV. *AIDS Care.* 2011;23(1):107-12.
23. Nahvi S, Cooperman NA. Review: the need for smoking cessation among HIV-positive smokers. *AIDS Educ Prev.* 2009;21(3 Suppl):14-27.
24. Mdege ND, Shah S, Ayo-Yusuf OA, Hakim J, Siddiqi K. Tobacco use among people living with HIV: analysis of data from Demographic and Health Surveys from 28 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health.* 2017;5(6):e578-e592.
25. Waweru P, Anderson R, Steel H, Venter WD, Murdoch D, Feldman C. The prevalence of smoking and the knowledge of smoking hazards and smoking cessation strategies among HIV- positive patients in Johannesburg, South Africa.

- S Afr Med J.* 2013;103(11):858-60.
26. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras* / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HC/FMUSP; Andrade AG, Duarte PAV, Oliveira LG (Org.). Brasília: SENAD; 2010.
 27. Lombardi EM, Prado GF, Santos UP, Fernandes FL. Women and smoking: risks, impacts, and challenges. *J Bras Pneumol.* 2011;37(1):118-28.
 28. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Agência de Notícias: *Pesquisa internacional constata que elevação de impostos é uma das mais eficazes políticas para diminuir acesso ao cigarro.* Rio de Janeiro: INCA; 2014. (2017, September 1). Retrieved from http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2014/pesquisa_internacional_constata_que_elevacao_de_impostos_e_uma_das_mais_eficazes_politicas_para_diminuir_acesso_ao_cigarro
 29. Castro AP, Magalhaesa M, Lirio M, Paste AA. Perfil socioeconômico e clínico dos pacientes internados com HIV/Aids em hospital de Salvador, Bahia. *Rev Baiana de Saúde Pública.* 2013; 37(Suppl 1): 122-132.
 30. Silva RAR, Duarte FHS, Nelson ARC, Holanda JRR. A epidemia da aids no Brasil: análise do perfil atual. *Rev Enferm UFPE on line.* 2013; 7(10): 6039-8.
 31. Gonçalves ZR, Kohn AB, Silva SD, Louback BA, Velasco LCM, Nataliati ECO, et al. Perfil Epidemiológico dos Pacientes HIV-Positivo Cadastrados no Município de Teresópolis, RJ. *DST - J Bras Doenças Sex Transm.* 2012;24(1):9-14.
 32. Schuelter-Trevisol F, Pucci P, Justino AZ, Pucci N, Silva ACB. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. *Epidemiol Serv Saúde.* 2013; 22(1): 87-94.
 33. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. [Factors associated with the demand for health services from a gender-relational perspective]. *Cien Saude Colet.* 2014;19(4):1263-74.
 34. Kirk GD, Merlo C, O' Driscoll P, Mehta SH, Galai N, Vlahov D, et al. HIV infection is associated with an increased risk for lung cancer, independent of smoking. *Clin Infect Dis.* 2007;45(1):103-10.
 35. Collini P, Morris A. Maintaining lung health with longstanding HIV. *Curr Opin Infect Dis.* 2016;29(1):31-8.
 36. Brown J, Lipman M. Community-Acquired Pneumonia in HIV-Infected Individuals. *Curr Infect Dis Rep.* 2014;16(3):397.
 37. Brasil. Aids, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: UNAIDS; 2016. (2017, August 22). Retrieved from <http://www.aids.gov.br/aids>
 38. Rossouw TM, Anderson R, Feldman C. Impact of HIV infection and smoking on lung immunity and related disorders. *Eur Respir J.* 2015;46(6):1781-95.
 39. Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório de monitoramento clínico do HIV.* Brasília: Ministério da Saúde; 2017. (2018, November 26). Retrieved from <http://www.aids.gov.br/aids>
 40. King RM, Vidrine DJ, Danysh HE, Fletcher FE, McCurdy S, Arduino RC, et al. Factors associated with nonadherence to antiretroviral therapy in HIV-positive smokers. *AIDS Patient Care STDS.* 2012;26(8):479-85.
 41. Kee MK, Lee SY, Kim NY, Lee JS, Kim JM, Choi JY, et al. Anxiety and depressive symptoms among patients infected with human immunodeficiency virus in South Korea. *AIDS Care.* 2015;27(9):1174-82.

42. Stewart DW, Jones GN, Minor KS. Smoking, depression, and gender in low-income African Americans with HIV/AIDS. *Behav Med.* 2011;37(3):77-80.

ARTIGO 3 – Representações sociais de pessoas que vivem com HIV/aids sobre o tabagismo

*Redigido de acordo com as normas de publicação e foi submetido para a Revista Physis no dia 06/10/2018.

RESUMO

Objetivo: Compreender as representações sociais do cigarro na vida das pessoas vivendo com HIV/aids tabagistas **Métodos:** Estudo qualitativo realizado em Ambulatório Especializado de Infectologia, no município de Botucatu, interior de São Paulo. A amostra intencional incluiu 38 pessoas e os dados foram obtidos por entrevista semiestruturada e analisadas empregando-se o referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo. A Teoria das Representações Sociais constituiu-se no referencial teórico interpretativo dos dados. **Resultados:** A maioria dos participantes era do sexo masculino (63,1%) com idade média de $41,8 \pm 10,4$ anos; 10,5% faziam uso de drogas ilícitas e 44,7% de bebida alcoólica; 63,1% não praticavam atividades físicas. A maioria encontrava-se na fase assintomática da doença e 50,0% tinham desejo de cessar o tabagismo. Dos DSC emergiram três representações sociais: I) Me dá prazer, alivia o estresse e a ansiedade, é um companheiro, mas causa prejuízos, arrependimento e ódio; II) Está associado com minha rotina, com a bebida, o café e os amigos e III) Minha relação com o cigarro após a descoberta do HIV. **Conclusões:** O uso do tabaco relacionou-se com condições emocionais, comportamentais e com a infecção pelo HIV. O reconhecimento dessas representações poderá favorecer estratégias de prevenção e controle do tabagismo nesse grupo populacional.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo; HIV; AIDS; Pesquisa Qualitativa

ABSTRACT

Objective: To understand the social representations of cigarettes in the lives of people living with HIV/AIDS smokers. **Methods:** Qualitative study carried out in a Specialized Ambulatory of Infectology, in the city of Botucatu, interior of São Paulo. The intentional sample included 38 people and the data were obtained by semi-structured interview and analyzed using the methodological reference of the Discourse of the Collective Subject. The Theory of Social Representations was constituted in the interpretative theoretical reference of the data. **Results:** The majority of participants were male (63.1%) with a mean age of 41.8 ± 10.4 years; 10.5% used illicit drugs and

44.7% alcoholic beverages; 63.1% did not practice physical activities. Most were in the asymptomatic phase of the disease and 50.0% had a desire to stop smoking. From the DSC three social representations emerged: I) It gives me pleasure, it relieves stress and anxiety, it is a companion, but it causes harm, repentance, and hatred; II) It is associated with my routine, with the drink, the coffee and the friends and III) My relation with the cigarette after the discovery of HIV. **Conclusions:** Tobacco use was related to emotional, behavioral and HIV infection. The recognition of these representations may favor smoking prevention and control strategies in this population group.

KEYWORDS: Smoking; HIV; AIDS; Qualitative research

Representações sociais de pessoas que vivem com HIV/aids sobre o tabagismo

Social representations of people living with HIV/aids on smoking

Introdução

No Brasil (BATISTA et al., 2013; TORRES et al., 2014) e em diversos países desenvolvidos (REYNOLDS, 2009; BROWNING et al., 2013; CIOE, 2014) a prevalência do tabagismo em pessoas que vivem com HIV/aids tem se mostrado três vezes maior em comparação à população geral, aumentando suas chances de morbimortalidade.

Dentre os fatores associados ao tabagismo nessa população estão: baixa renda, baixa escolaridade, consumo de álcool e drogas ilícitas, idade e estado civil (BATISTA et al., 2013; TORRES et al., 2014). Apesar da alta prevalência, estudo indica que a maioria dos indivíduos iniciou o consumo previamente à infecção pelo HIV (TORRES et al., 2014) e muitos estão pensando ou se preparando para cessar o tabagismo (NAHVI; COOPERMAN, 2009; WAWERU, et al., 2013).

Neste sentido, a abordagem dos profissionais de saúde deve ser no caminho de desconstruir o comportamento de fumar, muitas vezes iniciado e mantido por determinadas situações e emoções. Esses sentimentos caracterizam-se pela representação social que o indivíduo faz do tabaco, ou seja, os significados e sentidos que o “fumar” têm pra ele e o que este representa em sua vida, se está ligado a fatores emocionais, como forma de alívio para o estresse e ansiedade, para aceitação social, se é devido ao seu fácil acesso ou à forte publicidade, para manutenção do peso corporal,

pela influência de familiares e amigos, dentre outros e inúmeros motivos os quais o indivíduo pode carregar consigo (BRASIL, 2016).

Fatores esses, considerados desencadeadores do desejo de fumar e classificados em comportamentais (consumo do cigarro ao tomar café, ao consumir bebida alcoólica, ao acordar, antes de dormir), socioambientais (festas e eventos sociais) e emocionais (ansiedade, nervosismo, prazer). A identificação e o controle desses gatilhos podem ser estratégias fundamentais para a cessação do tabagismo (CRUZ, 2015).

Embora exista vasta produção sobre o tabagismo em pessoas com HIV/aids de abordagem quantitativa (BROWNING et al., 2013; NAHVI; COOPERMAN, 2009; REYNOLDS, 2009; BATISTA et al., 2013; WAWERU, et al., 2013; TORRES et al., 2014), há escassez de estudos que demandariam delineamento qualitativo para a seguinte inquietação: quais os motivos e os significados do tabagismo na vida destas pessoas e as razões que as mantêm fumando, já que a maioria iniciou o consumo antes mesmo da infecção pelo HIV?

Para responder essa pergunta, propôs-se o presente trabalho que teve como **objetivo:** compreender as representações sociais sobre o cigarro na vida das pessoas que vivem com HIV/aids e são tabagistas.

Entende-se que os resultados desta pesquisa poderão contribuir para formulação de estratégias de abordagens mais específicas e eficazes com o intuito de promover a saúde e melhorar a qualidade de vida dessa população.

Método

Trata-se de pesquisa qualitativa, na abordagem compreensiva, conduzida no Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia (SAEI) “Domingos Alves Meira”, referência para pessoas que vivem e que estão expostas ao HIV/aids, às Hepatites B e C e ao vírus linfotrópico para célula T humana (HTLV).

O SAEI possui atendimento multiprofissional e é responsável por prestar assistência a 30 municípios da microrregião de Botucatu, o qual está localizado na região central do Estado de São Paulo, com população estimada de 141.032 habitantes (BRASIL, 2016). São realizados atendimentos aos pacientes com HIV em seis períodos semanais, sendo que um destes é destinado ao atendimento exclusivo de pessoas privadas de liberdade. O ambulatório também fornece gratuitamente o tratamento completo do HIV.

A amostra de conveniência, foi composta por 38 pessoas vivendo com HIV/aids em acompanhamento no SAEI. Esta foi determinada pela saturação teórica, ou seja, suspendeu-se a inclusão de novos participantes, quando as informações fornecidas passaram a apresentar repetições, não contribuindo mais significativamente para o estudo (FONTANELLA et al., 2008). Constituíram-se critérios de inclusão ter no mínimo 18 anos, diagnóstico de HIV/aids confirmado e ser tabagista. Foram considerados tabagistas aquelas pessoas que fumaram no mínimo cem cigarros na vida e atualmente fumam diariamente ou ocasionalmente (REICHERT et al., 2008). Foram excluídos os pacientes privados de liberdade.

A coleta de dados foi realizada pela primeira autora, de julho de 2016 a março de 2017 e deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas, que duraram em média 20 minutos e foram realizadas em ambiente privativo. Estas foram gravadas e em seguida transcritas na íntegra e codificadas pelo número da entrevista, garantindo o anonimato.

A entrevista semiestruturada segue roteiro previamente elaborado com eixos temáticos norteadores, possibilitando a inserção de questões para a melhor compreensão ou aprofundamento de algum aspecto abordado pelo entrevistado. Nesta pesquisa os eixos temáticos norteadores foram: “O que o cigarro representa em sua vida? Quais os motivos para você fumar? Qual a relação do cigarro com o HIV?”.

Para caracterização sociodemográfica empregou-se formulário contendo informações sobre sexo, idade, escolaridade, renda, história tabágica, nível de dependência do tabagismo de Fagerström (HEATHERTON et al., 1991), estágio motivacional do indivíduo para cessação do tabagismo (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982), história do HIV/aids, antecedentes pessoais e clínicos.

As entrevistas foram analisadas por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), o qual consiste em reunir sob a forma de discursos únicos redigidos na primeira pessoa do singular, conteúdos de depoimentos com sentidos semelhantes, com o intuito de produzir no leitor um efeito de “coletividade falando”. Além disso, esta forma de análise gera representações sociais “encorpadas”, com grande volume de conteúdo (LEFEVRE et al., 2009).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) de Moscovici foi utilizada como referencial teórico, pois possibilita que os indivíduos expressem o que pensam, como percebem suas opiniões e experiências acerca desta problemática. Permite refletir sobre como as pessoas e os grupos constroem seu conhecimento a partir da sua inserção

social. É uma reabilitação do senso comum, do conhecimento do cotidiano, das experiências vividas, que são socialmente compartilhadas. Suas características são decorrentes das situações sociais que esse pensamento se origina e cada grupo, cada segmento sociocultural tem seu sistema de representações sobre os diferentes aspectos de sua vida (ARRUDA, 2002; ALVES-MAZZOTTI, 2008).

A TRS é amplamente utilizada na área da saúde e do ensino, pois permite compreender as atitudes e comportamentos de determinado grupo frente a determinada situação (DIORIO et al., 2017). Na área de enfermagem em pesquisas qualitativas, a TRS aliada ao DSC como opções teórico-metodológicas, são relevantes, pois possibilitam maior objetividade e confiabilidade no processo de interpretação dos dados gerando discursos que representam as falas de grupos de indivíduos e que permitem que o leitor entenda como as pessoas pensam e compartilham certas opiniões (DUARTE et al., 2009).

Ao fazer associação entre TRS e tabagismo no mundo atual, observamos que apesar de ser uma droga lícita, no Brasil, com as políticas públicas de proibições, o tabaco vem sendo recriminado pela maioria da população, por causar várias doenças e por expor quem está em contato com a fumaça. Portanto, o senso comum é de que não se deve fumar cigarro, porém, as prevalências elevadas nessa população demonstram divergências entre o universo consensual estabelecido na população geral.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP, parecer nº 1.641.878 e realizado mediante a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa.

Resultados e Discussão

Caracterização dos participantes

A idade média dos participantes foi de 41,8 ($\pm 10,4$) anos; 63,2% eram do sexo masculino; 76,3% não possuíam relacionamento estável; 55,3% trabalhavam; a renda familiar *per capita* foi de R\$ 2.508,29 ($\pm 2.310,06$), podendo até cinco pessoas depender dessa renda; 47,4% residiam no município de Botucatu; 50,0% possuíam até oito anos de estudo; 10,5% faziam uso de drogas ilícitas, como maconha (7,8%), cocaína (2,6%) e crack (2,6%); 44,7% faziam uso de bebida alcoólica e 63,2% não praticavam atividades físicas.

Considerando-se variáveis relacionadas à infecção pelo HIV, 94,7% faziam uso correto da medicação, sendo que a maioria apresentou estar na fase assintomática da doença, ou seja, 73,7% estavam com a carga viral indetectável e 13,2% tinham contagem de linfócitos TCD4+ menor que 200 células/mm³; 52,6% dos indivíduos descobriram o HIV nos últimos dez anos e 52,6% se infectaram via relação sexual com parceiro ou ex-parceiro. As características gerais estão apresentadas na **Tabela 1**.

Apenas 7,9% começaram a fumar após a descoberta do diagnóstico do HIV, a maioria (76,3%) iniciou o consumo por vontade própria, tendo como principais fatores de influência a curiosidade (63,2%) e os amigos (36,8%); 86,9% fumavam todos os dias; 84,2% já tentaram parar de fumar e o tempo máximo sem fumar foi de até três meses (50,0%), nesse período os participantes se sentiram mais agitados (53,1%), irritados (50,0%), tristes (31,2%) e perceberam que aumentou o apetite (31,2%) e 75,0% não utilizaram apoio de nenhum recurso para parar de fumar.

No momento da inclusão no estudo, 52,6% possuíam nível de dependência elevado ou muito elevado, porém 50,0% estavam na fase da preparação, ou seja, tinham desejo de cessar o tabagismo no próximo mês. A história tabágica dos indivíduos está apresentada na **Tabela 2**.

A seguir as três representações sociais sobre o cigarro construídas a partir dos discursos das pessoas que vivem com HIV/aids:

Me dá prazer, alivia o estresse e a ansiedade, é um companheiro, mas causa prejuízos, arrependimento e ódio

Esta representação social está relacionada às próprias características e à composição do tabaco, visto que a nicotina, principal substância química que contém no cigarro, é responsável por provocar e manter os efeitos viciantes, provocando a sensação de gratificação ou de prazer entre os fumantes (ARAÚJO, 2012).

“Eu gosto de cigarro. Sensação de prazer! Por que eu fumo? Ah porque eu gosto! É que eu gosto mesmo às vezes de fumar meu cigarrinho. É mais por prazer de fumar. Eu fumo porque me dá prazer, me sinto melhor fumando.” (F5; F15; F17; F27; F32; F35)

De acordo com a maioria dos entrevistados, o cigarro alivia o estresse e a ansiedade, alguns fumantes relatam fumar mais sob estas condições, é a forma que

encontram para relaxar e se acalmar quando vivenciam situações de nervosismo, tristeza, ansiedade:

“Eu fumo mais quando estou estressada. Mas assim, ele me relaxa, ele me acalma principalmente nos momentos de maior estresse, de maior tensão. Você sabe que os problemas não são resolvidos, mas acender um cigarro e dar uma tragada, os problemas continuam, mas aquilo te acalma, te relaxa e parece que pronto. Você é obrigado a fumar para encarar o problema. Eu me sinto melhor. Você fica nervosa, aí eu fumo um cigarro atrás do outro. Eu acho assim, que eu fumando eu vou conseguir resolver e vou me acalmar. É um refúgio das coisas. Melhora, a ansiedade melhora! Eu me sinto mais tranquilo. É como se fosse um consolo pra gente. Então quando eu tô muito irritado, eu descarrego um pouco a adrenalina no cigarro. A minha válvula de escape é um pouco o cigarro, é a maneira que eu tenho pra relaxar, é o meu momento pra relaxar. Acho que eu desconto tudo, o desespero, a depressão, tudo no cigarro.” (F2; F8; F10; F13; F21; F22; F24; F28; F31; F33; F38)

Sabe-se que a sensação de alívio, de que o cigarro acalma quando se tem que lidar com situações e sentimentos de estresse, nervosismo, depressão e ansiedade, não é exclusivo destes indivíduos, outros estudos, mostram que mulheres (BORGES; BARBOSA, 2008), gestantes (FONTANELLA; SECCO, 2012) e até mesmo adolescentes (SANCHÉS-HERNANDEZ; PILLON, 2011), se mantêm e não se motivam a parar de fumar devido a estas questões emocionais.

Além do cigarro ser visto como automedicação para questões que deveriam ser enfrentadas de outras formas (BORGES; BARBOSA, 2009), no caso do presente estudo, foi visto como forma de refúgio, consolo, válvula de escape para os diversos distúrbios de humor, sendo o cigarro a única forma de lidar com os problemas.

A nicotina, induz prazer e reduz o estresse e a ansiedade, porém é uma substância que gera dependência, tornando o fumante tolerante aos seus efeitos, ou seja, com o tempo a sensação de prazer se torna mais fugaz e menos intensa e é necessário que o indivíduo fume cada vez mais para alcançar as sensações que antes eram provocadas facilmente e para se ver livre das situações de humor negativo que a falta da nicotina causa (MARQUES et al., 2001; MEIRELLES, 2009; LOMBARDI et al., 2011). Isto explica o fato de os participantes do presente estudo fumarem bem mais quando estão nervosos, ansiosos ou tristes.

Além dessa sensação de prazer, alguns indivíduos, a maioria mulheres, relatam ver o cigarro como um companheiro, um amigo e como forma de se distrair e passar o tempo, questões estas muito ligadas ao próprio gênero.

“Acho que é mais de eu estar sozinha, né?! Ai quando os filhos aparecem, eu já fumo menos. Ai eles dão uma sumida, eu fumo mais...Como um companheiro. Eu só queria ter uma companhia. Pra distrair. Igual um amigo ali do lado. Eu não tomo mais nada de álcool, então pra mim o cigarro me completa, sei lá. Pra passar o tempo. Me distrai um pouco, me sinto melhor, distrai a cabeça. É um companheiro que eu tenho, no sentido de que eu não tenho muita amizade, eu sou meia reservada, quando eu me sinto mal, ele é o único companheiro que eu tenho.” (F2; F14; F17; F25; F27; F35)

A dependência psicológica do cigarro é evidente, os indivíduos têm a necessidade de acender um cigarro para aliviar sentimentos negativos, como medo, tristeza, ansiedade, preocupações, sendo uma “válvula de escape”, uma fuga dos problemas e em consequência disso o cigarro passa a preencher um vazio na vida destas pessoas, representando um companheiro, um amigo, nos momentos de solidão (MEIRELLES, 2009).

Apesar dos sentimentos positivos em relação ao cigarro, da sensação de prazer, de ser visto como um companheiro, muitas representações estão associadas aos prejuízos e a sensação de raiva e arrependimento após fumar:

“Apesar de eu gostar de fumar, eu não aprecio o cheiro. A gente sente que isso daí é, cada cigarro, cada tragada é um passo pra trás. Melhora, daí eu me arrependo. Eu tenho ódio, depois que eu fumo, entendeu?! Raiva! É, prazer e ódio. Um prejuízo total pra saúde, pro bolso não, é mais pra saúde. Atraso de vida! Eu tenho ódio dele, porque sou dependente dele. Então assim, meu relacionamento com ele é amor e ódio. Se pudesse voltar no tempo eu não teria colocado na boca. Não traz nenhum benefício. Me arrependo muito, porque é uma droga. Eu me sinto bem quando eu fumo, mas meu organismo não. Então é meio complicado.” (F4; F8; F11; F23; F34; F35; F37; F38)

Estudo anterior realizado com mulheres já havia identificado o cigarro como companheiro, associado ao alívio das angústias, como compensação da solidão na vida e sua relação dicotômica: ao mesmo tempo que dá prazer, é visto como amigo (amor), também causa diversos prejuízos, podendo levar à morte, sendo visto como inimigo (ódio) (BORGES; BARBOSA, 2008).

Neste mesmo sentido, outro estudo também trouxe a mesma representação contraditória do cigarro: é bom por dar prazer e a sensação de calma, mas é ruim em vários aspectos para diferentes grupos sociais. Para os estudantes de curso superior, a relação é de culpa, pois estão cientes dos prejuízos do tabagismo à saúde (PANAINO et al., 2014).

Está associado com minha rotina, com a bebida, o café e os amigos

Certos hábitos influenciam na manutenção do consumo do cigarro, como a rotina, o café, o uso de drogas lícitas e ilícitas e a convivência com fumantes. E quando se pensa em estratégias de cessação, este é um tema bastante abordado, trabalha-se no sentido de mudar esses “hábitos” ou evitá-los como processo de redução e/ou cessação do tabagismo.

As representações sobre o tabagismo também estão associadas à própria rotina do dia-dia, alguns hábitos ou costumes sempre trazem a vontade de fumar:

“Levanto de manhã e a primeira coisa que eu penso é no cigarro. Que nem após a refeição ao invés de escovar os dentes, eu fumo um cigarro, são os hábitos. Eu levanto sete horas, aí eu faço meu café e já acendo o primeiro cigarro. O dia não começa, se não tiver o café e o cigarro. Hoje ele faz parte quase que de uma alimentação. Eu sinto falta dele como eu sinto falta do almoço, da janta, do sono. E o cigarro é assim, é um hábito de você tá com ele todo tempo na mão. Tinha que ter alguma coisa pra pôr na boca. Ficar soltando fumaça. É um hábito! Não tô com vontade, mas a hora que chegar na minha casa, que eu comer, aí já me dá aquela vontade, automaticamente, acabo de comer já quero fumar.” (F1; F2; F5; F14; F20; F35)

O uso de bebida alcoólica, de drogas ilícitas e a convivência com amigos fumantes, aparece nesse grupo como um fator motivador para o tabagismo:

“Por causa das drogas, aí acaba fumando mais. É o momento de relaxar, de poder conversar com os amigos né?! Bebendo e fumando. Tem os amigos, o final de semana, tem a bebida. Às vezes estão perto fumando e aí te oferecem um trago ou um cigarro e aí você acaba pegando. Devido a um convívio com pessoas que fumam, diariamente. Por impulso de ver os outros fumando. Às vezes, a hora que a gente tá tomando a cerveja, é de lei. Tomar a cerveja e dar vontade de fumar o cigarro. Me dá vontade de fumar quando eu to bebendo, eu costumo fumar mais quando eu bebo. Se eu estiver

bebendo quando não tem ninguém fumando eu fumo menos também.” (F3; F4; F6; F18; F19; F21; F28; F30)

Estudo denomina estas associações do cigarro com situações do dia-dia, como condicionamento, por fumar tanto tempo, o tabagista incorpora o cigarro em diversos hábitos e se condiciona a fumar após tomar café, após algumas refeições, ao ingerir bebidas alcoólicas, ao dirigir, ao falar no telefone, ao utilizar o computador, ou seja, em inúmeras situações e muitas vezes ele faz isso de maneira automática, sem se dar conta que está fumando (MEIRELLES, 2009).

Outra forma de condicionamento é o gestual, como segurar o cigarro ou levá-lo a boca, associado à sensação de prazer (MEIRELLES, 2009). Corroborando com nosso estudo, em que os indivíduos revelaram que o cigarro é um hábito de estar com ele o tempo todo na mão e de ter alguma coisa para pôr na boca.

Semelhante ao encontrado, as representações sociais de adultos sobre o tabagismo, foram classificadas em três temas e um deles abordou a iniciação do tabagismo, os participantes relataram que as sensações de prazer, de distração, de alívio do estresse e para acompanhar outros hábitos, como café, bebida alcoólica e doces, são motivos para que eles se mantenham fumando (SOUZA; MATTOS, 2012).

Considerando-se que em indivíduos fumantes infectados pelo HIV o consumo de álcool e drogas ilícitas é maior (NAHVI; COOPERMAN, 2009; BATISTA et al., 2013; TORRES et al., 2014), podemos sugerir que o consumo do cigarro e da bebida alcoólica estão associados.

Minha relação com o cigarro após a descoberta do HIV

Duas perspectivas foram trazidas quando se explorou a relação do tabagismo com a descoberta do diagnóstico de HIV/aids: alguns relataram que ficaram mais desanimados, nervosos, preocupados e por isso aumentaram o consumo do cigarro, já outros relataram que com a descoberta do HIV/aids passaram a adotar hábitos mais saudáveis e se preocupar mais com a saúde, diminuindo então o consumo de tabaco.

“Ah eu fumo porque, eu soube que eu tive a doença, eu desanimei e comecei a fumar cada dia mais. Porque quando você descobre que você é um soro positivo, então você acha assim que, você não tem mais o porquê viver, você não tem mais gosto pela vida.

Então o que vier é lucro. Vou morrer de qualquer jeito. Então já que eu vou morrer pela doença, ou morrer de câncer então dá na mesma. Depois que eu tomei conhecimento, eu comecei a fumar muito, muito mesmo. Fumar bem mais. Eu cheguei a um ponto, uma época que com a bituca de um cigarro eu acendia o outro. Minhas unhas estavam ficando amareladas de tanto que eu fumava. E aí, eu não me importava se era cigarro nacional ou se era o pior, aqueles cigarros do Paraguai. O que importava era fumar! Fiquei mais preocupada. Quanto mais preocupada mais eu fumava. No começo acho que eu fumava mais. Agora nem tanto, mas no começo eu ficava nervosa, eu não aceitava. A não sei, mas eu fumo mais, ah eu tinha raiva né?! Aumenta, porque se fica pensando no problema que você tem, aí se quer fuma, se fica parado, aí você já pensa no cigarro, aí fumar acalma a mente! Eu não fumava antes de saber do diagnóstico. Eu acho que comecei a ficar mais triste, mais de canto né e comecei a fumar realmente mais.” (F3; F8; F10; F17; F21; F22; F24; F28)

Estudo qualitativo, evidenciou que o uso de bebida alcoólica é frequente na população que vive com HIV/aids e isto acontece, pois, os indivíduos não têm percepção do risco desse consumo para a saúde e também por ser pouco discutido pelos profissionais (SHACHAM, 2011). Diferente desta perspectiva, em nosso estudo os indivíduos têm a percepção de risco e dos prejuízos do tabaco, mas os sentimentos de tristeza e raiva os fazem se manter fumando.

Ao pesquisar a qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids, estudo observou que os aspectos relacionados à preocupação com a saúde associaram-se ao ano do diagnóstico do HIV, talvez porque as pessoas com diagnóstico recente não aceitavam a doença, sentiam-se mais desanimadas com a vida e conseqüentemente diminuían os seus cuidados com a saúde. O fato de não usar drogas ilícitas teve associação positiva com a preocupação com a saúde e o uso da medicação corretamente foi responsável por desconstruir essa ideia de morte no momento da descoberta do HIV, pois o remédio proporciona um aumento nas perspectivas de vida, permitindo a construção de uma ideia de vida mais humana novamente (SOARES, 2015).

A qualidade de vida e adesão à medicação mostraram-se prejudicadas e inadequadas em pessoas que vivem com HIV em seu primeiro ano de tratamento e isso pode ser explicado pelo fato destas pessoas estarem passando por um processo de adaptação a uma nova realidade, a uma nova condição de vida (GALVÃO, 2015).

“Depois que eu descobri, bebo menos e fumo menos. Até diminuí, não sei se foi o organismo, ou coisa da minha cabeça, quando percebi já tinha diminuído bem mais.

Fiquei seis meses sem fumar (quando descobriu a doença), não sei se era por estar debilitado, aquela coisa e não tinha vontade. Eu diminui, depois que eu descobri a doença. Eu procurei cuidar mais da saúde, ter hábitos mais saudáveis. Parei até, cuidei bem da saúde primeiro, que não tava muito legal e depois quando eu recuperei um pouco voltei. A doença me restringiu bastante, para não agravar o HIV, pra não acabar acarretando outras complicações que pudessem decorrer do HIV, eu reduzi bastante o cigarro.” (F4; F6; F12; F16; F18; F27; F33)

Estudo encontrou que o uso da medicação para o HIV envolve a aquisição de hábitos saudáveis, o uso de álcool, de tabaco e de drogas ilícitas deveriam ser evitados, pois aumentam os problemas de saúde nestes indivíduos. Entre os participantes, a maioria tinha adquirido hábitos mais saudáveis depois da descoberta do HIV, portanto, 71% não consumiam mais bebidas alcoólicas, 88% não fumavam e 92% não faziam uso de drogas ilegais. A maioria relatou ter bom conhecimento sobre a doença e que sentiu melhoras na saúde após o tratamento (SILVA, 2016).

Outro estudo qualitativo também evidenciou que com o passar do tempo, a maioria dos seus participantes passou a se cuidar mais, após o diagnóstico incorporaram mudanças de hábitos e atividades diárias, capazes de proporcionar o bem-estar físico. Houve transição de significados negativos para positivos em relação ao HIV, os indivíduos relataram se sentir bem, para eles a doença representou crescimento pessoal e aprimoramento emocional (HIPOLITO et al., 2014).

O HIV representou dois papéis na relação com o tabaco, o de preocupação com a saúde, tendo como consequência a redução do consumo e o de abandono à saúde, gerando o início ou até mesmo um aumento no consumo do tabaco. Cada pessoa, em cada momento particular, teve uma visão em relação à doença. O nível de dependência à nicotina mostrou-se elevado, porém a maioria apresentava desejo de parar de fumar.

Dessa maneira, os profissionais de saúde devem enfatizar a alta mortalidade relacionada ao tabagismo para que o paciente decida que fumar mais não é uma opção. Além disso, tratamento estruturado com abordagens comportamentais poderia aumentar a taxa de cessação uma vez que muitos destes indivíduos mantêm-se fumando devido aos sentimentos de preocupação, tristeza e nervosismo.

Uma limitação deste estudo foi que por ser de caráter qualitativo não analisamos se as representações sobre o tabagismo associadas ao HIV tiveram influência do ano de descoberta do diagnóstico. É evidente que o tempo de diagnóstico e tratamento impactam nas representações sociais sobre o tabagismo, pois o contato com novas representações sociais, como a representação científica, pode alterar significativamente a visão da pessoa sobre esse fenômeno.

Dessa maneira, o estímulo de hábitos saudáveis aliado a intervenções psicossociais pode ser uma estratégia para prevenção e controle do tabagismo, visto que, a maioria dos indivíduos não pratica atividades físicas e o uso de bebida alcoólica e drogas ilícitas é consideravelmente alto.

Considerações Finais

As representações sociais sobre o tabagismo das pessoas que vivem com HIV/aids mostraram-se, em parte, semelhantes às aquelas já apontadas em outros estudos, com diferentes grupos populacionais: o uso do tabaco relacionado ao alívio da ansiedade, do nervosismo, da tristeza e na produção de sensação de prazer e incorporado a ações e relações do cotidiano das pessoas. Para além destas, a infecção pelo HIV, para alguns pacientes, levou ao início ou aumento do consumo do cigarro e para outros, foi alerta para adoção de hábitos mais saudáveis e, assim, implicando na diminuição ou cessação do consumo de tabaco.

O reconhecimento das representações sociais sobre o tabagismo poderá favorecer que os serviços de saúde planejem juntamente com as pessoas que vivem com HIV/aids estratégias de cuidado voltadas à diminuição ou cessação do consumo.

Referências

ALVES-MAZZOTTI A.J. Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras**. v.1, n.1, p.18-43, 2008.

ARAÚJO A.J. Manual de Condutas e Prática em Tabagismo. Medicina baseada em evidências científicas e tabagismo. São Paulo: Editora AC Farmacêutica; 2012. p.23-26.

ARRUDA A. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. **Cadernos de Pesquisa**. v.117, p.127-147, 2002.

BATISTA J.D.L., et al. Prevalence and socioeconomic factors associated with smoking in people living with HIV by sex, in Recife, Brazil. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.16, n.2, p.432-4, 2013.

BORGES M.T.T.; SIMÕES-BARBOSA R.H. Cigarro “companheiro”: o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. **Cad. Saúde Pública.** v.24, n.12, p.2834-2842, 2008.

BORGES M.T.T.; SIMÕES-BARBOSA R.H. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.14, n.4, p.1129-1139, 2009.

BRASIL. Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE). Censos demográficos: Cidades – Botucatu [internet], 2016 [acesso em 06 jun. 2017]. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=350750&search=sao-paulo|botucatu>>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo: Tratamento do tabagismo [internet], 2016 [acesso em 13 abr. 2016]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tratamento-do-tabagismo

BROWNING K.K. et al. Tobacco use and cessation in HIV-infected individuals. **Clin Chest Med.** v.34, n.2, p.181-190, 2013.

CIOE P.A. Smoking cessation interventions in HIV-infected adults in North America: a literature review. **J. Addict Behav Ther Rehabil.** v.2, n.3, p.01-10, 2014.

CRUZ E. Motivação e Prevenção da Recaída. In: Fernandes FLA, Castellano MVCO, Romaldini JGB. Doença pulmonar obstrutiva crônica e tabagismo. São Paulo: Editora Atheneu; 2015. p.309-20.

DICLEMENTE C.C.; PROCHASKA J.O. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. **Addict Behav.** v.7, n.2, p.133-142, 1982.

DIORIO A.P.I.; COSTA M.A.F.; SANTANA G.C.A. A teoria das representações sociais como referencial teórico-metodológico na pesquisa em Ensino de Biociências e Saúde. **Revista Práxis**. v.9, n.17, p.23-32, 2017.

DUARTE S.J.H.; MAMEDE M.V.; ANDRADE S.M.O. Opções teórico-metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde Soc**. v.18, n.4, p.620-626, 2009.

FONTANELLA B.J.B.; RICAS J.; TURATO E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FONTANELLA B.J.B.; SECCO K.N.D. Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de Unidades de Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr**. v.61, n.3, p.168-75, 2012.

GALVÃO M.T.G. et al. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. **Acta Paul. Enferm**. v.28, n.1, p.48-53, 2015.

HEATHERTON T.F. et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. **Br. J. Addict**. v.86, n.9, p.1119-1127, 1991.

HIPOLITO R.L. et al. Representações sociais da qualidade de vida no HIV/AIDS: o papel do tempo de diagnóstico. **Rev. Enferm. UERJ**. v.22, n.6, p.753-9, 2014.

LEFEVRE F.; LEFEVRE A.M.C.; MARQUES M.C.C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n.4, p.1193-1204, 2009.

MOSCOVICI S. Representações sociais: investigações em psicologia social. São Paulo: Editora Vozes; 2011.

LOMBARDI E.M.S. et al. O tabagismo e a mulher: Riscos, impactos e desafios. **J. Bras. Pneumol**. v.37, n.1, p.118-128, 2011.

MARQUES A.C.P.R. et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Rev. Bras. Psiquiatr**. v.23, n.4, p.200-14, 2001.

MEIRELLES R.H.S. Tabagismo e DPOC – dependência e doença – fato consumado. **Rev. Pulmão RJ.** v.1, n.1, p.13-19, 2009.

NAHVI S.; COOPERMAN N.A. Review: The need for smoking cessation among HIV-positive smokers. **AIDS Educ. Prev.** v.21, n.3, p.14-27, 2009.

PANAINO E.F.; SOARES C.B.; CAMPOS C.M.S. Contextos de início do consumo de tabaco em diferentes grupos sociais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.22, n.3, p.379-85, 2014.

REICHERT J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **J. Bras. Pneumol.** v.34, n.10, p.845-880, 2008.

REYNOLDS N.R. Cigarette smoking and HIV: More evidence for action. **AIDS Education and Prevention.** v.21 (Supl A), p.106-121, 2009.

SANCHÉS-HERNANDEZ C.M.; PILLON S.C. Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso em la visión de los estudiantes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.19, p.730-7, 2011.

SHACHAM E.; HOFFER L.; OVERTON E.T. Perceptions of alcohol risk among individuals living with HIV. **AIDS Care.** v.23, n.1, p.107-112, 2011.

SILVA R.A.R. et al. Clinical-epidemiological profile of hiv-positive adults attended in a hospital from Natal/RN. **Rev. Fund. Care Online.** v.8, n.3, p.4689-4696, 2016.

SOARES G.B. et al. Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço especializado em Vitória (ES), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.20, n.4, p.1075-1084, 2015.

SOUZA T.A.; MATTOS F.F. Representação social de adultos sobre o tabagismo e suas implicações para a saúde: estudo realizado em comunidade rural – MG. **Arq Odontol.** v.48, n.3, p.159-165, 2012.

TORRES T.S.; et al. Factors Associated with Tobacco Smoking and Cessation among HIV-Infected Individuals under Care in Rio de Janeiro, Brazil. **PLOS ONE.** p.1-15, 2014.

WAWERU P.; ANDERSON R.; FELDMAN C. The prevalence of smoking and the knowledge of smoking hazards and smoking cessation strategies among HIV positive patients in Johannesburg, South Africa. **S. Afr. Med J.** v.103, n.11, p.858-860, 2013.

Agradecimentos

O estudo não teve financiamento e nem conflitos de interesse.

A pesquisa é resultado da Tese de Doutorado intitulada “Tabagismo em pessoas que vivem com HIV/aids” do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Agradeço a toda a equipe do SAE de Infectologia de Botucatu por ter me auxiliado na busca e contato com os pacientes durante o período de coleta de dados e a aluna do 4º ano de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Aparecido C que participou das entrevistas e transcrições destas, no ano de 2016.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos participantes (n=38).

VARIÁVEIS	n (%)
Sexo Masculino	24 (63,2)
Escolaridade	
≤ 8 anos	19 (50,0)
> 8 anos	19 (50,0)
Presença de companheiro (a)	9 (23,7)
Trabalha	21 (55,3)
Ano Diagnóstico HIV	
1990-1999	9 (23,7)
2000-2009	14 (36,8)
2010-2016	15 (39,5)
Como se infectou	
Parceiro atual/Ex-parceiro	20 (52,6)
Múltiplos parceiros	3 (7,9)
Uso de drogas injetáveis	1 (2,6)
Transusão	2 (5,3)
Não sabe	12 (31,6)
TCD4+	
> 200	33 (86,8)
≤ 200	5 (13,2)
Carga Viral	
Detectável	10 (26,3)
Indetectável	28 (73,7)
Usa TARV	36 (94,7)
Pratica atividade física	14 (36,8)
Usa bebida alcoólica	17 (44,7)
Usa drogas ilícitas	4 (10,5)

Tabela 2. História tabágica dos participantes que vivem com HIV/aids (n=38).

HISTÓRIA TABÁGICA	n (%)
Tipo de fumante	
Diário	33 (86,9)
Fim de semana	1 (2,6)
Ocasional	4 (10,5)
Começou a fumar após o diagnóstico HIV	3 (7,9)
Motivos para iniciar o consumo	
Iniciativa própria	29 (76,3)
Alguém ofereceu	9 (23,7)
Pais	5 (13,2)
Amigos	14 (36,8)
Curiosidade	24 (63,2)
Já tentou parar	32 (84,2)
Tempo máximo sem fumar (n=32)	
Até 3 meses	16 (50,0)
Até 6 meses	6 (18,7)
Até 1 ano	3 (9,4)
Mais de 1 ano	7 (21,9)
Sintomas de abstinência	
Agitação	17 (53,1)
Irritação	16 (50,0)
Tristeza	10 (31,2)
Aumento de Apetite	10 (31,2)
Insônia	8 (25,0)
Utilizou algum recurso	8 (25,0)
Nível de dependência	
Muito baixo	8 (21,1)
Baixo	7 (18,4)
Médio	3 (7,9)
Elevado	16 (42,1)
Muito elevado	4 (10,5)
Estágio motivacional	
Pré-Contemplação	12 (31,6)
Contemplação	7 (18,4)
Preparação	19 (50,0)

CONCLUSÕES

A forma como este estudo foi desenvolvido, permitiu que os objetivos traçados inicialmente fossem alcançados. Com a revisão integrativa pudemos conhecer melhor os efeitos do tabagismo em pessoas que vivem com HIV/aids e compreender quais estratégias vêm sendo utilizadas atualmente nessa população. Foi possível perceber também a importância em realizar novos estudos sobre esta temática, principalmente nos países em desenvolvimento.

Com o estudo quantitativo, concluímos que a prevalência de tabagismo se mostrou elevada em comparação à população geral, porém este número ainda está abaixo dos valores encontrados em países desenvolvidos. Alguns fatores se mostraram associados ao tabagismo, são eles: menor nível de escolaridade e presença de doença pulmonar. Observou-se maior prevalência entre os homens, o nível de dependência é elevado, porém a maioria manifestou interesse em parar de fumar o quanto antes.

E com o estudo qualitativo, observamos que a representação social sobre o tabagismo esteve ligada a fatores emocionais, como forma de alívio para sentimentos negativos; a fatores de condicionamento, associado a hábitos, como tomar um café, após o almoço e a representação em relação ao HIV, apresentou-se dicotômica, supõe-se que o tempo de tratamento interfere nesta representação, pois alguns indivíduos referem aumentar o consumo devido a um desânimo com a vida e outros referem uma mudança de hábitos desde a descoberta do HIV, importando-se mais com a saúde, diminuindo ou até cessando o tabagismo.

Conclui-se, portanto que a prevalência de tabagismo foi elevada e os motivos para fumar são semelhantes a outros grupos populacionais, porém as consequências para a vida destas pessoas são mais devastadoras, podendo aumentar a morbimortalidade nessa população. Espera-se que estes dados contribuam para o planejamento de ações voltadas para o controle do tabagismo, principalmente nos serviços de saúde que atendem esta população e em países como o Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Aids, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais [internet], 2016 [acesso em 19 abr. 2016]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/aids>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo: Tratamento do tabagismo [internet], 2016 [acesso em 13 abr. 2016]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tratamento-do-tabagismo

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional do Câncer. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco: Dados e números: prevalência do tabagismo, INCA [internet], 2017 [acesso em 22 ago. 2017]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo

BROWNING K.K. et al. Tobacco use and cessation in HIV-infected individuals. **Clin Chest Med.** v.3⁴, n.2, p.181-190, 2013.

CAVALCANTE T.M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiq. Clín.** 2005; 32 (5): 283-300.

CIOE P.A. Smoking cessation interventions in HIV-infected adults in North America: a literature review. **J. Addict Behav Ther Rehabil.** v.2, n.3, p.01-10, 2014.

ERIKSEN M. et al. The Tobacco Atlas. Fifth Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation; 2015. Also available at www.TobaccoAtlas.orgm

FELDMAN C., POLVERINA E., RAMIREZ J.A. Pulmonary Complications of HIV. In: GNONI M., RAMIREZ J.A. Chapter 3: Pulmonary Immunity. European Respiratory Society Monography. Managing Editor: Rachel White, 2014. cap.3, n. 66, p. 26–35.

HELLEBERG M. et al. Mortality attributable to smoking among HIV-infected individuals: a nationwide population-base cohort study. **CID.** v. 56, p.727-734, 2013.

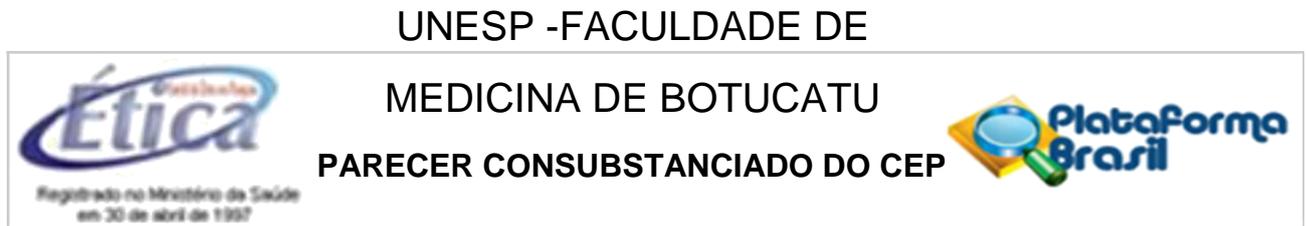
PORTES L.H., MACHADO C.V., TURCI S.R.B. Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 e 2016. **Cad. Saúde Pública.** v.34, n.2, p.1-20, 2018.

SANTOS J.D.P. et al. Instrumentos para Avaliação do Tabagismo: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.12, p.4707-4720, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015. Raising taxes on tobacco. Geneva: World Health Organization; 2015.

ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tabagismo em indivíduos com HIV/AIDS

Pesquisador: Ligia Lopes Devoglio

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56951416.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.641.878

Apresentação do Projeto:

Tratam os autos do atendimento às pendências apontadas no Parecer 1.618.325.

Objetivo da Pesquisa:

Constante do Parecer 1.618.325.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Constante do Parecer 1.618.325.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Constante do Parecer 1.618.325.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE apresentado atende as normas da Resolução 466/2012.

Recomendações:

Ao final da execução do presente projeto, apresentar ao CEP o respectivo "Relatório Final de Atividades".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro aprovação, sem necessidade de envio à CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP em reunião EXTRAORDINÁRIA DE 20/07/2016, APROVOU o presente projeto sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado para análise o respectivo “Relatório Final de Atividades”, o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de “NOTIFICAÇÃO”.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 20 de Julho de 2016

Assinado por:

SILVANA ANDREA MOLINA LIMA

(Coordenador)

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - FMB

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do meu Projeto de Pesquisa intitulado “*Representação social e prevalência do tabagismo em indivíduos com HIV/aids*”, que será desenvolvido por mim Ligia Lopes Devóglio, Enfermeira, com orientação da Enfermeira e Professora Ilda de Godoy da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

O (a) Senhor (a) responderá um questionário de avaliação do tabagista, que levará uns 20 minutos de duração. E também faremos uma entrevista com duração de 10 a 15 minutos, apenas com os fumantes. Esta entrevista será realizada pela pesquisadora, gravada, redigida e destruída após a transcrição.

A pesquisa não traz benefícios no momento, os benefícios serão apenas para futuros pacientes, após os pesquisadores terem o conhecimento dos resultados da pesquisa.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14)3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 11:30 e das 14:00 às 17:00 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, **CONCORDO EM PARTICIPAR** de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ilda de Godoy, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu. Fone: (14)3880-1298. E-mail: degodoy@fmb.unesp.br

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Borgato, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu. Fone: (14)3880-1321. E-mail: mhborgato@fmb.unesp.br

Pesquisadora: Ligia Lopes Devóglio, Rua Doutor José Barbosa de Barros, 1540, bloco 07, apto 404, Jardim Paraíso, Botucatu. Fone: (14)99617-8653. E-mail: ligia_lopes15@hotmail.com

ANEXO 3 – Emenda do Comitê de Ética em Pesquisa

UNESP -FACULDADE DE



MEDICINA DE BOTUCATU

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Tabagismo em indivíduos com HIV/AIDS

Pesquisador: Ligia Lopes Devoglio

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 56951416.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.120.207

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda alteração do título do projeto de: "Tabagismo em indivíduos com HIV/AIDS.", para: "Tabagismo em pessoas que vivem com HIV/AIDS.", a ser realizado pela pesquisadora Ligia Lopes Devoglio, sob a orientação da Profa. Dra. Marli T. C. Duarte.

O pesquisador informa que a mudança de título se justifica para adequação do mesmo, sem qualquer mudança ou alteração do objetivo e metodologia do projeto original aprovado.

Inclusão da pesquisadora Marli T. C. Duarte, que será a orientadora do projeto e a Profa. Ilda de Godoy passará ser a coorientadora do mesmo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a prevalência e a representação social do tabagismo em indivíduos com HIV/AIDS.

Objetivo Secundário:

Realizar uma revisão de literatura ampla e atualizada sobre os temas; Caracterizar os indivíduos segundo variáveis sociodemográficas; Estimar a prevalência de tabagismo e ex-tabagismo; Avaliar o grau de dependência da nicotina, Avaliar o estágio de motivação relacionado à cessação de fumantes e ex-fumantes; Avaliar os sintomas sugestivos de ansiedade e depressão de fumantes, ex-fumantes e não fumantes; Descrever a vivência dos pacientes portadores de HIV/AIDS com o cigarro e analisar os seus significados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já avaliados anteriormente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda alteração do título do projeto de: "Tabagismo em indivíduos com HIV/AIDS.", para: Tabagismo em pessoas que vivem com HIV/AIDS.", a ser realizado pela pesquisadora Ligia Lopes Devoglio, sob a orientação da Profa. Dra. Marli T. C. Duarte.

O pesquisador informa que a mudança de título se justifica para adequação do mesmo, sem qualquer mudança ou alteração do objetivo e metodologia do projeto original aprovado.

Inclusão da pesquisadora Marli T. C. Duarte, que será a orientadora do projeto e a Profa. Ilda de Godoy passará ser a coorientadora do mesmo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Já avaliados anteriormente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em reunião extraordinária, o Colegiado deliberou APROVADA a emenda apresentada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião extraordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 23 de janeiro de 2019, o documento enviado na forma de "Emenda", encontra-se

APROVADA, sem necessidade de envio à CONEP.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 24 de Janeiro de 2019

Assinado por:

SILVANA ANDREA MOLINA LIMA

(Coordenador)

APÊNDICE 1 – Características do Tabagismo e Instrumentos de Coleta de Dados Validados

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Sexo: ____ Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

RG (hospital): _____ Endereço: _____

Município: _____ Telefone: () _____

Est.Civil: () Amasiado(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Solteiro(a) () Viúvo(a)

Filhos: () Não () Sim Quantos _____

Trabalha: () Não () Sim Ocupação: _____

Com quem reside: _____

Renda familiar mensal: _____ Nº de pessoas que dependem da renda: _____

Escolaridade: () Analfabeto; () 1º grau incompleto; () 1º grau completo; () 2º grau incompleto; () 2º grau completo; () Ensino Superior incompleto; () Ensino Superior completo

HISTÓRIA HIV/aids

Ano do Diagnóstico: _____

Como se infectou pelo vírus HIV? () Parceiro atual/ex-parceiro () Múltiplos parceiros sexuais () Uso de drogas injetáveis () Vertical () Não sabe () Outras _____

Faz uso de TARV? () Não () Sim

TCD4+: _____ Carga Viral: _____ Data: ____/____/____

HISTÓRIA SOCIAL E FAMILIAR

1. Fumantes em casa: () Não () Sim Parentesco: _____

2. Fumam dentro de casa: () Não () Sim

3. Fumantes no grupo: () Não () Sim Local do grupo: () Trabalho () Outros _____

4. Pratica atividade física: () Não () Sim Qual(is)? _____

Frequência: () 1 a 2 vezes/semana () 3 a 5 vezes/semana () Diariamente

DOENÇAS RELACIONADAS

5. Pulmonares () Não () Sim: _____

6. Cardiovasculares () Não () Sim: _____

7. Neoplasias () Não () Sim: _____

8. Outras () Não () Sim: _____

9. Outros medicamentos em uso: _____

10. Antecedentes Familiares:

Pulmonares () Não () Sim: _____

Cardiovasculares () Não () Sim: _____

Neoplasias () Não () Sim: _____

Outras () Não () Sim: _____

HISTÓRIA TABÁGICA

11. () Não fumante () Ex-Fumante () Fumante

12. Se for fumante, com que idade começou a fumar? _____

Se for ex-fumante responder as próximas 5 questões, se não, pular para a questão 17.

13. Por quanto tempo fumou? _____

14. Há quanto tempo parou de fumar? _____ E por que parou? _____

15. Quantos cigarros fumava por dia? _____ Maços/semana? _____

16. Com que idade começou a fumar? _____

17. Faz uso de outras drogas: () Não () Sim

Quais? _____

18. Faz uso de bebida alcoólica: () Não () Sim

Com que frequência? _____

Se fumante continue a responder as questões seguintes. Se ex-fumante pular para pergunta 31. Se não fumante pular para a Escala de Estresse Percebido.

19. Tipo de fumante: () Diário () Fim de semana () Ocasional

20. Cigarros/dia: _____ 21. Maços/semana: _____ 22. Anos/Maço: _____

23. Marca de Cigarro: _____ 24. Preço: _____

25. Traga a fumaça: () Sempre () Nunca () Às vezes

26. Outras Formas Tabaco: () Cigarro com sabor () Narguilé () Palha
() Charuto/Cachimbo () Eletrônico () Nenhum () Outros _____

27. Já tentou parar: () Não () Sim. Se não, passar para pergunta 31

28. Tempo Máximo sem fumar: () até 3 meses () até 6 meses () até 1 ano () mais de 1 ano

29. Sintomas de Abstinência: () Irritação () Insônia () Tristeza () Agitação

() Lentidão () Perda de concentração () Aumento Appetite () Outros: _____

30. Utilizou algum recurso: () Medicamentos () TRN () Apoio profissional de saúde

() Orientações (Folhetos, revistas) () Nenhum () Outros: _____

INICIAÇÃO NO TABAGISMO

31. A primeira tragada: () Iniciativa própria () Alguém ofereceu Parentesco: _____

32. O que o motivou: () Pais () Amigos () Curiosidade sem influências () Sensação de independência () Auto-afirmação () Inclusão em determinado grupo () Mídia

33. Depois de experimentar, em quanto tempo começou a comprar: () 1 semana () 1 mês () até 3 meses () até 6 meses () até 1 ano () mais de 1 ano () Nunca comprou

34. Antes de comprar, como conseguia cigarro: () Pais () Irmãos () Amigos () Outros

ESTÁGIO MOTIVACIONAL (Prochaska e DiClemente)

- () **Pré-contemplação:** fumando, não motivado a parar nos próximos 6 meses
- () **Contemplação:** motivado a parar nos próximos 6 meses, porém sem data estipulada
- () **Preparação:** motivado a parar nos próximos 30 dias
- () **Ação:** parou de fumar a 6 meses ou menos
- () **Manutenção:** parou de fumar a mais de 6 meses

Apenas para fumantes:

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA (Fagerström)

Tempo do primeiro cigarro: (3) 5min; (2) 6 a 30min; (1) 31 a 60min; (0) Após 60min.

É difícil não fumar em locais proibidos: (1) Sim (0) Não

O cigarro do dia que traz mais satisfação: (1) Primeiro da manhã (0) Outros

Cigarros/dia: (0) Menos de 10; (1) 11 a 20; (2) 21 a 30; (3) Mais de 31.

Fuma mais pela manhã: (1) Sim (0) Não

Fuma mesmo doente: (1) Sim (0) Não

PONTUAÇÃO: _____

Grau de Dependência

0-2 pontos= muito baixo

3-4 ponto= baixo

5= médio

6-7= elevado

8-10= muito elevado

ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (Reis, 2010)

Neste último mês, com que frequência...		0	1	2	3	4
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?					
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?					
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?					
4	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?					
5	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?					
6	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?					
7	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?					
8	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?					
9	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?					
10	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?					

0= nunca; 1= quase nunca; 2= às vezes; 3= quase sempre; 4= sempre

Pontuação: _____

ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (Zigmond e Snaith)**1A) Eu me sinto tenso ou contraído:**

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

2D) 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 mais prazer em nada

3A) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim 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

4D) 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

5A) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

6D) Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

7A) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

8D) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

9A) 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

10D) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria

- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

11A) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

12D) 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
- 3 () Quase nunca

13A) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Varias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

14D) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Varias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

Pontuação: A _____; D _____

Gradação: até 7: Improvável; 8 – 10: Possível; 11 ou mais: Provável