**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Avaliação da implantação do programa de controle
do tabagismo no Hospital Santa Cruz - São Paulo -
Capital**

MARCO ANTONIO DE MORAES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde
Pública, para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof^a Dr^a Glacilda Telles de Menezes Stewien

São Paulo

2006

Avaliação da implantação do Programa de Controle do Tabagismo no Hospital Santa Cruz - São Paulo - Capital

MARCO ANTONIO DE MORAES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof^a Dr^a Glacilda Telles de Menezes Stewien

SÃO PAULO

2006

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Marco Antonio de Moraes

Assinatura

15/02/2006

“O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice. Colhe, pois, a sabedoria. Armazena suavidade para o amanhã.”

(Leonardo da Vinci)

Dedico esta tese:

a **Deus**, por ter permitido concluir esta importante etapa na minha vida acadêmica pois, no mérito de mais esta conquista, existe muito da sua participação oferecendo a força e a perseverança nos momentos necessários;

a meus pais, **Melchíades Rosa de Moraes e Profª Maria Elisa Costa de Moraes**, que sempre estiveram presentes na minha vida oferecendo-me apoio, auxílio e participação fundamental na construção do alicerce que possibilitou a execução deste trabalho científico, assim como foram grandes inspiradores e incentivadores da minha opção pelas áreas de saúde e educação;

ao **Prof. Dr. José Rosemberg**, em especial e em memória, uma excelente e hábil figura humana que deu enorme contribuição à construção desta pesquisa, homem envolto por um fascinante mistério. Até hoje não se sabe o que foi melhor nele: se o pesquisador, cientista, médico, e brilhante professor titular, com seu amplo e notável conhecimento técnico/científico acumulado em décadas de dedicação ao estudo e a pesquisa na área de saúde pública, principalmente em tabagismo e tuberculose, ou o cidadão, extraordinário exemplar de figura humana que reuniu dignidade, ética, dinamismo, ampla cultura geral, extrema simpatia, carisma, simplicidade e humildade. Talvez a combinação de todos esses valores tenha sido capaz de torná-lo um exemplar único, raro e notável, síntese perfeita de uma personalidade pública respeitada no Brasil, na América Latina e no Mundo, como um exemplo a ser admirado e seguido, pois o legado por ele deixado ao controle do tabagismo servirá de referencial para todos os ativistas que atuam nesta área.

Agradecimentos:

Torna-se essencial agradecer e, assim, reconhecer o grande apoio de diversas pessoas que, direta ou indiretamente, colaboraram, indicando caminhos, suavizando momentos difíceis, dando sugestões preciosas, enfim, tornando este trabalho possível; assim sendo, desejo registrar agradecimentos especiais com eterna gratidão:

a **Prof^a Dr^a Glacilda Telles de Menezes Stewien**, devido à orientação precisa e segura, incentivadora inicial de meu desenvolvimento intelectual, acadêmico e profissional na área da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado), que sempre me estimulou a avançar na busca do conhecimento.

Alma e figura humana que apresenta características de eterna aprendiz, mesclando, com maestria, seu grande conhecimento técnico/científico com a profundidade de sua simpatia, carisma, compreensão, confiança, entusiasmo e segurança, fatores determinantes para uma adequada orientação.

Essa importante combinação de talentos, e seu jovem e irrequieto comportamento de estudiosa, sempre a pesquisar, sempre pronta a apoiar o controle do tabagismo, tornam-na um grande exemplo, uma potencial incentivadora para todos nós, representando uma esperança de vida e um compromisso com uma sociedade mais saudável e digna;

à **Banca Examinadora da Qualificação: Prof. Titular Dr José Rosemberg; Prof^a Titular Dr^a Márcia Faria Westphal e Prof^a Dr^a Maria Isabel Sampaio Carmagnani**, pelas contribuições precisas e oportunas;

à **Pré-Banca Examinadora: Profª Titular Drª Márcia Faria Westphal; Prof. Titular Dr Aristides de Almeida Rocha; Profª Drª Maria Isabel Carmagnani; Profª Drª Tânia Regina Gasparini Botelho Pupo; Profª Drª Isabel Maria Teixeira Bicudo Ferreira e Profª Drª Rita de Cássia Chamma**, por terem aceitado o convite para avaliar esta Tese, mas, principalmente, pelas excelentes sugestões emitidas na fase da pré-banca, que certamente permitiram o aprimoramento deste estudo;

a **Profª Drª Ruth Miranda de Camargo Leifert**, presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, da Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho e da Academia Brasileira de Especialistas em Enfermagem e Diretora de Enfermagem da UNIBAN; pelo grande exemplo de excelente profissional e ser humano, pela dedicação e competência na área de Enfermagem e Educação, assim como por suas inúmeras colaborações na construção de um Sistema de Saúde mais justo e equilibrado, e pelas constantes colaborações na minha vida acadêmica;

a **Profª Drª Akiko Kanasawa**, coordenadora dos Cursos de Pós-Graduação da Universidade Bandeirante de São Paulo, membro titular do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, grande amiga, modelo de extraordinário profissional humano, técnico e ético, sempre reforçando o seu apoio e incentivo, encorajando e acreditando na realização deste trabalho, mas, principalmente, colaborando continuamente para o meu crescimento profissional;

a **Dr^a Ana Margarida Rosemberg**, grande ativista no controle do tabagismo, médica pneumologista que serve de inspiração a diversos profissionais de saúde que atuam nesta área, pela sua dedicação e conselhos sempre valiosos e oportunos;

a **Dr^a Ivone Martine de Oliveira**, enfermeira do trabalho, conselheira do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, pela valiosa amizade e contribuições técnicas sempre presentes;

a **Dr^a Eutália Aparecida Cândido de Araújo**, pela valiosa colaboração na interpretação dos dados estatísticos;

a **toda equipe de trabalho do Hospital Santa Cruz**, pela amizade e carinho, em especial, ao **Dr Koshiro Otani**, pela oportunidade do trabalho no HSC, incentivo e apoio contínuo; à **Srt^a Soraya Ferro e Sr^a Simone Ferreira dos Santos**, pelo companheirismo e apoio sempre presentes; ao **Sr Pedro Lindarte**, a **Dr^a Luciana Midori K. Lindarte**, e a **Dr^a Eliane Ray Otani**, colegas da PULSAR Medicina do Trabalho, pela valiosa e constante cooperação; ao **Sr. José Hamilton dos Santos**, pelo grande apoio no levantamento dos Recursos Humanos do HSC;

a **todos os colegas da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis**, pela presença e apoio constante em vários momentos oportunos; à enfermeira **Dra Dalva Maria de Oliveira Valencich**; ao **Dr Rodolfo Brumini**; à nutricionista **Dra África de La Cruz Neumann**; ao **Dr Arthur Jacques Goldfeder**; ao **Dr Luis Francisco Marcopito**; à enfermeira **Dra Ana Paula Coutinho** (Diretora da Divisão); à

nutricionista **Adriana Bouças Ribeiro**; a **Dra Mirian M. Shirassu**; ao **Dr Sidney Federmann**; ao **Dr Sérgio S. Fins Rodrigues**; e às escriturárias **Sra Lúcia Elisa Prestes Salvi**, **Sra Lenilza Moura do Santos**, e **Sra Josefa Jane dos S. Castro**;

ao **Sr Marco Rosado**, pela colaboração na formatação gráfica (layout) da Tese;

a **Profª Maria Lúcia Gnatos João Lima**, responsável pela correção de Língua Portuguesa;

aos **bibliotecários e demais funcionários de apoio da CIR/FSP/USP**; em especial a **Sra Maria Lúcia Evangelista de Faria Ferraz** e ao **Sr José Estorniolo Filho**, por todo o apoio referente às consultas bibliográficas;

aos meus grandes amigos **Maurício Lopes Cordeiro** e **Ademilson Magalhães**, sempre prontos a ouvir, acompanhar e ajudar nos momentos mais propícios;

ao meu “mascote” **Billy July de Moraes**, companheiro tão incomum e encantador, sempre presente, preenchendo meus dias com alegrias e amenizando, com sua fiel amizade e carinho, os momentos mais difíceis da árdua, porém edificante construção desta Tese;

Enfim, a **todos os pesquisados** que responderam ao questionário tornando possível a obtenção dos dados desta Tese.

RESUMO

Moraes MA. **Avaliação da implantação do Programa de Controle do Tabagismo no Hospital Santa Cruz – São Paulo-Capital.** 2006. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo: Realizou-se o presente estudo com a finalidade de avaliar as intervenções aplicadas no Programa de Controle do Tabagismo do Hospital Santa Cruz e sua eficácia na diminuição da prevalência do tabagismo. **Métodos:** Pesquisa avaliativa longitudinal, do tipo painel, realizada para o cumprimento do objetivo estabelecido, sendo seu objeto constituído pelas intervenções organizacionais, educativas e físicas desenvolvidas no referido programa. Utilizaram-se dados da pesquisa sobre perfil do fumante do Hospital Santa Cruz realizada no final do ano de 2001 e início de 2002 e reaplicada em 2004 para obter a prevalência do tabagismo. Realizou-se, também, outra pesquisa sobre a percepção dos funcionários deste hospital que, vivenciaram as aplicações das referidas intervenções, utilizando-se, em outubro de 2005, um questionário composto por 19 questões estruturadas em 6 seções, em que foram sujeitos da pesquisa 498 funcionários. Aplicaram-se testes estatísticos não paramétricos para verificar diferenças entre as variáveis sociodemográficas dessa última pesquisa. **Resultados:** Como principais resultados, as análises demonstraram que a opinião dos pesquisados, referentes às fases de intervenções aplicadas ao programa, mostrou-se bastante favorável, pois as porcentagens relativas à participação desses colaboradores nas ações desenvolvidas no programa variaram de 74,3% a 99%. **Conclusões:** A avaliação de estrutura/processo/resultado permitiu concluir que o Programa de Controle do Tabagismo do Hospital Santa Cruz mostrou-se eficaz tendo em vista apresentar uma estrutura adequada em relação à capacidade instalada, alcançar as metas programadas na sua avaliação de processo e, como resultado final, ter diminuído em 52,91% a prevalência do tabagismo entre seus colaboradores.

Descritores: Tabagismo, Avaliação, Programas de Saúde.

SUMMARY

Moraes M.A. **Evaluation of the implementation of the Tobacco Control Program at the Santa Cruz Hospital – São Paulo – Capital; 2006** [Dissertation of the Doctoral Degree Program – College of Public Health - USP].

Objective: The present study was carried out with the objective of evaluating the interventions applied in the Tobacco Control Program at the Santa Cruz Hospital (HSC) and their effectiveness in decreasing the prevalence of tobacco use. **Methods:** A longitudinal evaluation study of the panel type was carried out to achieve the established objective, with the purpose of investigating the organizational, educational and physical interventions developed in the abovementioned program. Research data on the tobacco user profile, obtained by the Santa Cruz Hospital at the end of 2001 and beginning of 2002, were applied again in 2004 to find out the tobacco use prevalence. Another investigation was also conducted concerning the perception of the hospital staff that experienced the application of the interventions by means of a questionnaire composed of 19 structured questions divided into 6 sections and answered by 498 employees in October 2005. Non-parametric statistical tests were applied to identify differences between the sociodemographic variables of the last study. **Results:** The main results shown in the analyses were that the opinion of the study subjects regarding the intervention phases applied in the program was quite favorable, since the percentages regarding participation of these employees in the actions developed in the program varied between 74.3% and 99%. **Conclusions:** The evaluation of the structure/process/result allowed us to conclude that the Tobacco Control Program of the Santa Cruz Hospital was successful, presenting an adequate structure for the installed capacity, achieving the programmed targets in its process evaluation and, as end result, decreasing by 52.91% the prevalence of tobacco use among staff members.

Descriptors: Tobacco use, Evaluation, Health Programs.

LISTA DE ABREVIATURAS

aC – Antes de Cristo

AFUBRA – Associação dos Fumicultores do Brasil

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

AMS – Assembléia Mundial da Saúde

BIREME – Centro Latino Americano e do Caribe em Ciências da Saúde

BTA – *British American Tobacco*

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIR/FSP – Centro de Informação e Referência da Faculdade de Saúde Pública

CME – Central de Material e Esterilização

CQCT – Convenção Quadro para o Controle do Tabaco

COP – Conferência das Partes

DTR – Doenças Tabaco Relacionadas

EUA – Estados Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FMI – Fundo Monetário Internacional

FSP/USP – Faculdade de Saúde Pública da USP

HSC – Hospital Santa Cruz

IARC – *International Agency for Research*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional de Câncer

ITC – *Imperial Tobacco Canada*

ITC – *Indian Tobacco CO*

KW- *Kruskal Wallis*

MPC- *Multiple Comparison Procedure*

MS – Ministério da Saúde

NHS – *National Health Service*

O&M – Organização e Método

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONI – Órgão de Negociação Internacional

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAAPA – Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar

PCT – Programa de Controle do Tabagismo

PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PTA – Poluição Tabagística Ambiental

SAME – Serviço de Arquivo Médico Estatístico

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

SIPAT - Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho

SNS – Serviço de Nutrição e Dietética

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

TFI – *Tobacco Free Initiative*

TI – Tecnologia da Informação

TMO – Transporte de Medula Óssea

UCO – Unidade Coronariana

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 -	Foto e mapa de localização do HSC.	140
Anexo 2 -	Folder de lançamento do programa.....	141
Anexo 3-	Comissão executiva do PCT do HSC.....	142
Anexo 4-	Folder do curso de capacitação sobre tabagismo.	143
Anexo 5-	Conteúdo do treinamento sobre “abordagem intensiva ao fumante”	144
Anexo 6-	Normatização sobre o consumo do cigarro no HSC.	147
Anexo 7-	Divulgação do programa de atendimento ao fumante do HSC.....	148
Anexo 8-	Comemorações das datas de controle do tabagismo no HSC	149
Anexo 9-	Fumódromo do HSC	151
Anexo 10-	Sinalização de proibido fumar no HSC.....	152
Anexo 11-	Termo de consentimento livre e esclarecido.....	154
Anexo 12-	Aprovação dos comitês de ética.	155
Anexo 13-	Questionário aplicado na pesquisa sobre perfil do fumante do HSC.....	157
Anexo 14-	Questionário aplicado na pesquisa sobre percepção do PCT do HSC. ...	160
Anexo 15-	Modelo do cartaz “pare e pense”	165
Anexo 16-	Modelo do cartaz “fumar não combina com a qualidade de vida”	165
Anexo 17-	Modelo do folheto, cartaz e banner “pode respirar a vontade”	166

LISTA DE FIGURAS:

Fig. 1 -	Distribuição dos pesquisados em relação à lembrança do Cartaz “Pare e Pense”, HSC, SP, 2005.	94
Fig. 2-	Distribuição dos pesquisados quanto à reflexão sobre o cartaz “Pare e Pense”; HSC, SP, 2005.	95
Fig. 3-	Distribuição dos pesquisados quanto à alusão ao tema tabagismo na 1ª fase do Programa, HSC, SP, 2005.....	95
Fig. 4-	Distribuição dos pesquisados quanto à lembrança do Cartaz “Fumar não combina com a qualidade de vida” HSC, SP, 2005.	97
Fig. 5-	Distribuição dos pesquisados que relataram ter participado de alguma atividade antitabágica desenvolvida no HSC, SP, 2005.	98
Fig. 6-	Distribuição dos pesquisados em relação ao esclarecimento sobre tabagismo por meio do material educativo recebido no Programa, HSC, SP, 2005.	98
Fig. 7-	Distribuição dos pesquisados em relação ao conhecimento da Lei Federal 9.294/86, HSC. SP. 2005	99
Fig. 8-	Distribuição dos pesquisados segundo lembrança do cartaz “Pode Respirar à Vontade”, HSC, SP, 2005	101
Fig. 9-	Distribuição dos pesquisados, segundo o recebimento do folheto informativo sobre a Portaria Interna de Restrição do Cigarro, HSC, SP, 2005.....	102
Fig. 10-	Distribuição dos pesquisados segundo observação da sinalização antitabágica, HSC, SP, 2005.	102
Fig. 11-	Opinião dos pesquisados referentes às melhores ações educativas utilizadas no Programa, HSC, SP, 2005.....	104
Fig. 12-	Opinião dos pesquisados referentes aos meios de comunicação que apresentaram melhores resultados no Programa, HSC, SP, 2005.....	105
Fig. 13-	Prevalência Geral de Fumantes no HSC, São Paulo, 2001.....	108
Fig. 14-	Prevalência Geral de Fumantes no HSC, São Paulo, 2004.....	108
Fig. 15-	Prevalência de Fumantes no HSC, segundo sexo, São Paulo, 2001	111

Fig. 16-	Prevalência de Fumantes no HSC, segundo sexo, São Paulo, 2004	111
Fig. 17-	Prevalência de Fumantes no HSC, segundo grau de escolaridade, SP, 2001.....	112
Fig. 18-	Prevalência de Fumantes no HSC, segundo grau de escolaridade, SP, 2004.....	112
Fig. 19-	Prevalência de Fumantes no HSC, segundo profissão, SP, 2001.....	113
Fig. 20-	Prevalência de Fumantes no HSC, segundo profissão, SP, 2004.....	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número e porcentagem da população de estudo, segundo variáveis socioeconômicas	89
Tabela 2 – Indicadores de Estrutura do Programa de Controle o Tabagismo do Hospital Santa Cruz - São Paulo – 2005	91
Tabela 3 – Indicadores de Processo do Programa de Controle o Tabagismo do Hospital Santa Cruz - São Paulo – 2005	93
Tabela 4 – Média dos Postos segundo variáveis sociodemográficas, 1ª fase do Programa de Controle do Tabagismo no HSC - São Paulo – 2005	96
Tabela 5 – Média dos Postos segundo variáveis sociodemográficas, 2ª fase do Programa de Controle do Tabagismo no HSC - São Paulo – 2005	100
Tabela 6 – Média dos Postos segundo variáveis sociodemográficas, 3ª fase do Programa de Controle do Tabagismo no HSC - São Paulo – 2005	103
Tabela 7 – Média dos Postos segundo variáveis sociodemográficas, nas ações educativas e meios de comunicação que apresentaram melhores resultados - HSC - São Paulo – 2005.....	106
Tabela 8 – Prevalência do Tabagismo em populações acima de 15 anos em diferentes países do mundo de 1995 à 2002	110
Tabela 9 – Prevalência do Tabagismo entre médicos e enfermeiros em alguns países do mundo	114

INDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	10
2.1 - Tabagismo, uma questão multifacetada: “dimensionando o problema”	10
2.1.1 - Aspectos Econômicos do Tabagismo.....	16
2.1.2 - Meio Ambiente e Tabagismo	20
2.1.3 - Tabagismo e o Controle Legislativo	24
2.1.4 - Produção, Comércio, Distribuição e Consumo do Tabaco	27
2.1.5 - Indústria do Tabaco.....	31
2.1.6 - Tabagismo Passivo.....	34
2.1.7 - Controle do Tabagismo na Idade Escolar	37
2.1.8 - Tratamento do Tabagismo.....	39
2.1.9 - Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.....	44
2.1.10 - Programas de Controle do Tabagismo	48
2.2 - Avaliação: Necessidade Constante nos Serviços de Saúde.....	53
2.2.1 - Origens, Conceitos e Objetivos da avaliação.....	53
2.2.2 - Tipos de Avaliação.....	55
2.2.3 - Uso da avaliação em programas de saúde.....	58
3. OBJETIVOS.....	65
3.1 - Objetivo Geral	65
3.2 - Objetivos Específicos	65
4. MÉTODO	66
4.1 – Desenho do Estudo	66
4.2 - Local do Estudo.....	68
4.3 - Objeto de Estudo: O Programa de Controle do Tabagismo do HSC	69
4.4 - População	73
4.5 - Aspectos Éticos	74
4.6 - Etapas dos Procedimentos Metodológicos	75
4.7 - Instrumento.....	77
4.8 - Pré-Teste.....	78
4.9 - Variáveis do Estudo.....	79
4.10 - Digitação dos Dados.....	80
4.11 - Tratamento Estatístico dos Dados	81
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	87
5.1 - Dados Referentes à População Pesquisada	87
5.2 - Avaliação da Estrutura/Processo/Resultado.....	90
6. CONCLUSÕES.....	116
7. REFERÊNCIAS.....	118
8. BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR	138
ANEXOS.....	140

1 - INTRODUÇÃO

Os Hospitais, apesar de serem classificados como do setor terciário dentro do conceito do Sistema de Saúde, funcionam como importante canal irradiador de exemplos e ações para promoção da saúde e qualidade de vida da população que assistem^{89,112,170,225,242,243,251}. Sendo assim, é fundamental, também, tornarem-se vitrines de hábitos e estilos de vida saudáveis.

Esse fato direciona os hospitais a transmitirem mensagens sobre qualidade de vida a seus profissionais, clientes, visitantes e fornecedores através de sua estrutura física e organizacional, despertando, conseqüentemente, profissionais conscientes sobre o seu papel de modelos de comportamento e de educadores em relação aos usuários desse sistema de saúde^{51,78,103,116,118,188,189,190}.

Em todo o mundo, é crescente o número de unidades de saúde e empresas que, conscientes de suas responsabilidades quanto à qualidade de vida de seus trabalhadores, vêm implementando programas de controle do tabagismo^{16,102}. Esses partem da constatação de um número elevado de fumantes na população geral e de um número ainda mais elevado nas faixas de idade em que as pessoas são produtivas, sendo que elas passam 80% de seu tempo em ambientes fechados expostas à poluição tabagística¹⁵⁴.

HELYER e col⁹⁵ (1998) afirmam que o ato de fumar e a poluição ambiental por ele causada podem provocar uma série de danos à saúde dos trabalhadores e à produtividade da empresa, sendo importante estabelecer uma política de abolição ao tabagismo em seu ambiente.

Alguns desses danos são: diversos tipos de adoecimentos, perda precoce da capacidade de produzir, levando a uma diminuição da produtividade da empresa, morte prematura, aumento de despesas com saúde, excesso de absenteísmo e maiores gastos com limpeza¹³⁴.

Outro fator fundamental para se estabelecer programa de controle do tabagismo (PCT) em ambientes de trabalho é que dados científicos consideram a poluição tabagística ambiental prejudicial não só à saúde dos fumantes, mas também à dos não fumantes (chamados fumantes passivos ou involuntários)²³⁹.

Na fumaça do tabaco isolaram-se 4.720 substâncias tóxicas. Essa fumaça contém nicotina, alcatrão (complexo de cerca de 1.000 substâncias), monóxido de carbono, elementos radioativos, resíduos de fertilizantes e pesticidas^{124,199}.

O alcatrão contém grande parte dos carcinógenos, cerca de 60 no total (hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, aminas aromáticas e nitrosaminas, sendo quatro específicas do tabaco). É reconhecido como um carcinógeno potente, capaz de atuar nas três esferas da carcinogênese (indução, promoção e progressão)²⁰⁰.

A nicotina é uma droga psicoativa causadora da dependência pelos mesmos mecanismos da cocaína, maconha, heroína e álcool²⁰⁰.

A maior parte do tempo total de consumo de um cigarro corresponde à fumaça que sai silenciosamente da ponta do mesmo, a qual contém todos os componentes tóxicos e em proporções mais elevadas do que aquela que sai da boca do fumante²⁰⁰. Sendo assim, num ambiente em que se evola a fumaça da ponta do cigarro, há três vezes mais monóxido de carbono, cinco vezes mais nicotina e cinquenta vezes mais substâncias cancerígenas em relação à fumaça aspirada pelo fumante (fumaça principal).

A fumaça difunde-se pelo ambiente homogeneamente, fazendo que mesmo as pessoas posicionadas mais distantes dos tabagistas inalem quantidades de poluentes iguais às que estão posicionadas próximas aos fumantes. Dessa forma, os fumantes passivos sofrem os efeitos imediatos da poluição ambiental, tais como irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaléia, aumento dos problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias⁸¹.

Pesquisas mostram, entre os fumantes passivos, um risco aumentado de câncer de pulmão e de doenças cardíacas a longo prazo^{94,239}.

De acordo com RYAN et al.²⁰⁷ (2002), os ambientes de trabalho são locais passíveis de controle da exposição à fumaça dos derivados do tabaco e, por isso, representam uma boa oportunidade para atuação de programas preventivos que estimulem uma mudança no estilo de vida dos indivíduos e uma preocupação maior com a sua saúde.

A abordagem dos trabalhadores em programas preventivos fica facilitada não somente pelo fato de estarem inseridos em comunidades delimitadas, mas também pela possibilidade de permanecerem 30 anos ou mais dentro de uma empresa recebendo orientações pertinentes às ações básicas de saúde: promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde^{152,207}.

O Hospital Santa Cruz (HSC), localizado na cidade de São Paulo, desde meados do ano 2001 está implantando, de maneira planejada, o controle adequado dos fatores de risco para adoecimento, assim como o desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida entre seus funcionários e familiares, estendendo essa ação a seus usuários.

Como o tabagismo é o principal fator de risco no desenvolvimento de doenças cardíacas e cânceres em geral (as duas principais causas de morbimortalidade em nosso País, Estado e Município), sendo também reconhecido como a principal causa isolada de adoecimento e morte em todo o mundo, foi o primeiro fator de risco a ser controlado, gerando o Programa de Controle do Tabagismo (PCT) do HSC.

Nesse PCT foi proposta uma avaliação inicial e uma avaliação pós-intervenção, sendo previstas intervenções sistematizadas tanto na estrutura física quanto organizacional da instituição, e ainda uma intervenção educativa, todas constantemente monitoradas.

Os programas preventivos associados ao uso de tabaco ainda necessitam de algum tempo para se aperfeiçoarem. Algumas experiências mostram que esses programas educativos, com base em uma legislação efetiva, são os que conseguem maiores resultados em menor tempo¹⁹³.

Em relação a projetos de prevenção associados ao uso de tabaco, estudos de diferentes países da Europa, realizados também nos Estados Unidos e no Canadá, afirmam que os programas de controle do tabagismo devem ser eminentemente educativos, atuando nos diversos segmentos da população, conseguindo influir, em menor tempo, sobre o consumo do tabaco, baixando a prevalência de fumantes¹⁹⁸. Esses países desenvolveram programas de prevenção apoiados em legislação adequada de âmbito nacional e colheram benefícios comprovados.

Dessa forma, nota-se que ações de promoção de saúde que visam a mudanças de atitudes e comportamento da população, frente ao consumo de derivados de tabaco, apresentam um papel de grande relevância.

Quando falamos em intervenção educativa dentro de um programa de saúde, estamos falando em promoção da saúde, conceito que teve sua definição mais amplamente consagrada na Carta de Ottawa (documento redigido na I Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde realizada em 1986 em Ottawa-Canadá) como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo^{23,128}.

Aliás, a promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os diversos problemas de saúde que interferem nas populações humanas e em seus entornos²³. E o tabagismo como um sério fator de risco a ser controlado é apontado em todas as conferências mundiais de promoção da saúde como um problema a ser solucionado.

A Carta de Ottawa de 1986¹⁷³ estabeleceu os princípios básicos da promoção da saúde, buscando identificar e afetar positivamente as causas iniciais ou determinantes da saúde, ou seja, fatores sociais e econômicos que determinam a situação da saúde, como renda, educação, profissão, condições de trabalho, situação mental que, por sua vez, podem afetar fatores de risco como fumo, consumo de álcool, hábitos alimentares e sedentarismo.

Pode-se notar a estreita relação entre o controle do tabagismo e a qualidade de vida, pois na II Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide-Austrália, em 1988, o controle do tabaco aparece como área prioritária para a promoção de políticas públicas saudáveis¹²⁸.

Nesta II Conferência, é considerado que os determinantes da saúde e suas repercussões dependem de uma ação integrada do conjunto de políticas públicas, e entre as prioridades para a promoção da saúde no século XXI aparece, em primeiro

lugar, “Promover a responsabilidade social para com a saúde”, o que significa que as pessoas investidas de poder decisório devem estar firmemente comprometidas com o aspecto social, cabendo tanto ao setor público quanto ao privado a responsabilidade de promover a saúde, incentivando políticas e práticas que restrinjam a produção, o comércio e o consumo de produtos e substâncias prejudiciais à saúde, entre as quais figura o tabaco¹⁶².

Na III Conferência Mundial de Promoção da Saúde realizada em Sundsvall-Suécia, em 1991, focou-se diretamente a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos²³, e o tabaco, enquanto potente droga agressora do meio ambiente, também foi destacado.

A Declaração de Jacarta, fruto da IV Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, realizada na Indonésia, em 1997, identificou o comércio internacional de tabaco como tendo grande impacto negativo sobre a saúde pública¹⁵³.

Ocorrendo na Cidade do México, em 2000, realizou-se a V Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, em que foi assinada a “Declaração do México”, na qual constatou-se a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade²⁵² e, conforme demonstrado pela literatura científica mundial, o tabaco apresenta-se como determinante social, econômico e ambiental na área da saúde pública.

A VI e mais recente Conferência Mundial de Promoção da Saúde realizada em Bangkok-Tailândia, no ano de 2005 afirmou que as políticas e parcerias para o empoderamento das comunidades e para melhoria da saúde, e da equidade em saúde, deveriam ser situadas no centro do desenvolvimento global e nacional²⁵².

Na carta de Bangkok para a promoção da saúde no mundo globalizado destacou-se que a promoção da saúde deve tornar-se uma parte integrante da política doméstica e externa e das relações internacionais, incluída em situações de guerra e conflito, sendo que isso requer ações para promover o diálogo e a cooperação entre as nações, o estado, a sociedade civil e o setor privado, e esses esforços podem ser construídos com base nos exemplos de tratados existentes, tais como a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), sob a chancela da OMS^{47, 230}.

Dessa forma, torna-se claro que a implantação de programas de controle do tabagismo na área da saúde mostra-se de suma importância, porém, em nosso país, são poucos os hospitais que desenvolvem esse tipo de atividade de forma contínua e sistematizada e, quando implantados, a maioria deles não é avaliada. Essa situação é muito comum e, segundo AKERMAN et al⁶ (2002), na América Latina são raros os programas que aprofundam seus esforços de avaliação no sentido de mostrar efeitos e impactos.

Essa lacuna na avaliação dos processos e dos resultados das ações e intervenções desenvolvidas pelas áreas programáticas necessita ser preenchida de diferentes formas, entre elas a realização de estudos e pesquisas sobre o assunto.

A área de avaliação de programas vem sendo considerada, de forma crescente, uma importante ferramenta de apoio às decisões na implementação das políticas de saúde, sendo que, cada vez mais, torna-se imprescindível implementar atividades de avaliações contínuas sobre a eficácia e eficiência em programas de saúde, para subsidiar o direcionamento correto na tomada de decisão.

Frente a esses pressupostos, nota-se a importância da realização do presente estudo.

Toda pesquisa origina-se a partir da formulação de um problema teórico/prático sentido, ou seja, uma questão que o pesquisador gostaria de responder, ou um problema que ele gostaria de solucionar^{108,179,211}. Dessa forma, o problema é uma dificuldade cuja solução poderá ser encontrada com a realização de uma pesquisa²¹¹.

Nesta pesquisa, o problema foi levantado da seguinte forma: As intervenções realizadas em 3 diferentes etapas no Programa de Controle do Tabagismo do HSC apresentaram a eficácia esperada, conseguindo, com seus resultados, diminuir a prevalência do tabagismo dentro do Hospital?

Uma hipótese é uma previsão experimental, um ensaio, ou uma explicação da relação entre duas ou mais variáveis¹⁷⁹. É uma proposição que se faz na tentativa de verificar a validade de resposta existente para um problema^{108,211}.

A função da hipótese, na pesquisa científica, é propor explicações para certos fatos e, ao mesmo tempo, orientar a busca de outras informações.

Nesta pesquisa, tem-se a seguinte hipótese: As intervenções organizacionais, educativas e físicas, desenvolvidas no Programa de Controle do Tabagismo (PCT) do HSC, conseguiram diminuir a prevalência do tabagismo nesse local, apresentando, portanto, a eficácia esperada.

As intervenções organizacionais, educativas e físicas desenvolvidas no PCT do HSC constituem-se, portanto, o objeto de estudo desta pesquisa.

Com a finalidade de facilitar a compreensão e apresentar uma sistematização preconizada pela metodologia da pesquisa, a presente tese foi estruturada em 6 capítulos.

Inicialmente, neste capítulo 1 (Introdução) buscou-se apresentar uma breve exposição e justificativa do tema da pesquisa, enfatizando o hospital como um cenário adequado para o desenvolvimento de programas de controle do tabagismo, assim como as principais associações das áreas de promoção de saúde com o tabagismo, sendo também destacada a importância do processo de avaliação nos serviços e sistemas locais de saúde. O problema e a hipótese da pesquisa foram contextualizados também.

O capítulo 2 (Revisão da Literatura) foi dividido em 2 partes, objetivando a fundamentação teórica do tema. Na 1ª parte, houve uma preocupação em apresentar uma abordagem geral do tabagismo enquanto problema multifacetado, destacando os aspectos sociais, econômicos e legislativos, assim como enfatizando a área de prevenção e tratamento, os grandes avanços alcançados com a Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo e uma descrição da lógica estrutural de alguns programas de controle do tabagismo. Já na 2ª parte, a avaliação é enfocada, partindo de suas questões históricas e conceituais, seguindo com a fundamentação teórica dos tipos de avaliação e fechando com o uso da avaliação em programas de saúde.

O objetivo geral e os específicos são detalhados no capítulo 3, apresentando as pretensões do pesquisador com respeito à finalidade da pesquisa.

No capítulo 4, a metodologia utilizada para a construção desta tese é especificada, contextualizando o tipo, local e população do estudo, bem como a descrição detalhada de todos os procedimentos utilizados com ênfase no tratamento estatístico dos dados.

No capítulo 5, foram demonstrados os resultados encontrados, suas representações gráficas e respectivas descrições, assim como a interpretação e análise desses resultados através de uma discussão que os relaciona com o referencial teórico apresentado na revisão de literatura.

Finalmente, o último capítulo apresenta as conclusões alcançadas baseando-se nos objetivos propostos e na comprovação da hipótese formulada.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Tabagismo, uma questão multifacetada: “dimensionando o problema”

O fato de que o tabagismo é responsável por inúmeros riscos à saúde e diversos outros danos ao meio ambiente, à economia e à sociedade de uma maneira geral é inegável, conforme amplamente comprovado, tornando-o um problema multifacetado^{34,35,143,176,177,253,259}.

Pesquisas científicas evidenciam, em todo o mundo, através de milhares de artigos publicados cumulativamente há mais de cinco décadas, de maneira segura e fidedigna, que o consumo do tabaco e as numerosas substâncias tóxicas contidas em sua fumaça causam dezenas de doenças, muitas delas levando à incapacidade e à morte^{41,87,159,218,257,269}.

Considerada uma das mais sérias formas de dependência química, o tabagismo mata cerca de 10 mil pessoas por dia, sendo esse apenas um dos itens de uma extensa lista de prejuízos ocasionados pelo tabaco^{229,255}.

Inúmeras Organizações Governamentais, entre elas a Organização Mundial da Saúde (OMS), consideram o tabagismo como uma pandemia, responsável, anualmente, pela morte de cerca de cinco milhões de pessoas no mundo, estimando, aproximadamente, o dobro desses óbitos para o ano de 2020, com 70% deles ocorrendo em países em desenvolvimento, entre eles o Brasil¹⁹⁶. Em nosso país,

a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) afirma que o consumo do cigarro é responsável por 200 mil mortes/ano^{130,131}.

No mundo, há cerca de um bilhão e trezentos milhões de fumantes que consomem em torno de seis trilhões de unidades de cigarro, o que é um fato grave, pois os derivados do tabaco constituem os únicos produtos de consumo, legalmente disponíveis, que matam se usados como indicados pela propaganda^{139,141,227}.

De acordo com estimativas da OMS, um terço da população mundial adulta fuma, sendo estimado que o número de fumantes crescerá para 1,6 bilhões até 2030 se não houver uma mudança de curso da exposição mundial às substâncias nocivas contidas nos produtos derivados do tabaco^{248,257}.

Embora o consumo do tabaco venha caindo progressivamente nos países desenvolvidos, a sua expansão nos países em desenvolvimento impôs um aumento global da prevalência do tabagismo²⁰. No período de 1975 a 1996, o consumo de tabaco aumentou em torno de 50% em todo o mundo, gerando uma carga cada vez mais pesada, causando sérios prejuízos, principalmente nos países pobres, situação essa que tem gerado preocupações e intervenções de órgãos internacionais envolvidos com a promoção da saúde e do desenvolvimento econômico e social²⁰. Nos países de economia baixa, surgem cerca de 64 a 84 mil fumantes novos/dia e, nos países ricos, esse número varia de 14 a 15 mil. Pesquisas atuais estimam que o mundo ganha 50 milhões de novos fumantes por ano¹⁹⁷.

Em relação à prevalência no Brasil, o penúltimo levantamento nacional obtido de uma pesquisa sobre saúde e nutrição realizado pelo IBGE em 1989 apontava uma prevalência de 32,56% de fumantes na população brasileira de 15 anos e mais^{133,153}, porém, o último inquérito nacional denominado “Inquérito Domiciliar

sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis”, realizado entre 2002 e 2003, entre pessoas de 15 anos ou mais, pelo INCA/MS, em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, apontou que essa prevalência apresentou uma diminuição pois o percentual de fumantes regulares de cigarros na população estudada foi de 18,8%, colocando o Brasil entre os países com as menores taxas de fumantes do mundo^{99,132}.

Os resultados desse inquérito domiciliar variaram de 25,2% em Porto Alegre, onde encontrou-se a maior prevalência, a 12,9% em Aracaju, menor prevalência detectada.

Nos EUA, assim como na maioria dos países da Europa, a prevalência varia de 30 a 39%^{197,258}. No Caribe, incluindo o México, o número de fumantes chega a atingir 50 a 59% da população acima de 15 anos de idade²⁵⁸. Na América Latina, esses índices caem para 40 a 49% na maioria dos países²⁵⁸.

Em relação ao sexo, a história mostra- nos que o tabagismo iniciou-se no mundo como um comportamento predominantemente masculino, sendo seu crescimento observado durante e após a I Grande Guerra Mundial. Já o início desse hábito entre as mulheres manifestou-se após os anos 30 do século passado, coincidindo com o início de uma publicidade voltada especificamente para o sexo feminino^{21,164}.

Atualmente, a prevalência de mulheres fumantes está crescendo em quase todos os países, principalmente na adolescência, porém países como Austrália, Canadá, Estados Unidos e Reino Unido apresentam uma pequena tendência à redução na proporção de fumantes correntes, fato que não tem sido observado em países desenvolvidos da Europa^{21,87,133,197,263}. Em diferentes países da África e Ásia, a

prevalência de mulheres fumantes acima de 15 anos de idade encontra-se abaixo dos 10%^{197,258,261}. Em alguns países da Europa, como Alemanha e França, está entre 30 e 39%^{197,258,261}. Nos Estados Unidos e Canadá, entre 20 e 29%^{197,258,261}.

No sexo masculino, os índices mais elevados aparecem na Ásia e na Rússia, apontando prevalências superiores a 60%¹⁹⁷. Atualmente, observa-se que, no sexo masculino, está ocorrendo uma discreta diminuição na prevalência do tabagismo, principalmente nos países desenvolvidos, assim como em alguns em desenvolvimento.

Em relação à escolaridade, observa-se que, no Brasil, a prevalência geralmente se apresenta mais elevada em grupos populacionais com menor escolaridade, o que é uma tendência comum na maioria dos países em todo o mundo²¹.

No que se refere à prevalência do tabagismo entre profissionais de saúde, diferentes estudos têm demonstrado que, apesar desses profissionais conhecerem mais profundamente os efeitos prejudiciais do tabaco ao organismo como um todo, a prevalência entre eles ainda se mantém elevada em vários países^{4,127,153,176,194,204}.

Inúmeras publicações em todo o mundo alertam sobre a importância do papel do profissional de saúde em relação ao controle do tabagismo^{4,38,80,147,159,172,176,177,186,194,209,250,262}.

Instituição de saúde sem cigarro é uma questão de coerência pois fumo e saúde jamais podem caminhar juntos²²¹.

Na mensagem do diretor da OMS para o Dia Mundial Sem Tabaco, de 1993¹⁴³, destacou-se que as instituições de saúde devem ser vistas como uma janela para um mundo livre do tabaco, nas quais os profissionais e trabalhadores de saúde

devem servir de exemplo e modelo aos demais indivíduos e usuários do sistema de saúde. O prestígio dessas instituições e a confiança nelas depositada não devem ser abalados pela exposição dos pacientes aos riscos do tabagismo passivo. Em consequência, é com grande preocupação que se considera o consumo do tabaco por aqueles que dedicam suas vidas à saúde da população.

Freqüentemente, a fumaça do cigarro invade a atmosfera dos serviços de saúde e, em alguns países, encontramos taxas mais elevadas de fumantes entre profissionais de saúde do que na população em geral¹⁰³.

Por considerar que o profissional de saúde é tomado como modelo de comportamento para os cidadãos em geral, a maioria das organizações de saúde no mundo, inclusive as brasileiras, afirmam que os profissionais de saúde devem dar o exemplo, evitando fumar¹⁹⁶.

Profissionais de saúde apresentam um amplo leque de atuação em relação ao controle do tabagismo¹⁶⁴.

Reconhece-se o poder de persuasão dos profissionais de saúde sobre os usuários do sistema de saúde como uma das mais efetivas intervenções para o abandono do tabagismo^{8,188,268}. O aconselhamento dos profissionais de saúde tem sido muito bem aceito pelos fumantes e seus familiares, contribuindo para uma redução no consumo do cigarro²⁶⁶.

Porém, o papel do profissional de saúde em relação ao controle do tabagismo deve extrapolar a área de tratamento do fumante, devendo-se iniciar com as ações preventivas, assim como permear diversas outras áreas de atuação¹⁵³.

AGUINAGA & GLANTZ⁵ (1995), por exemplo, alertam que os profissionais de saúde pública que trabalham no controle do tabagismo devem

conhecer as táticas utilizadas pela indústria do tabaco para atrair novos consumidores do cigarro e devem estar preparados para responder a essas estratégias.

O tabagismo é a mais devastadora causa evitável de doenças e mortes prematuras da história da humanidade, atingindo proporções de uma epidemia global e representa, atualmente, o principal fator de risco evitável de doenças graves^{1,12,57,114,133,185,186,199,200,220,226,249}.

Existem mais de 70 mil artigos científicos publicados e reproduzidos em diversos lugares do mundo, grande parte deles comprovando a relação causal entre o consumo de cigarro e doenças graves como câncer de pulmão (90% dos casos), enfisema pulmonar e bronquite crônica (80%), derrame cerebral (25%), infarto do miocárdio (33%), entre outras^{52,53,127,129,139,143,149,194,195}.

Inúmeras pesquisas confirmam que o consumo de tabaco causa mais mortes do que a soma das mortes causadas por AIDS, cocaína, heroína, álcool, incêndios, acidentes de automóvel e suicídios^{14,57,135,139,151,152,154,178,193,198,200,209,212,256}.

O Tabagismo é uma doença crônica que surge devido à dependência da nicotina, estando, portanto, inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID 10) da OMS¹.

Além da carga trazida pelas tradicionais doenças transmissíveis, hoje, os países em desenvolvimento deparam com o enorme crescimento das doenças crônicas e o tabaco é o principal fator externo evitável relacionado a elas, que respondem por mais da metade da carga de doenças nesses países²⁵².

ROSEMBERG e col¹⁹⁷ (2003) afirmam que diversas pesquisas científicas constataram que 56 doenças diferentes estão relacionadas ao consumo do cigarro,

reforçando o fato de o tabagismo ser considerado, pela OMS, um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo.

Um cenário preocupante em relação ao tabagismo é que ele tem se concentrado cada vez mais nas populações vulneráveis e de baixa renda, que têm menos acesso à informação, à educação e à saúde, comprometendo significativas parcelas da renda familiar dessas populações e reduzindo o acesso dessas famílias a alimentos e a outros itens de necessidade básica, o que tem levado entidades como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e outras instituições desenvolvimentistas das Nações Unidas a reconhecerem que o tabagismo agrava a fome, a pobreza e representa um entrave ao desenvolvimento sustentável dos países, principalmente daqueles em desenvolvimento²⁰.

Considerado como uma das principais causas de mortes prematuras e incapacidades, o tabagismo constitui um quadro preocupante com consequências graves sobre a saúde da população, atingindo, também, a economia, a ecologia e a sociedade como um todo, conforme já descrito, sendo detalhado a seguir.

2.1.1- Aspectos Econômicos do Tabagismo:

Em todo o mundo, reconhece-se que o uso do tabaco e de seus inúmeros derivados ocasiona perdas representativas para a economia²⁵⁵.

A expansão mundial do consumo do tabaco é um problema que tem se agravado em função dos vetores da globalização: liberação do comércio, integração

econômica e dominação do mercado por corporações transnacionais, novas tecnologias e um marketing disseminador do estilo de vida repleto de êxito¹⁵⁹.

O argumento de que o tabaco contribui com receitas, trabalhos e rendas, constitui uma barreira muito forte para o controle do tabagismo em muitos países, porém, os fatos comprovam que as perdas econômicas geradas pelo consumo do tabaco são infinitamente superiores aos ganhos, sem levar em consideração, inclusive, as questões éticas^{20,271}.

Segundo dados do Banco Mundial (1999), o tabagismo resulta numa perda global de US\$ 2 bilhões (dois bilhões de dólares) por ano^{8,20,83,105,205} em função dos denominados gastos tangíveis que são incapacitações, adoecimentos, custos ocorridos no sistema previdenciário (aposentadorias por invalidez, auxílio doença e pensões por viuvez), perda na produção do país (absenteísmo ao trabalho, acidentes do trabalho), além de perdas econômicas atribuídas à poluição, à degradação ambiental, a incêndios, entre outros.

Existem também os gastos ou custos intangíveis, aqueles de difícil mensuração ligados a mortes de fumantes e não fumantes, assim como com o stress e sofrimento dos doentes tabaco relacionados e seus familiares²⁴⁶.

Fato grave é que, aproximadamente, 50% do gasto acima relatado ocorre em países em desenvolvimento, levando ao reconhecimento do elevado ônus que o consumo e a produção mundial do tabaco impõem aos segmentos economicamente menos favorecidos da população e aos sistemas nacionais de saúde agravando as desigualdades sociais, comprometendo, assim, o desenvolvimento sustentável⁷⁶.

As despesas médicas com o tabagismo no Japão, no ano de 1993, foram responsáveis por 15,6% do total de gastos do Sistema de Saúde, sendo que, nesse

mesmo ano, a arrecadação tributária do setor tabaco alcançou cerca de 10% do gasto total com saúde atribuído ao tabagismo¹⁵⁵.

Outros dados do ano de 1993, nos Estados Unidos da América (EUA), apontam que os custos médicos atribuídos ao tabagismo chegaram a US\$ 50 bilhões, sendo que US\$ 42,4 bilhões foram atribuídos às despesas hospitalares^{103,125}.

Levantamento dos custos com a assistência à saúde, feito na Alemanha em 1996, apontou mais de 6% do total de gasto do país com assistência médica chegando aos 16,6 bilhões de euros⁴⁶. Já o custo do tabagismo para o *National Health Service (NHS)* na Inglaterra ficou aproximadamente em 497 milhões de libras²⁴⁷.

Segundo dados do Banco Mundial (1999)⁹⁷, nos países de alta renda, calcula-se que o gasto anual com assistência à saúde devido às doenças tabaco relacionadas (DTR) varia de 6% a 15% do custo total com saúde, sendo que os estudos desse mesmo Banco evidenciam que, nos países de baixa e média renda, o custo anual da atenção à saúde com as DTR apresenta um índice inferior ao acima relatado. Geralmente, esses dados explicam-se pelo fato de que, nesses últimos países, as doenças decorrentes da epidemia tabágica ainda não atingiram os patamares observados atualmente nos países desenvolvidos, onde o consumo do tabaco apresenta um tempo maior de evolução aliado a outros fatores como dificuldades na identificação da prevalência das DTR.

Em relação à produtividade, o Banco Mundial estima que, em um ambiente de trabalho, o fumante custa mais caro para os empregadores devido ao maior índice de ausência ao trabalho, à redução da produtividade, à aposentadoria

precoce, aos gastos anuais maiores com doenças pessoais, seguro saúde e prêmio de seguro contra incêndios, assim como maiores gastos com manutenção e limpeza⁹⁷.

Segundo dados do Banco Mundial (2002)²⁴⁶, um estudo realizado na Escócia mostrou que o país perde anualmente US\$ 60 milhões com absenteísmo, US\$ 675 milhões com perda de produtividade e US\$ 6 milhões com incêndios.

Apesar desses dados e fatos relativos à assistência à saúde, aliados a inúmeros outros que comprovam as graves perdas à economia ocasionadas pelo consumo do tabaco, muitos países ainda hesitam em agir decisivamente para reduzir o uso do tabagismo, porque estão preocupados com o fato de que os danos causados pelo tabaco possam ser superados pelos benefícios econômicos que o país obtém do plantio, processamento, industrialização, comercialização, exportação e tributação do tabaco⁹.

No Brasil, embora ainda não tenhamos um estudo completo sobre o impacto econômico resultante dos gastos sociais, temos dados preliminares de despesas evitáveis da ordem de US\$ 147.227.470,11 só com internações em parte da rede pública, devido à doenças causadas pelo tabagismo²⁰⁰.

Em nosso país, a questão da economia do tabaco é um processo que vem se fortalecendo desde meados da década de 90 do século passado, com a realização de um estudo econométrico¹⁴⁴ sobre o setor fumageiro no Brasil, incorporando uma análise evidenciando que o aumento de preços do cigarro, por intermédio da elevação da alíquota de impostos incidentes nesse produto, é capaz de incrementar a arrecadação tributária e reduzir o consumo.

Uma das medidas mais efetivas para reduzir a prevalência e o consumo de produtos do tabaco é o aumento de preço, estando comprovado, através de estudos, que, em média, um aumento real de preço de 10% reduziria a demanda por produtos

de tabaco em torno de 4% em países de renda elevada e, aproximadamente, 8% em países de renda média ou baixa¹⁶⁹.

O cigarro brasileiro tem um preço muito baixo, sendo o sexto mais barato do mundo em comparação com países desenvolvidos e em desenvolvimento, tornando-o um produto de acesso físico simples, facilitando a iniciação entre crianças e adolescentes^{37,88}.

Toda decisão sobre o preço do tabaco afeta a saúde da população. Estudos realizados em diversos países demonstram que a demanda de cigarros varia em sentido inverso ao preço, ou seja, quando os preços abaixam o consumo de tabaco sobe e vice-versa⁴⁵.

Como resultado do impacto do tabagismo na economia, diversas instituições e pesquisadores nessa área afirmam, categoricamente, que o consumo de produtos derivados de tabaco, além de causar diversos malefícios à saúde humana e ao meio ambiente, causa, também, grandes perdas para a economia mundial⁴².

Enfim, torna-se evidente que reduzir o tabagismo é bom para a saúde e faz muito sentido sob o aspecto econômico, tendo em vista que os impostos adquiridos com o consumo do tabaco não são suficientes para pagar os inúmeros danos que ele causa à sociedade de uma maneira geral^{9,37}.

2.1.2 – Meio Ambiente e Tabagismo:

Vários problemas ambientais são constatados em relação ao consumo do tabaco, entre eles o desmatamento em larga escala, incêndios, empobrecimento do

solo, uso de insumos agrícolas, toxicidade e poluição tabágica ambiental, hoje o principal poluente de recinto fechado conhecido em todo o mundo¹⁵³.

Depois de colhido como folha verde, o tabaco passa por um processo de secagem artificial denominado cura, que tem o objetivo de preservar as folhas para armazenagem, transporte e processamento. É através desse processo que o tabaco ganha as características de sabor, aroma e cor¹³⁰.

O desmatamento ocorre, principalmente, para a utilização da lenha que alimenta os fornos onde se processa a cura da folha do tabaco, mas também devido à produção de celulose necessária para a confecção do invólucro do cigarro assim como do maço e pacotes desse produto^{107,130}. De acordo com dados da AFUBRA – Associação de Fumicultores do Brasil, existem cerca de 120 mil fornos para a cura do tabaco no Brasil⁵⁶.

Pesquisas demonstram que 1 árvore é derrubada para a produção de lenha necessária apenas à secagem de fumo destinado à fabricação de aproximadamente 250 cigarros, assim para cada hectare de terra cultivada com tabaco, estima-se que 1 hectare de floresta é destruído¹¹¹.

Pesquisas recentes demonstram que a situação de desmatamento devido a fumiicultura é crítica. Coréia do Sul, Uruguai, Bangladesh, Malawi, Jordânia, Paquistão, Síria, China e Zimbábue estão entre os mais de 30 países que possuem o mais elevado percentual de desmatamento relacionado ao tabaco¹³⁰.

Cerca de 140 mil hectares de florestas foram devastados anualmente no Sudoeste da África para servir à cura da folha do tabaco, contribuindo com 12% do desmatamento da região. Já na Malásia, em um local onde os fumicultores

correspondem a apenas 3% dos agricultores locais, cerca de 80% das árvores cortadas são destinadas à cura do tabaco¹³⁰.

O desmatamento tem causado erosões e destruição do solo que, por sua vez, torna-se exposto às chuvas e à insolação, perdendo matéria orgânica e, conseqüentemente, empobrecendo¹³⁰.

Em nosso país, a área plantada com tabaco ocupa cerca de 250 mil hectares, onde trabalham aproximadamente 140 mil pequenos produtores de fumo, sendo 40% no Estado do Rio Grande do Sul, outros 40% em Santa Catarina, 10% no Paraná e os restantes 10% divididos entre outros Estados da Federação, como Alagoas e Bahia⁵⁶.

Com relação à aplicação de insumos agrícolas, a monocultura tabágica exige um incremento no uso de fertilizantes e agroquímicos, sendo que dados do IBGE de 1995 referiam que 236.000 toneladas de fertilizantes foram utilizadas na cultura do fumo em nosso país¹¹¹.

A cultura do Tabaco requer um uso intensivo de fertilizantes devido ao empobrecimento rápido que a nicotiana tabacum causa ao solo, pois o tabaco utiliza mais nitrogênio, fósforo e potássio do que outros tipos de cultivo, além do fato de o impacto da depleção do solo ser maior em países tropicais onde o teor de nutrientes no solo é baixo¹³⁰.

Lidar com as culturas agrícolas geralmente é muito tóxico, pois os trabalhadores utilizam alguns agrotóxicos para combater as pragas características dessa cultura como compostos antibrotantes de média intensidade, assim como inseticidas e neumaticidas de alta intensidade, para garantir uma folha de boa qualidade¹¹¹.

Pesquisas realizadas nas regiões fumicultoras do Brasil têm demonstrado uma forte associação entre o aparecimento de problemas de saúde em agricultores e

cultivo de tabaco, gerados pela utilização de agrotóxicos e pelas condições de trabalho que influenciam negativamente o estado bio-psíquico dos fumicultores e de suas famílias, provocando intoxicações agudas e incapacidade para o trabalho, além de danos ao ecossistema com a contaminação do solo, de alimentos, da fauna e dos rios^{24,71}.

Cerca de 65 produtos entre inseticidas, herbicidas e fungicidas estão liberados para uso e comercialização na cultura do tabaco, a maior parte deles pertencente às classes toxicológicas I e II, considerados extremamente tóxicos podendo trazer sérios danos à saúde⁵⁶.

Um outro grave problema ambiental conhecido devido ao manuseio da folha de tabaco é a doença do tabaco verde, um problema ocupacional em trabalhadores que lidam com essa produção, pois a absorção pela pele da nicotina proveniente da folha do tabaco pode provocar sintomas como náusea, vômito, fraqueza, dor de cabeça, tonturas, dores abdominais, dificuldades respiratórias, assim como flutuações na pressão sanguínea. A nicotina é tão potente que tem sido usada como um pesticida e um inseticida desde 1763^{36,130}.

Dados estimativos indicam que 20% dos incêndios ocorridos nas florestas em todo o mundo são devidos a fósforos e cigarros acesos lançados inadvertidamente nas matas, às margens das estradas ou próximos às residências de zonas rurais^{7,106}. Aproximadamente, 2.000 (duas mil) pessoas morrem anualmente nos Estados Unidos devido a incêndios provocados pelos cigarros¹¹¹.

Os dados mencionados nesta parte do capítulo demonstram, claramente, os diversos danos causados pelo tabaco ao agricultor e ao meio ambiente de uma maneira geral.

2.1.3- Tabagismo e o Controle Legislativo:

Legislação abrangente sobre o controle do tabagismo constitui-se um componente vital para o alcance do sucesso de programas de controle do tabagismo, sendo a sua finalidade prevenir e reduzir a carga de enfermidade, a mortalidade e o sofrimento humano causados pelo tabaco²⁴⁸.

A Lei é indispensável para estabelecer e promulgar uma política pública, fortalecer as estratégias em desenvolvimento e contribuir para o crescimento sem a influência do tabaco¹³⁸.

A legislação constitui a base de um controle eficaz do consumo do cigarro, pois ela expressa valores profundamente enraizados na sociedade, institucionaliza o compromisso de um país, centra as atividades e regula o comportamento privado²⁵⁹.

Um bom texto legislativo é necessário, mas não suficiente, para assegurar a implementação satisfatória de uma lei. Apesar de a lei ter demonstrado ser um fator importante para controlar a epidemia do tabagismo, deve-se ressaltar que a promulgação de leis é condição necessária, mas não única para um efetivo controle do tabagismo numa sociedade. A lei é mais um componente inserido no programa, em toda sua amplitude, o qual é composto por outros segmentos como medidas preventivas, educativas e informativas, além das estratégias econômicas¹³⁸.

O processo de desenvolvimento de uma legislação bem sucedida consiste em fases básicas como desenvolvimento, implementação e cumprimento, sendo que todos os países também devem contar com o auxílio da população no cumprimento da lei, principalmente em relação à venda de produtos derivados do tabaco a menores de idade ou à preservação de ambientes livres do cigarro¹⁶⁸.

O trabalho na área legislativa deve ser um dos eixos fundamentais nas estratégias nacionais para o controle do tabagismo, pois a lei deve responder à obrigatoriedade do Estado de cuidar da saúde de todos os cidadãos, geralmente estabelecida nos textos constitucionais dos diferentes países em todo o mundo. Essas leis devem criar, reunir e ampliar a normatização legal antitabágica vigente que, por sua vez, sirva de ajuda a fumantes e não fumantes para prevenir e defender-se dos danos causados pelo tabagismo⁴³.

Em todos os países, o Estado tem a responsabilidade de proteger a saúde de sua população, preservar a ecologia, regular as atividades comerciais, e promover a saúde, a segurança e o bem-estar público de seu povo. No caso do tabaco, é sustentado internacionalmente que o direito do Estado de proteger a saúde de sua população, restringindo atividades de publicidade, e o consumo do tabaco em lugares públicos, tem prioridade sobre a liberdade individual e a da indústria fumageira¹³⁸.

Em nosso país, a Constituição Federal de 1988 refere, no seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A Carta Magna, em seu artigo 225, afirma que “todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações”. Ressaltando, também, através do seu inciso V do § 1 do artigo 225, que cabe ao Poder Público “controlar a produção, a comercialização e o emprego de técnicas, métodos e substâncias que comportem risco para a vida, a qualidade de vida e o meio ambiente”.

As medidas mais eficazes para reduzir o uso do tabaco são as normativas. Amplas evidências mostram que medidas políticas, como aumento da taxação dos impostos sobre o tabaco, eliminação da promoção do tabaco, ampla informação sobre os riscos do consumo desses produtos nas embalagens e a efetiva implementação da proibição de fumar em lugares públicos e locais de trabalho, reduzem o número de jovens que começam a fumar, ajudam os fumantes a deixar de fumar, além de protegerem os fumantes passivos da exposição à fumaça do tabaco^{168,259}.

À medida que a globalização e a interdependência aumentam, aumenta também o número de normas, padrões e compromissos globais de natureza ética e científica, alguns dos quais obrigatórios do ponto de vista jurídico²⁶⁴.

As ações legislativas em conjunto com as econômicas representam as mediações sociais potencializadoras das ações educativas. Cabe aos diferentes setores da sociedade alertar, cobrar, estimular e pressionar as esferas responsáveis pela legislação, com o objetivo de criar e fazer cumprir leis que resultem em mudanças políticas, ambientais e econômicas capazes de reforçar as mudanças de comportamento necessárias à redução do tabagismo¹⁶⁸.

Entre essas leis destacam-se aquelas que visam informar a população sobre os riscos do consumo do tabaco, protegê-la da exposição à poluição tabágica ambiental (PTA) e a proibição da publicidade que tem como objetivo a indução do consumo. Além disso, são necessárias medidas legais importantes para dificultar o acesso dos jovens a produtos derivados do tabaco envolvendo as que resultem em aumento do preço desses produtos, controlem as formas de vendas dos mesmos, e, principalmente, o contrabando do cigarro¹⁶⁸.

A legislação para controlar o fumo no local de trabalho elimina os riscos de exposição involuntária à fumaça do cigarro, reduz o risco de incêndio e fornece apoio a um grande número de fumantes que querem parar de fumar⁸.

Para um eficiente controle do tabagismo, seja qual for a forma da legislação, o fundamental é o grau de aplicação das medidas legislativas. Um determinado país pode ter inserido no seu ordenamento jurídico uma lei que restrinja o uso do tabaco, porém se não a executa, conseqüentemente a população não respeita, tornando a lei inútil¹⁹¹.

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), tem capacitado os 26 Estados Brasileiros e o Distrito Federal a desenvolverem ações legislativas que, por sua vez, capacitam os municípios no sentido de obter resultados legislativos antitabágicos satisfatórios e, com todo este aparato, tem conseguido aprovar inúmeras leis estaduais e municipais, assim como subsidiar tecnicamente processos legislativos em todo o país, permitindo grandes avanços e destacando o Brasil em relação ao controle legislativo do tabagismo³⁷.

2.1.4.- Produção, Comércio, Distribuição e Consumo do Tabaco

No mundo, os principais países produtores de tabaco por ordem de magnitude de produção são: China, Brasil, Índia, EUA, Zimbábue e Indonésia, sendo responsáveis por cerca de 70% da produção mundial de tabaco⁵⁶.

Especificamente, o nosso país ocupa um lugar de destaque na cadeia produtiva do tabaco pois, além de ser o 2º produtor mundial, é também o 1º exportador de fumo em folhas em todo o mundo³⁶.

Essa posição de destaque alcançada pelo Brasil no mercado mundial de produção e exportação do tabaco deve-se a fatores como, por exemplo, os reduzidos custos internos de sua produção, devido ao emprego de fumicultores e suas famílias na produção resultando em menores gastos com salários, e à não mecanização da lavoura que fornece uma melhor qualidade ao produto, pois recebe maiores cuidados manuais que o fumo produzido no processo mecanizado^{36,144}.

Apesar das restrições ao consumo de cigarro, a plantação do fumo se expandiu na Região Sul do Brasil nos últimos anos por se mostrar uma cultura mais atrativa economicamente que as demais atividades agrícolas em minifúndios¹⁶³.

A maior produção nacional de tabaco concentra-se na Região Sul do país, sendo que, na safra de 2003 foram produzidas 633 mil toneladas de fumo, representando 96,4% da produção total brasileira. Tanto o Estado do Rio Grande do Sul como o de Santa Catarina e Paraná produzem tabaco sendo responsáveis, respectivamente, por 51,7%, 34% e 11% do total produzido no Brasil, e os outros 3,6% se distribuem principalmente nos estados de Alagoas, Bahia e Sergipe e bem menos significativamente em outros^{36,56}.

Segundo a AFUBRA, o número de famílias ocupadas com a fumicultura cresceu de 134 mil no ano de 2000 para os 198 mil no ano de 2005, havendo, também, um crescimento da área plantada, no Sul do país, passando dos 257 mil hectares em 2000 para 439 mil em 2005¹⁶³.

A plantação, a colheita, a classificação e a cura do fumo exigem um trabalho manual árduo envolvendo toda a família. Trabalham em média, na lavoura do fumo, cerca de 3,4 integrantes de cada família, o que equivale a cerca de 520 mil pessoas atuando nessa atividade⁵⁶. Aproximadamente, 20% dessas famílias produtoras de tabaco não possuem terra e trabalham em regime de parceria, e o tamanho das propriedades delas é de 16 hectares, sendo o tamanho médio das plantações de fumo de 2,8 hectares¹⁶³.

Em relação à exportação, dados recentes do Sindfumo¹⁶³ indicam que o Brasil exportou 600 mil toneladas de folhas processadas no ano de 2005, levando a um crescimento de 210 mil toneladas sobre as 392 mil vendidas para o exterior em 1998. O faturamento chegou a US\$ 1,6 bilhão.

Desde 1993, o Brasil é o maior exportador de folha de tabaco no mundo, tendo ocupado essa posição pela diminuição da exportação em países como EUA e Zimbabwe¹⁶³.

Enquanto a exportação da folha do tabaco cresceu em nosso país nos últimos anos, a exportação de cigarros industrializados diminuiu de 92 mil toneladas em 1998 para 3,6 mil toneladas em 2004, por causa das taxações ao produto. O comércio nacional de cigarros também caiu nos últimos dez anos de 150 bilhões de unidades para os atuais 133 bilhões¹⁶³.

As tendências de consumo do tabaco são alarmantes, pois, no início da década de 90 do século passado, aproximadamente 1 bilhão e 100 milhões de pessoas utilizavam o tabaco em todo o mundo, e, atualmente, esse número subiu para mais de 1 bilhão e 300 milhões de fumantes¹³⁰.

Um dado preocupante em relação às tendências de consumo é o aumento da utilização do fumo entre as faixas etárias mais jovens e também entre o sexo feminino, pois as indústrias tabaqueiras estão direcionando esforços estratégicos na área de marketing para cada vez mais conquistar esses dois grupos¹⁴.

Em relação aos jovens, aproximadamente 100 mil deles iniciam o hábito de fumar a cada dia no mundo, e a grande maioria, cerca de 80 mil, são de países em desenvolvimento^{9,36}.

Apesar de o consumo do tabaco estar diminuindo na maioria dos países desenvolvidos, o seu consumo global aumentou cerca de 50% de 1975 a 1996, devido, ao elevado aumento de sua utilização nos países mais pobres³⁶.

Parcela significativa da disseminação do consumo do tabaco resulta das novas realidades e tendências trazidas pela globalização da economia como, por exemplo, a liberação do comércio, a integração econômica e a dominação do mercado por grandes corporações transnacionais de tabaco, que inserem de forma rápida e global novas tecnologias de produção associadas à disseminação de estratégias de marketing visando estimular o consumo²⁰.

O que se observa no cenário mundial é que o controle da comercialização do tabaco, e a aplicação de políticas fortes e adequadas para o controle do tabagismo nos países em desenvolvimento mostram-se bastante fracos; em contrapartida, pode-se observar que a política pró-tabaco está repleta de interesses pessoais, políticos e econômicos, sendo que o comércio e o uso dessa potente droga estão gerando, cada vez mais, um elevado número de vítimas⁸.

A produção do fumo acontece de forma integrada com a indústria do fumo, organizada mundialmente na forma de oligopólio²⁰.

2.1.5- Indústria do Tabaco:

No mundo, a indústria do tabaco possui uma estrutura com pequeno número de grandes empresas transnacionais que dominam o mercado internacionalmente, sendo que suas atividades de produção e comercialização de tabaco e seus derivados estendem-se por mais de 50 países³⁶.

As duas transnacionais que dominam o mercado mundialmente são a *British American Tobacco (BTA)* e a *Philip Morris*, sendo que as principais subsidiárias da BTA são a Souza Cruz, no Brasil, a Chile Tabacos, no Chile, a *Brown and Willianson*, nos Estados Unidos, a *Indian Tobacco CO (ITC)*, na Índia e a *Imperial Tobacco Canada (ITC)*, no Canadá¹⁹⁷.

São essas grandes empresas transnacionais que organizam todo o complexo agro-industrial de tabaco que é composto, basicamente, pela produção, processamento, beneficiamento e comercialização do fumo em folha e de seus produtos em derivados. Essas transnacionais, interligadas por um sistema corporativo global de inteligência, mantêm-se atentas às tendências de mercado do tabaco e às políticas governamentais de controle do tabagismo em todo o mundo, buscando responder, de forma global e eficiente, aos desafios que essas políticas podem trazer à viabilidade de seus negócios²⁰.

A indústria do tabaco vem permanentemente utilizando estratégias para garantir a expansão de seu consumo, assim como contestando as evidências científicas afirmadas por milhares de artigos já publicados, comprovando os diversos perigos provocados pelo tabagismo ativo e passivo, porém, internamente, ela já conhece esses diversos malefícios há várias décadas, conforme veio à tona pelos documentos secretos tornados públicos^{13,14,197,254,270}.

Esses documentos mostram como essas companhias têm-se organizado para atrapalhar as políticas de controle do tabagismo em todo o mundo contratacando e desacreditando órgãos governamentais e não governamentais envolvidos no controle do tabagismo^{13,14,25,44,52,153,254}.

Independentemente de conhecer os riscos provocados pelo tabagismo, a indústria tabaqueira financiou várias pesquisas, gerando artigos que colocavam em dúvida e até negavam os efeitos maléficos que sofrem os fumantes passivos, porém várias revistas científicas conceituadas recusaram-se a publicá-los^{122,197}.

Para se ter idéia do potencial de interferência das companhias multinacionais do tabaco, alguns registros da década de 90 do século passado mostram que a *Phillip Morris* gastou 2 milhões de dólares em um único ano para desacreditar as pesquisas desenvolvidas durante 10 anos em 7 países europeus pela *International Agency for Research on Cancer (IARC)*, gastando, nesse período, o valor de 4 milhões de dólares¹⁹⁷.

Várias estratégias foram criadas pela *Phillip Morris* para colocar em dúvida esse importante estudo da *IARC*, sendo que, em 1993, eles já tinham todas as informações do desenvolvimento da pesquisa através da empresa *SCR Associati*, que tinha oferecido um técnico para cooperar com os trabalhos da *IARC*, porém esta era uma empresa fundada pela indústria tabaqueira, obviamente com interesses escusos, levando ao fato que, em 1998, antes da publicação oficial da *IARC*, foi publicada, em Londres, a primeira reportagem afirmando que “não ficou provado que a poluição tabágica ambiental causa câncer do pulmão”¹⁶⁶.

Esses fatos revelam como é forte a penetração da interferência que a indústria cigarreira utilizou para tentar destruir a credibilidade dos vários estudos já

publicados sobre a associação entre o consumo do cigarro e a grande variedade das doenças tabaco relacionadas a esse uso.

Torna-se importante relatar que as ações da indústria tabaqueira ocorreram e continuam ocorrendo não apenas no campo dos estudos e pesquisas aliciando técnicos, cientistas e articulistas, com o objetivo de questionar os dados científicos, mas também em diversas áreas como a legislativa (realizando parcerias para impedir a promulgação de leis restritivas ao tabaco), a comercial (aliciando a indústria hoteleira e de turismo à permissão de uma série de facilidades para os fumantes) além de importantes áreas econômicas, entre outras alianças com setores sociais, jornalistas conceituados, líderes de alta influência nos Congressos Nacionais, e até funcionários do governo que ocupam importantes cargos, tentando barrar a promulgação de importantes leis antitabágicas^{14,197,269}.

A indústria também fundou o movimento dos direitos do fumante para fazer isso parecido com uma oposição independente para proibir o fumo¹⁹⁷.

Também é notório que, recentemente, a indústria tabaqueira utilizou-se de lobby e diferentes alianças entre outras sórdidas artimanhas para tentar minar diversas ações planejadas e desenvolvidas na CQCT⁴⁴.

Na 6ª Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde realizada recentemente em agosto de 2005 em Bangkok-Tailândia, BIALOUS¹⁵, recomendou que não se realizasse qualquer tipo de parceria entre a área da promoção de saúde e a indústria do tabaco, pois os objetivos de cada um deles são mutuamente exclusivos, sendo, portanto, impossível qualquer tipo de parceria entre ambos.

Observa-se que todas essas medidas tomadas pela indústria do tabaco objetivam salvaguardar enormes interesses econômicos, colocando, porém, em risco a vida de milhões de pessoas em todo o mundo^{44,254}.

2.1.6- Tabagismo Passivo

Tabagismo passivo, fumo de segunda mão, tabagismo involuntário ou exposição à fumaça do tabaco ambiental, são diferentes conceituações do fenômeno de respirar a fumaça produzida por outras pessoas¹⁵².

O fumo involuntário é um grave problema ubíquo, isto é, está presente em todas as partes, e populações de todos os países e culturas estão expostas a essa situação, sendo que essa exposição ocorre nas condições diárias da vida, seja em casa, no trabalho, no transporte público, nos restaurantes, em bares, entre outros^{145,157}.

Fumo passivo ocorre de dois modos: pelo ato de fumar os produtos do tabaco, resultando no que chamamos de fumaça primária que é inalada e posteriormente exalada pelo fumante, ou simplesmente pela queima dos produtos de tabaco, gerando a fumaça emitida da ponta acesa do cigarro a qual denominamos fumaça secundária, sendo que ambos os tipos são prejudiciais à saúde¹⁶⁵.

O tabagismo passivo é uma combinação complexa de mais de 4.700 substâncias químicas na forma de partículas e gases, incluindo irritantes e tóxicos sistêmicos tais como cianeto de hidrogênio, dióxido sulfúrico, monóxido de carbono, amônia, e formaldeído²⁰⁰.

A fumaça de segunda mão também contém carcinógenos e mutagênicos tais como arsênico, cromo, nitrosamidas e benzopireno, sendo que muitas dessas substâncias químicas são tóxicas reprodutivas, tais como a nicotina, cádmio e monóxido de carbono²³⁹.

Fumo passivo é também um importante poluente do ar interno, tanto que a Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos classificou o fumo de segunda mão como um carcinógeno “Classe A” para os quais não existe nível seguro de exposição¹⁹⁷.

Desde o início dos anos 60 do século passado, importantes instituições de saúde, como o *Royal College of Physicians* de Londres e o *Surgeon General* dos Estados Unidos, divulgaram dados apontando a relação entre fumo passivo e câncer do pulmão e, logo a seguir, em 1971, os Estados Unidos já aprovavam leis protetoras aos fumantes passivos¹⁶⁵.

Várias evidências científicas comprovam que o fumo de segunda mão é uma séria ameaça à saúde. Não fumantes respiram a fumaça de segunda mão e sofrem muitas das doenças do fumante ativo¹⁵⁷.

No começo da década de 80 surgiu o célebre estudo de Hirayama no Japão que avaliava a incidência de câncer de pulmão em pessoas que nunca haviam fumado; esse estudo pioneiro desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa do Centro Nacional de Câncer, pesquisando mais de 100 mil mulheres, demonstrou que esposas de fumantes apresentavam a incidência dobrada de câncer pulmonar, quando comparadas às mulheres casadas com não fumantes⁹⁷.

Inquérito da *American Cancer Society*, em mais de 1 milhão de homens e mulheres, apurou nos fumantes passivos a incidência de 2.11 a mais que nos não expostos à poluição tabágica ambiental¹⁵⁷.

As mortes por doenças do coração, bem como aquelas por doenças do pulmão e câncer da cavidade nasal têm sido casualmente associadas à exposição ao fumo passivo, causando também uma ampla variedade de efeitos adversos à saúde em crianças, incluindo bronquites e pneumonias, exacerbação da asma, infecção do ouvido médio, e “ouvido colado”¹⁴⁵.

Exposição de mulheres não fumantes ao fumo de segunda mão durante a gravidez causa redução no crescimento fetal, e existem também evidências de que a exposição pós-natal de crianças ao fumo passivo contribui para o risco de síndrome de morte súbita infantil²⁰⁰.

Várias metanálises disponíveis em estudos sobre tabagismo passivo comprovaram que existe associação significativa entre o risco de câncer do pulmão e o fumo involuntário, para ambos os sexos, quer seja com exposição domiciliar e/ou no ambiente do trabalho¹⁶⁵.

O fumo do tabaco é também uma importante fonte de poluição do ar interno, causando efeitos imediatos em fumantes passivos e ativos, tais como irritação ocular e nasal, dor de cabeça, dor de garganta, vertigem, náusea, tosse e problemas respiratórios²³⁹.

Estudos conduzidos em todo o mundo confirmam essa ampla exposição.

Uma pesquisa estimou que 79% dos europeus com idade acima de 15 anos foram expostos ao fumo de segunda mão. Recentes dados do Sul da África mostram que 64% das crianças com idade abaixo de cinco anos, em *Soweto*, moram com pelo menos 1 fumante na casa¹⁴⁵.

A Sociedade do Câncer da Nova Zelândia relata que o fumo de segunda mão é a terceira causa de mortalidade do país, estando atrás somente do fumo ativo e do álcool¹⁴⁵.

2.1.7- Controle do Tabagismo na Idade Escolar

A idade escolar apresenta-se como um momento oportuno para a realização de ações de controle do tabagismo, pois a grande maioria dos fumantes começa a fumar nessa fase da vida, coincidindo com a crise da adolescência, da auto-estima, da formação da consciência crítica, crenças e incorporação de hábitos que, geralmente, estarão presentes por toda a vida¹⁵¹.

Também, é durante a idade escolar que o hábito de fumar, geralmente, é mais facilmente controlado pois, nesse período, a criança/adolescente ainda se encontra no início da dependência tanto física como psicológica¹⁴⁹.

O crescimento do consumo do tabaco entre jovens é uma preocupação constante para autoridades da área de saúde e educação em todo o mundo, sendo que a OMS já elegeu mais de uma vez esse tema para ser trabalhado no Dia Mundial Sem Tabaco, escolhendo o slogan “Infância e Juventude sem Tabaco”, no ano de 1990 e “Crescendo sem Tabaco”, em 1998¹⁵¹.

O Tabagismo pode ser considerado uma doença pediátrica pois 90% dos fumantes começam a fumar antes dos 19 anos, sendo 15 anos a idade média de iniciação⁹.

Incentivados por propagandas e outras estratégias de marketing que visam facilitar o acesso aos produtos de tabaco e, ao mesmo tempo, criar um forte elo entre estes e o ideal de auto imagem ainda em formação nessa fase da vida, a cada dia, em todo o mundo, cerca de 100.000 crianças/adolescentes começam a fumar, antecipando, muitas vezes, uma vida de dependência e uma morte prematura^{9,151}.

A maioria dos jovens que usam drogas mais fortes, conhecidas como drogas ilícitas (maconha, cocaína, entre outras), apresentam uma experiência prévia de uso do tabaco, o que o faz conhecido como *gateway drug* (droga de entrada)⁵².

Se no período da adolescência os jovens puderem ser mantidos afastados do tabagismo, a maioria não se tornará fumante^{233,240}.

Nesse contexto, a escola apresenta-se como um local fundamental para desenvolver ações educativas para a saúde, dentro do paradigma da promoção da saúde, entre elas as que contribuem para o controle do tabagismo^{98,231}.

A escola é um importante canal de atuação sobre crianças/adolescentes, pois se constitui em um local onde o saber pode ser construído, de forma interativa, contribuindo para opções conscientes e voluntárias que resultem em comportamentos saudáveis; podendo também ser considerada um centro de informação para a comunidade, principalmente em países como o Brasil, onde os filhos são interface entre o saber popular e o científico em grande parte das famílias, representando, portanto, um espaço prioritário para as ações de promoção da saúde¹⁴⁶.

Os programas que visam mudar o comportamento em relação ao consumo de tabaco entre jovens, confirmam a escola como um local prioritário para ações educativas em saúde²³¹, assim como têm confirmado os professores como os profissionais ideais para implementar, nas escolas, ações voltadas à prevenção do consumo de drogas, entre elas o tabaco¹⁷.

Portanto, torna-se fundamental mostrar, dentro do ambiente escolar, que fumar não é apenas um ato anti-social, mas, sobretudo, uma doença caracterizada pela dependência, cujos malefícios não se limitam apenas aos fumantes, mas atingem, de forma danosa, toda comunidade e o meio ambiente^{146,137}.

2.1.8- Tratamento do Tabagismo

Depois de estabelecida a dependência, a dificuldade em abandonar o tabaco é alta, e geralmente, proporcional ao número de cigarros ou outro produto de tabaco utilizado, assim como ao tempo de consumo dessa potente droga que é a nicotina¹¹⁴.

É importante ressaltar que, independente do método utilizado para a cessação do vício de fumar, os melhores resultados serão alcançados quando o dependente de nicotina estiver altamente motivado a abandonar o uso do cigarro. Estudos demonstram que 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% conseguem parar sozinhos a cada ano e, desses últimos, mais de 90% o fazem por auto decisão^{40,167}.

Segundo CINCIPRINI et al⁴⁰ (1997), a incidência de dependência à nicotina chega a alcançar 70 a 90% entre os fumantes, demonstrando que o tabagismo é uma dependência que necessita de tratamento e investimentos cada vez mais amplos em técnicas de cessação de fumar.

É importante ressaltar que muito dos métodos de tratamento do tabagismo são tidos ainda como elitistas, tendo em vista o elevado custo dos medicamentos de primeira linha, assim como pelo fato de as terapias de acompanhamento do fumante serem longas, feitas, geralmente, por várias sessões e inúmeros retornos, o que demanda do fumante tarefas e condições sociais de participação, que requerem tempo e recursos financeiros que muitos não possuem¹⁹⁷.

Contudo, apesar dessas condições desfavoráveis, diferentes esforços e estratégias devem ser utilizados para que cada vez mais se invista no tratamento do fumante²¹⁵.

MEIRELLES e col¹²⁶ afirmam que sempre será positivo ajudar um paciente a deixar de fumar, em qualquer momento de sua vida, independente de sua condição clínica.

O tratamento do fumante, comparado a outras intervenções na área da saúde, é dos que apresenta a melhor relação custo benefício. Estimativas de custo benefício de uma breve abordagem ao fumante pelo médico mostram que, se apenas 2,7% a 3,7% dos fumantes deixassem de fumar através desse tipo de abordagem, o custo estimado por ano de vidas salvas seria bastante inferior ao custo do tratamento da hipertensão arterial, da hipercolesterolemia e do infarto^{73,101,142}.

De uma maneira mais geral, existem métodos indiretos e diretos na cessação do fumar^{195,197}.

Os indiretos são aqueles que influenciam o fumante a deixar de fumar, sem apresentar um contato direto com ele, como por exemplo: realização de campanhas educativas de controle do tabagismo, aplicação de medidas legislativas como proibição de fumar em locais públicos, aplicação de medidas econômicas como a elevação dos impostos sobre o preço do cigarro. Os métodos que envolvem a utilização de psicoterapia, medicamentos farmacológicos, ou aconselhamento de um profissional de saúde são conhecidos como métodos diretos.

Independente do tipo de tratamento, o grande objetivo é levar o fumante a locomover-se de um estágio de mudança para outro no sentido da AÇÃO (abandonar o cigarro)¹.

Em relação ao estágio de mudança, de comportamento, PROCHASKA & DICLEMENTE^{182,183,184} desenvolveram um modelo transteórico de mudança de comportamento, baseado em aspectos cognitivos e motivacionais do fumante, dividido em cinco diferentes estágios dinâmicos de mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação para a ação, ação e manutenção.

Esse modelo transteórico de mudança de comportamento de PROCHASKA E DICLEMENTE¹⁸⁴ foi sendo adaptado com o passar do tempo, e seu conhecimento atual é importante para que o profissional de saúde possa reconhecer o grau de motivação em que o fumante se encontra no momento da consulta, adequando sua abordagem a esse grau.

Existem diferentes métodos utilizados para a cessação do tabagismo, porém os mais utilizados, e que apresentam melhores resultados, são: o método comportamental e o método medicamentoso⁴⁹.

O método comportamental é uma das estratégias mais indicadas para ajudar um fumante a deixar de fumar, tendo em vista que deixar de fumar é um processo que, na maioria das vezes, leva tempo, envolvendo mudança de comportamento. Ele baseia-se na teoria de que os processos de aprendizagem operam no desenvolvimento, manutenção e cessação do fumo, e tem como objetivo mudar os antecedentes (incluindo cognições) a respeito do fumo, reforçar o não fumar e ensinar habilidades para evitar o cigarro em situações de risco^{114,228}

Dentre os métodos comportamentais, a **terapia comportamental breve**, também conhecida como intervenção breve em grupo ou individual, é considerada um método de primeira linha²⁶. Esse modelo de tratamento é mais estruturado, podendo ser utilizado em qualquer nível de atenção à saúde, tendo em vista seu

simples formato e facilidade de treinamento¹⁹³. Nesse tipo de terapia, a abordagem mais utilizada é a grupal^{66,93}.

MEIRELLES et. al¹²⁶ (2000), FIORE⁷³ (1996), JARVIK & HANNEFIELD¹⁰¹ (1993) e ORLEANS¹⁷¹ (1993) destacam a existência de dois tipos de abordagem para cessação do fumo: a mínima e a intensiva.

A abordagem mínima consiste em uma intervenção breve, objetivando aconselhar, preparar e acompanhar o fumante no processo de cessação de fumar, não necessitando de uma estrutura física própria. Já a abordagem intensiva necessita de uma assistência estruturada, com local próprio, dentro da unidade de saúde, com profissionais treinados e especificamente envolvidos para esse fim^{26,126}.

Tendo em vista que a abordagem mínima não exige uma infra-estrutura em relação à área física, recursos humanos qualificados e investimentos financeiros, ela consegue alcançar um número maior de fumantes, porém apresenta uma menor taxa de cessação, que, segundo ORLEANS¹⁷¹ (1993), gira em torno de 5 a 10%. A abordagem intensiva, pelo fato de ser mais seletiva, apresenta um menor alcance em termos de saúde pública, entretanto, apresenta resultados melhores em relação à taxa de cessação, que chega a atingir 20 a 30%¹¹⁰.

A abordagem mínima é uma abordagem comportamental, que estimula a mudança de hábitos do dependente de nicotina, fazendo o fumante entender o que o faz fumar e como pode, ao parar de fumar, passar por situações em que normalmente fumaria sem ter uma recaída. Esse tipo de abordagem consiste em algumas estratégias e informações básicas realizadas pelos profissionais de saúde, para apoiar o fumante que quer deixar de fumar¹²⁶.

Essas estratégias e informações, geralmente, poderão ser aplicadas em um período de 3 a 5 minutos dentro de uma consulta de rotina e são conhecidas como **PAAPA** (**P**erguntar/**A**valiar, **A**conselhar, **P**reparar e **A**companhar)¹⁴².

GLYNN & MANLEY⁸³ (1998) abordam essas técnicas no manual intitulado “Como ajudar seu paciente a deixar de fumar”, afirmando serem estratégias simples, cujo uso deve ser recomendado aos clínicos, pois as mesmas não interferem na rotina de suas consultas.

Geralmente, fumantes com elevada dependência física de nicotina beneficiam-se com a utilização de tratamento farmacológico, cujo objetivo é aliviar a ausência da droga nicotina, minimizando os sintomas da síndrome de abstinência^{41,126}.

Assim como outras doenças crônicas, a maioria dos tratamentos efetivos de dependência da nicotina requer o uso de múltiplas modalidades medicamentosas^{74,272}.

Está amplamente divulgado por inúmeros estudos que nem todo fumante apresenta uma forte dependência da nicotina, portanto, torna-se importante salientar que o tratamento medicamentoso só deve ser utilizado como um apoio para a abordagem comportamental, pois é ela que constitui o eixo do sucesso no tratamento do fumante, sendo considerada a base para a cessação do tabagismo^{126,142}.

Se realmente estiver comprovada a necessidade do uso de medicamento para que o fumante alcance o sucesso no seu tratamento, alguns critérios baseados no grau de dependência da nicotina devem ser adotados para prescrição medicamentosa, ou seja, a farmacoterapia está indicada em casos de¹⁴²:

- pessoas que fumam 20 ou mais cigarros ao dia (fumantes pesados);

- pessoas que fumam no mínimo 10 cigarros por dia, e consomem o 1º cigarro até 30 minutos após acordar;
- fumantes com escore do teste de Fagerström igual ou maior que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;
- fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitiva comportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas da síndrome de abstinência;
- Ausência de contra-indicações clínicas.

O manual sobre normas de práticas clínicas no tratamento da dependência e uso do tabaco⁷⁴ identificou, para fins de cessação do tabagismo, cinco medicamentos de primeira linha (Bupropiona, Adesivo de nicotina, Goma de nicotina, Spray nasal de nicotina e Inalador de nicotina) e dois medicamentos de segunda linha (Clonidina e Nortriptilina). No Brasil, ainda não temos disponíveis o Spray nasal e o Inalador de nicotina.

Cada vez mais se sedimenta a importância do tratamento do tabagismo, pois várias pesquisas comprovam que a remoção da exposição ao fumo implica na redução da mortalidade e/ou da prevalência, assim como no aparecimento mais tardio das doenças tabaco relacionadas^{60,117}.

2.1.9- Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo

Todo esse cenário preocupante, relatado desde o início do capítulo 2 e que, sucintamente, dá uma dimensão do problema do tabagismo visto como um problema

multifacetado, também pode levar à compreensão dos motivos que levaram os mais de 190 países-membros da OMS a propor, em 1999, durante a 52^a Assembléia Mundial da Saúde (AMS), a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade, denominado “Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)”.

Uma convenção-quadro é um instrumento legal, sob forma de um tratado internacional, no qual os Estados signatários concordam em empreender esforços para alcançar os objetivos definidos¹⁴⁰.

O objetivo da CQCT é “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas, geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco a serem implementadas pelas Partes nos níveis regional, nacional e internacional, a fim de reduzir, de maneira contínua e substancial, a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco”^{2,19,130,131,213}.

Cento e noventa e dois países negociaram as bases desse tratado durante quatro anos e seu texto final foi adotado, por consenso, em maio de 2003, pela 56^a AMS, apresentando-se como um catalisador extraordinário dos esforços de controle do tabagismo, tendo incrementado o diálogo público sobre a necessidade desse controle, passando, atualmente, para a fase de ação, o que a torna uma ferramenta útil para promover a cooperação internacional e uma coordenação de aspectos internacionais para um efetivo controle do tabaco²¹³.

O texto da CQCT é resultado de complexo e demorado processo de negociação envolvendo a comunidade de países representados no Órgão de Negociação Internacional (ONI), sendo que essas negociações tiveram como pano de

fundo as importantes contribuições de organizações governamentais e não governamentais, assim como do meio acadêmico, não perdendo de vista as preocupações com os que dependem economicamente da produção de fumo para sobreviver, especialmente os da fumicultura²⁰.

O conteúdo do texto da CQCT é composto de um Preâmbulo e 38 artigos, que estão apresentados em 11 capítulos diferentes: 1- Introdução; 2- Objetivo, Princípios Norteadores e Obrigações Gerais; 3- Medidas relacionadas à redução da demanda de tabaco; 4- Medidas relativas à redução da oferta de tabaco; 5- Proteção ao Meio Ambiente; 6- Questões relacionadas à responsabilidade; 7- Cooperação Científica e Técnica e Comunicação da informação; 8- Mecanismos Institucionais e Recursos Financeiros; 9- Solução de Controvérsias; 10- Desenvolvimento da Convenção-Quadro; 11- Disposições Finais^{20,213}.

No preâmbulo, são enfocados em seus 23 parágrafos, os aspectos sanitários, sociais e econômicos envolvidos na questão do controle do tabaco.

No capítulo 1 e nos capítulos 9 a 11, são expostas as disposições jurídicas comuns aos tratados internacionais, como uso de termos e relação da CQCT com outros instrumentos internacionais, procedimentos para a solução de controvérsias, assinatura, ratificação e denúncia pelos Estados parte, entrada em vigor do tratado, elaboração de protocolos, apresentação de emendas, depositário e textos autênticos.

Os capítulos de 2 a 8 contêm o que poderia ser chamado de “corpo do tratado”, em que se encontram os maiores avanços trazidos pela CQCT, e o capítulo 3 descreve medidas relacionadas à redução da demanda de tabaco.

Em suma, a CQCT é formada, principalmente, por uma série de obrigações em regime multilateral de colaboração para os países signatários, assim como uma série de medidas¹⁹.

As principais obrigações, são: a elaboração e a atualização de políticas de controle do tabaco, em conformidade com a convenção e seus protocolos; o estabelecimento de um mecanismo de coordenação nacional e cooperação com outras Partes; e a proteção das políticas nacionais contra os interesses da indústria do tabaco⁴⁸.

Como principais medidas temos: a redução da demanda por tabaco; a redução da oferta de produtos do tabaco; a proteção ao meio ambiente; a responsabilidade civil; a cooperação técnica, científica e o intercâmbio de informações⁴⁸.

O Brasil sempre se destacou no desenvolvimento das ações da CQCT, liderando todo o processo de negociação de seu texto, ocorrido no período de 1999 a 2003, contando com ilustres personalidades brasileiras como presidentes desse processo de negociação durante todo seu percurso²²².

Nosso país foi o 2º a assinar o texto desse importante tratado mundial no 1º dia disponível para assinatura dos Estados Membros e o centésimo a ratificá-lo¹⁰⁰.

O fato de o Brasil ter ratificado a CQCT em 27 de outubro de 2005, ou seja, apresentado adesão à OMS, até a data limite de 07 de novembro de 2005, fez que ele tivesse assento na Conferência das Partes (COP)²²².

Esse tratado, aprovado em maio de 2003, em vigor a partir de 27 de fevereiro de 2005, foi ratificado por um total de 121 países, apesar de apenas 113

deles terem feito essa ratificação a tempo de participar com plenos direitos na COP, órgão que governa a CQCT²²².

A primeira sessão da COP realizou-se recentemente de 06 a 17 de fevereiro de 2006, tendo sido formada pelos países que ratificaram o tratado (Estados Partes), e cujo papel é tomar decisões sobre aspectos técnicos, processuais e financeiros na implementação desse tratado nos países partes¹⁰⁰.

Uma das garantias do funcionamento desse tratado é que ele já está ratificado por um total de países que aglutinam 74% da população mundial e 69% do consumo mundial de tabaco²²².

A ratificação da CQCT pelo Brasil, ocorrida dentro do prazo previsto, permitirá a continuidade do nosso país como protagonista, continuando a colaborar, de maneira decisiva, no desenho institucional e na formulação de estratégias globais na área do controle do tabagismo, e também reafirmará o compromisso do Governo Brasileiro com o controle desse grave problema social, traduzido nacionalmente pelos esforços feitos para a articulação de um Programa de Controle do Tabagismo intersetorial e abrangente²⁰.

2.1.10- Programas de Controle do Tabagismo

Programas são esforços sistemáticos para obtenção de propósitos pré-planejados como a melhoria da saúde, conhecimentos, comportamento, atitudes e práticas¹⁷⁵.

Em todo o mundo, existem inúmeros programas de controle do tabagismo que se organizam nas diferentes esferas governamentais, assim como em diversos setores de trabalho de múltiplas empresas, além de órgãos do terceiro setor, entre outros¹⁹⁷.

Numerosos também são os programas de educativos de comunidades, contra doenças cardíacas, influenciando positivamente na diminuição de consumo de tabaco e da prevalência de fumantes, vários promovidos por governos estaduais dos EUA^{28,113}.

O *Stanford Five City Project*, que abrangeu cinco cidades norte-americanas, com ação educativa intensiva através da imprensa, revistas, rádio, televisão e grande distribuição de literatura informativa sobre tabagismo, foi um programa com duração de cinco anos, tendo desenvolvido cerca de 500 eventos educativos, e conseguindo, ao seu final, diminuir em 13% a prevalência de fumantes adultos, em comparação com a população da cidade não incluída no projeto^{67,77}.

Programas de cessação do tabagismo em locais de trabalho demonstram sua importância conforme experiências relatadas no Canadá e Estados Unidos, sendo que a ação educativa nas empresas deve incluir preparo prévio da cúpula da empresa, assim como apresentar condições de seguimento do processo educacional por tempo suficiente^{65,72,82}.

Em Karélia, na Finlândia, foi desenvolvido o *North Karelia Project*, durante 5 anos, atingindo grande parte da população com ações educativas sobre fatores de risco como o tabaco, a alimentação incorreta entre outros, sendo que, em relação ao tabagismo, houve uma queda de 10% da prevalência logo nos primeiros 6 meses de atuação do programa²⁰⁸.

Grande sucesso obtiveram também, outros programas nacionais educativos de cessação do tabagismo através da mídia em Hong Kong, Holanda, EUA e Finlândia^{18,119,155}.

Com sede em Genebra – Switzerland, existe, na Organização Mundial da Saúde o “*Tobacco Free Initiative (TFI)*”, também conhecido como Programa Mundial de Controle do Tabagismo.

O *TFI* foi criado em 1998, focalizando a atenção, recursos e ação na epidemia global do tabagismo²⁶⁰.

O objetivo do *TFI* é reduzir a carga global de doença e morte causadas pelo tabaco protegendo, desse modo, as gerações atuais e futuras das conseqüências devastadoras sobre a saúde e meios sociais, ambientais e econômicos causadas pelo consumo e exposição ao fumo do tabaco²⁶⁰.

Para poder cumprir sua missão, o *TFI* oferece liderança política global, incentiva a mobilização em todos os níveis da sociedade e promove a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco, incentivando os países a aderirem a seus princípios e apoiá-los em seus esforços para implementar as medidas de controle do tabaco²⁶⁰.

No Brasil, de acordo com MIRRA & ROSEMBERG¹⁴⁸ (2000), as ações de controle de tabagismo, inicialmente tímidas, tornaram-se mais agressivas e sistematizadas, tomando forma de um Programa Nacional a partir de 1985, com a criação do Grupo Assessor do Ministério da Saúde para o controle do tabagismo no Brasil, assumindo, oficialmente, a partir dessa data, essa importante forma de controle. Esse Grupo Assessor era composto por vários técnicos, representantes de

diferentes instituições governamentais e não governamentais envolvidos no controle do tabagismo.

A partir de 1989, o Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde iniciou a coordenação das ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), atualmente reconhecido como um dos programas mais efetivos no desenvolvimento das múltiplas ações de controle do tabagismo em todo o mundo, servindo de modelo internacional¹³⁹.

O PNCT é desenvolvido em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde³⁷.

O objetivo geral do PNCT é reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil^{134,136}, e a lógica do PNCT pode ser vista em dois níveis, a estrutural e a das ações³⁷.

Na lógica estrutural são incluídas todas as atividades que constituem um conjunto para a disseminação e potencialização das ações do programa, centradas, principalmente, na articulação de diferentes tipos de rede de parcerias, sendo que esse conjunto permite que as suas diferentes ações possam atingir todo o país, conseguindo, também, articulações intersetoriais, principalmente em áreas onde a governabilidade do programa foge da atuação na área da saúde³⁷.

As estratégias que compõem a lógica estrutural são várias, porém podemos citar como principais: a descentralização da gerência do programa, tendo em vista a articulação existente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; a integração das ações com outros programas estratégicos do Ministério da Saúde

com os quais há possibilidade de interface; a articulação e o fortalecimento de uma rede de parceria com a sociedade civil organizada; a articulação e a mobilização de ações intersetoriais no âmbito da Comissão Nacional (Interministerial) para implementação da CQCT; a colaboração técnica e a parceria com setores do governo responsáveis por regulação dos produtos de tabaco³⁷.

Na lógica das ações temos: a educação e a informação; a promoção e o apoio à cessação de fumar; a mobilização e a articulação de políticas, e de medidas legislativas e econômicas que favoreçam o controle do tabagismo; a vigilância e o monitoramento³⁷.

As ações educativas, legislativas, econômicas e as de vigilância e monitoramento são desenvolvidas em três canais comunitários: as **unidades de saúde**, os **ambientes de trabalho** e as **unidades escolares**, canais escolhidos por apresentarem uma ampla interação com a comunidade e por contarem com importantes formadores de opinião como profissionais de saúde, professores e alunos¹³⁹.

Essas ações do PNCT vêm gerando uma diminuição da prevalência de fumantes em todo o território nacional, sendo que estão sendo criados Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante na rede do SUS para atendimento gratuito à população dependente da nicotina.

Para que essas ações atinjam todo o território brasileiro, foi organizada uma rede nacional para gerenciamento regional do Programa, através do processo de descentralização. Assim, em cada um dos 26 Estados e no Distrito Federal existe um coordenador estadual de controle do tabagismo na Secretaria Estadual da Saúde

(SES), responsável por descentralizar as ações desenvolvidas em nível nacional para seus municípios nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

2.2- Avaliação: Necessidade constante nos serviços de saúde

2.2.1- Origens, conceitos e objetivos da avaliação

Segundo WORTHEN & SANDERS^{265,267}, a prática da avaliação precede sua própria definição, tendo suas raízes no ano 2000 a. C., estendendo-se até hoje.

É uma atividade tão antiga quanto o mundo, sendo vista, atualmente, como um conceito que está na moda, apresentando contornos vagos e agrupando múltiplas e diversas realidades⁵⁰.

A ampla bibliografia existente sobre avaliação nos fornece numerosos e diferentes conceitos e significados^{22,50,54,174,206,223,234,235}, sendo comparada a uma pesquisa ou medida, ou ainda à observação do alcance dos objetivos específicos, como a uma auditoria ou a muitas das variantes de controle de qualidade.

PATTON¹⁷⁴ (1982) elaborou uma tabela com 36 diferentes tipos de definições da avaliação, enfatizando, porém, que essa classificação abrangia apenas pouco mais da metade dos trabalhos de avaliação publicados até aquela data.

Dessa forma, fica evidente a dificuldade de eleger uma definição geral e única da avaliação, porém, no sentido de uma melhor compreensão do assunto, a seguir foram eleitas algumas definições mais relevantes:

“Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um **julgamento de valor** a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na **tomada de decisões**”^{50,241}.

Pode ser definida também como uma função de gestão destinada a auxiliar o processo de decisão visando torná-lo o mais racional e efetivo possível²²⁴, ou como a aplicação de procedimentos de pesquisa social na determinação da conceituação, desenho, implantação e utilidade de programas de intervenção social²⁰².

A avaliação pode ainda ser definida como a comparação de um objeto de interesse e dos resultados obtidos com um determinado padrão de aceitabilidade²¹⁹; também pode ser considerada como um processo sistemático para determinar até que ponto um conjunto de estratégias está alcançando as metas e os objetivos esperados²³⁰.

Segundo WORTHEN e col²⁶⁸ (1997), a avaliação é o ato de coletar e prover informações para habilitar os gerentes a tomarem decisões adequadas, envolvendo apenas o julgamento profissional.

De acordo com DONABEDIAN⁶² (1982), a avaliação consiste em um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos.

Ainda pode ser definida como identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para realizar uma análise sobre o valor do objeto, quanto à qualidade, utilidade, efetividade ou significância, em relação a esses critérios²⁶⁸.

Vários são os objetivos de uma avaliação, porém os oficiais podem ser caracterizados em 4 tipos⁵⁰: 1) objetivo estratégico: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; 2) objetivo formativo: fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer; 3) objetivo somativo: determinar os

efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida; 4) objetivo fundamental: contribuir para o progresso dos conhecimentos e para a elaboração teórica.

FETTERMAN⁷⁰ (1994) propôs incluir conceitos e técnicas para dar poder (emancipar, liberar ou iluminar) àqueles cujos programas estão sendo avaliados. A avaliação pode ser largamente utilizada em diferentes situações e áreas como saúde, educação, no setor público em geral, ou nas áreas de negócios e na indústria.

A preocupação de avaliar categorias e objetos muito amplos levou à criação de subáreas no campo da avaliação: avaliação de produto, avaliação de pessoal, avaliação de programas, avaliação de políticas e avaliação de performance²⁶⁶.

Em cada área temática em que se insere, o intuito da avaliação ganha contornos próprios que se materializam sob a forma de conceitos próprios e técnicas apropriadas de aplicação, se caracterizando por lançar mão de teorias e metodologias diversas, sendo que especificamente na área de saúde pública, a avaliação de serviços constitui em procedimento de grande importância, tendo em vista viabilizar escolhas de planejamento e possibilitar um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade⁵⁸.

2.2.2- Tipos de Avaliação

Existem diferentes classificações da avaliação que, geralmente, foram criadas para facilitar a sua aplicação; alguns autores classificam a avaliação em dois

tipos, formal e informal; outros afirmam que ela é diferenciada em dois tipos: formativa e somativa^{121,210,268}.

A avaliação informal é aquela que utiliza percepções subjetivas para fundamentar um julgamento, ocorrendo quando é feita escolha entre várias alternativas sem evidência formal sobre o mérito das mesmas. Já a avaliação formal é aquela que emprega, como concepção, esforços sistemáticos para definir critérios explícitos e obter informações exatas sobre alternativas, permitindo determinar o real valor dessas alternativas²⁶⁸.

A avaliação formativa é voltada para o aprendizado e visa suprir a equipe do programa com informação útil para implementá-lo; serve para dividir informações com os envolvidos no projeto ou programa, de modo que eles saibam como está sendo feita a avaliação e quais os julgamentos atribuídos no decorrer da atividade, sendo, portanto, contínua e participativa. Sua utilização permite compreender as reais necessidades de um programa ou intervenção para a tomada de decisões experimentais na busca de sua melhoria ou implementação^{121,210,268}.

A avaliação somativa, também conhecida como normativa, é conduzida e tornada pública para fornecer julgamento sobre o valor e o mérito de um programa em relação a determinados critérios. Está dirigida àqueles responsáveis por tomar decisão e aos consumidores em potencial, orientando decisões sobre a continuação do programa, sua expansão ou interrupção, sendo mais comumente realizada ao final do projeto^{121,210,268}.

Geralmente, torna-se difícil determinar a seqüência exata da aplicação da avaliação formativa e somativa, pelo fato de elas se complementarem e estarem intimamente interligadas²⁶⁸.

Outros tipos de classificações são conhecidos na área da avaliação e quando se fala em verificar programas de promoção da saúde, a maior parte das referências identifica três tipos de avaliação relevantes: as avaliações de estrutura, processo e resultados^{3,32,50,59,85,180,241,244}.

Segundo DONABEDIAN⁶³ (1980), que criou a classificação estrutura-processo e resultado na avaliação, a estrutura corresponde às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais. É nessa fase que é feita a avaliação dos recursos humanos, materiais e financeiros utilizados na intervenção, assim como sua organização⁵⁰.

A avaliação de processo corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes⁶³.

Na avaliação de processo busca-se saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados desejados, sendo que nessa fase, comparam-se os serviços oferecidos pelo programa ou intervenção a critérios e normas predeterminadas em função dos resultados esperados⁵⁰.

Utiliza-se a avaliação de processo para verificar a operacionalidade de um problema, assim como para descrever como os serviços estão sendo realizados, estando centrada no acompanhamento das atividades desenvolvidas no programa e nos recursos humanos que realizam essas ações²¹⁴.

Na avaliação de resultado é verificado se os resultados observados correspondem aos objetivos que a intervenção se propôs a atingir⁵⁰.

Geralmente, a avaliação de resultado define a efetividade do programa e pode ser utilizada para avaliar o uso de materiais educativos como cartazes e panfletos, assim como outras formas de intervenções²¹⁴.

Para DONABEDIAN^{62,64} (1992), a melhor estratégia para avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos da abordagem de estrutura-processo e resultado.

O indicador é uma variável, característica ou atributo de estrutura, processo ou resultado que é capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar, sendo, geralmente, representado como uma variável numérica²²³.

Em relação à escolha dos indicadores, TANAKA & MELO²²³ (2001) destacam que um **indicador de estrutura** pode auxiliar uma tomada de decisão de investimento e/ou de provimento de recursos necessários ao sistema, serviço ou programa; um **indicador de processo** está direcionado, para à tomada de decisão referente à otimização e/ou à utilização racional da dinâmica implementada; e um **indicador de resultado** está direcionado para à tomada de decisão de prosseguimento ou não da intervenção realizada.

2.2.3- Uso da Avaliação em Programas de Saúde:

O cerne de uma avaliação é um projeto experimental ou programa, algumas vezes chamado de intervenção. Uma das maiores tarefas de uma avaliação é julgar o mérito de um programa¹⁷⁵.

O conceito de avaliação dos programas públicos apareceu logo após a 2ª guerra mundial, como uma consequência do papel que o Estado começou a desempenhar nas áreas administrativas, econômicas, educacional, social, de emprego, de saúde, entre outras⁵⁰.

Nessa época, os economistas, tidos como pioneiros na avaliação de programas públicos, desenvolveram métodos para analisar as vantagens e os custos desses programas, mas esses métodos mostraram-se insuficientes quando aplicados aos programas sociais; a partir daí, a avaliação passou a profissionalizar-se, investindo mais nos aspectos metodológicos sendo que associações como *American Evaluation Association* e *Canadian Evaluation Society* colaboraram muito nesse sentido⁵⁰.

A partir da década de 70 do século passado, países desenvolvidos, como EUA, Canadá, França, Austrália, entre outros, criaram mecanismos encarregados de avaliar novas tecnologias e a avaliação na área sanitária apresentou um grande crescimento⁵⁰.

No final da década de 80 do século passado a predominância dos dados quantitativos como suporte único para a avaliação passou a ser revista, sendo que as análises provenientes das Ciências Sociais adquirem maior visibilidade, e os dados qualitativos vem contribuir de forma complementar enriquecendo o arsenal teórico-metodológico da avaliação em saúde⁵⁸.

A avaliação, atualmente, é vista sob uma ótica interdisciplinar, em que novas metodologias vêm sendo desenvolvidas com o objetivo não somente de demonstrar a efetividade e os recursos de uma intervenção, mas também de melhorar a qualidade dos serviços prestados^{181,224}.

Nos dias de hoje, a avaliação de serviços de saúde em suas diferentes formas de abordagens é uma área já bastante consolidada, sendo que a utilização de indicadores de avaliação como, por exemplo: cobertura, satisfação do usuário, eficácia, estrutura, processos, resultado, entre outros, é reconhecida e amplamente divulgada⁵⁸.

Quando falamos em avaliação de um programa, podemos entender uma investigação diligente de suas características e métodos, sendo que seu propósito é fornecer informações sobre a eficácia de um projeto, com vistas a otimizar os produtos, eficiência e qualidade da assistência à saúde^{180,216,229}.

Para aqueles que estão trabalhando em programas e ou serviços de saúde, a avaliação é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão, envolvendo momentos de medir, comparar, e emitir juízo de valor²²³.

Avaliações podem analisar a estrutura do programa, atividades, organização e examinar seus ambientes político e social. Também podem avaliar os ganhos dos objetivos e metas de um projeto, assim como a extensão de seu impacto e custos^{125,244}. Em suma, a avaliação tenta trazer respostas a perguntas a respeito dos resultados esperados de um programa, ação ou serviço¹²¹.

A avaliação deve ser exercida por todos aqueles envolvidos no planejamento e na execução de ações e atividades dos programas de saúde, servindo para direcionar ou redirecionar essas ações²²³, porém a realidade brasileira nos mostra que, na prática cotidiana dos serviços de saúde, a avaliação não é feita rotineiramente ou enfrenta dificuldades metodológicas e operacionais não respondidas completamente no plano de investigação²³⁴.

Segundo MALIK & SCHIESARI¹²¹ (1998), a preocupação em avaliar os serviços e o sistema de saúde é algo existente há muito tempo na agenda das discussões em saúde, porém a sistematização dessa avaliação, assim como a possibilidade de comparar os resultados dessa avaliação com indicadores desejados e até mesmo sua implantação prática são realidades mais recentes.

Segundo DENIS & CHAMPAGNE, apud HARTZ⁹⁰ (1997), a análise de implantação de um programa visa principalmente identificar os processos implicados na produção dos efeitos de uma intervenção.

A intervenção é composta pelo conjunto dos meios físicos, humanos, financeiros e simbólicos, organizados em um contexto específico, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática⁵⁰. Sendo assim, ela pode ser caracterizada em 5 componentes: objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto preciso em um dado momento⁵⁵.

Os programas de promoção de saúde, que utilizam intervenções educativas visando a mudanças no conhecimento, atitudes e comportamentos, só obtêm resultados a médio e a longo prazo^{11,238,245}.

No entanto, para observar sua efetividade, é fundamental que eles sejam avaliados em todas as etapas^{216,237}. Dessa forma, é recomendável que se realize, em primeiro lugar, projeto piloto desses programas, pois eles permitem a construção de metodologias e instrumentos de trabalho e avaliação, e também de materiais de apoio, além de fornecerem informações sobre a eficácia e a eficiência dessas metodologias e materiais bem como das ações propostas, permitindo ajustes para sua aplicação em maior escala, com vistas a uma avaliação de efetividade^{59,91,92}.

Os atributos relacionados ao efeito das ações e práticas da saúde implementadas são a eficácia, a efetividade e o impacto; e o relacionado aos custos das ações é a eficiência^{10,68,75}.

Na tentativa de esclarecer melhor a diferença entre o conceito desses atributos será fornecida, a seguir, a definição de cada um deles, embora a utilização dessas noções varie muito de autor para autor²³⁴.

O que se observa, freqüentemente, é uma superposição entre as definições de eficácia, efetividade e eficiência, sendo que Ferreira⁶⁹ (1988) considera esses vocábulos como sinônimos. De acordo com esse autor, **Eficaz** é o que produz efeito desejado; **Eficiência** é a ação, força, virtude de produzir um efeito; e **Efetivo** é o que se manifesta por um efeito real.

TANAKA & MELO²²³ (2001) definem efetividade como a consequência produzida por um produto ou tecnologia aplicada em condições reais, estando relacionada aos resultados produzidos num contexto social específico, que devem ser os mais amplos possíveis; define a eficiência como o resultado da relação obtida entre custos e produtos e a eficácia como os resultados obtidos a curto prazo.

Aliás, em relação ao tempo na avaliação, RUNDALL²⁰⁵ (1992) destaca que o longo prazo está relacionado ao impacto e o curto prazo diria respeito à efetividade.

Avaliar a eficácia de um programa individual de longa duração nos determinantes de saúde e nos resultados de saúde é uma tarefa muito complexa, pois essa avaliação é feita através de uma variedade de fatores, como tamanho, amplitude e duração da intervenção, bem como uma variedade de fatores não relacionados abertamente à intervenção, incluindo mudanças seculares na sociedade¹⁶¹.

De acordo com NUTBEAM¹⁶² (2000), ações que dêem suporte à população para adotar e manter estilo de vida saudável e que criem suporte de condições de vida ambientais são elementos chave para a promoção da eficácia em saúde.

O mesmo autor afirma que, para estabelecer “evidências em eficácia” há, atualmente, muitos métodos e medições a serem utilizados nas avaliações, sendo que essa variação reflete diferentes perspectivas do alcance do sucesso de programas de promoção de saúde.

A avaliação de um programa de saúde pode ser obtida por meio da visibilidade por ele obtida, de quanto custou, da satisfação dos usuários, assim como da mudança nos indicadores¹²¹.

Diferentes modelos e ações de saúde produzem diferentes resultados de avaliação da eficácia, sendo essencial, portanto, estabelecer uma estrutura que ajude a definir os resultados associados à atividade de promoção da saúde¹⁶¹.

Existem vários desenhos utilizados para fazer avaliação de eficácia e efetividade de programas, porém destacam-se os de delineamento experimental e quase-experimental. Geralmente, o estudo experimental é o de escolha na demonstração de uma relação causa efeito, porém, para avaliação de programas de saúde, são impostas limitações quanto ao uso desse delineamento por questões éticas e de custos³⁰.

O delineamento quase-experimental tem sido utilizado, freqüentemente em avaliações de programas de educação e promoção da saúde, em escolas e campanhas, nos meios de comunicação de massa⁸⁵.

O estudo quase-experimental, conhecido como ensaio ou experimento não aleatório, é um estudo com o qual o investigador intervém na característica que está sendo investigada, entretanto, não há alocação aleatória dos participantes ou de áreas ou grupos que receberão ou não a intervenção^{27,30}.

O estudo quase-experimental utiliza, pelo menos, dois grupos, escolhidos por conveniência: o que receberá o experimento (grupo experimental) e o que não receberá (grupo controle). Utilizando-se uma avaliação pré e pós-experimento de ambos os grupos, são analisados os resultados obtidos^{29,30}.

Expor-se à avaliação é correr o risco de ser considerado menos perfeito do que se gostaria e, ao mesmo tempo, é aumentar a probabilidade de ter, ao final, resultados melhores do que se teria sem ela¹²¹, porém a comunidade na área da saúde como um todo está consciente de que ainda há muito para aperfeiçoar a qualidade e a escala de evidências disponíveis para guiar a tomada de decisão¹⁶¹.

Enfim, a avaliação pode proporcionar grandes contribuições mostrando acertos e erros, delineando soluções, reorganizando atividades e serviços, possibilitando caminhos alternativos para maximizar a utilização de recursos disponíveis e uma melhor conscientização tanto dos profissionais como da própria comunidade sobre seus problemas e necessidades⁴⁶.

3- OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

- Avaliar as intervenções aplicadas no Programa de Controle do Tabagismo do Hospital Santa Cruz e sua eficácia na diminuição da prevalência do tabagismo.

3.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar sociodemograficamente a população de estudo;
- Averiguar se os resultados obtidos na primeira fase do programa conseguiram trazer a discussão sobre o tema Tabagismo;
- Verificar, na segunda fase do programa, a percepção dos funcionários do HSC sobre a potência de esclarecimento dos materiais educativos distribuídos, pertinentes aos malefícios do tabagismo;
- Constatar, após o início da terceira fase do programa, a percepção dos funcionários em relação às medidas de manutenção do ambiente do HSC livre da fumaça do cigarro, divulgadas pelo programa;
- Identificar as ações educativas que despertaram maior sensibilização e adesão ao programa;
- Verificar a preferência dos funcionários em relação aos meios de comunicação utilizados nas três fases do programa;
- Verificar, depois da aplicação de todas as etapas do programa, a diminuição ou não da prevalência de fumantes no HSC;

4. MÉTODO

Neste capítulo apresentamos uma definição de como a pesquisa foi operacionalizada, descrevendo a sua realização em detalhes.

4.1 Desenho do Estudo:

O delineamento deste estudo pode ser visto como uma pesquisa avaliativa longitudinal caracterizada como do tipo painel.

De acordo com CARO³¹ (1982), a pesquisa avaliativa constitui uma forma de pesquisa aplicada que procura determinar se as mudanças, através de uma intervenção, realmente aconteceram, ou ainda, se as mudanças observadas podem ser atribuídas à intervenção.

Segundo CONTRADIOPOULOS et al⁵⁰ (1997), a pesquisa avaliativa aplica métodos científicos para analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, a eficiência e os efeitos de uma intervenção, assim como as relações existentes entre as intervenções e o contexto em que elas se situam, com o objetivo de ajudar a tomada de decisão.

A pesquisa avaliativa está voltada para a coleta, a análise e a interpretação de informações sobre a necessidade, a implementação e o impacto de intervenções voltados para o aprimoramento do ser humano e para a melhoria das condições sociais e da vida da comunidade²⁰¹. Esse tipo de pesquisa aborda a forma de funcionamento de um programa, uma prática ou política¹⁷⁹.

Tendo em vista que o Programa de Controle do Tabagismo do HSC utilizou intervenções organizacionais, físicas e educativas que necessitavam ser avaliadas, o presente desenho de estudo mostrou-se oportuno como de escolha.

O Programa de Controle do Tabagismo (PCT) do Hospital Santa Cruz (HSC) utilizou uma série de estudos seccionais em uma mesma população, desenvolvendo duas pesquisas sobre o perfil do fumante nesse local, em momentos diferentes e, posteriormente, realizando outra pesquisa da percepção dessa mesma população sobre as diferentes intervenções aplicadas no referido programa, desenvolvendo, portanto, um estudo longitudinal.

Conforme descrito por POLIT & HUNGLER¹⁷⁹ (1995), o estudo longitudinal é feito para coletar dados em mais de um ponto no tempo, fornecendo informações sobre mudanças e eventos ocorridos em determinado espaço de tempo e contrastando com um estudo de secção cruzada. Geralmente, o desenvolvimento de pesquisas longitudinais que possibilitam o acompanhamento de uma mesma população de indivíduos ao longo do tempo pode contribuir muito para entender as mudanças que estão ocorrendo no ambiente de trabalho²³⁶.

Pelo fato de não existirem áreas de controles para comparação externa, a alternativa encontrada para avaliar o PCT do HSC, foi a comparação interna, sendo que o estudo de painel foi o escolhido.

O estudo tipo painel é conhecido como um delineamento híbrido entre os estudos seccional e de coorte, apresentando como modelo conceitual a realização de uma série de estudos seccionais em uma mesma população, em diferentes intervalos de tempo^{104,106}. É uma espécie de estudo longitudinal, em que os mesmos sujeitos são utilizados para fornecer dados em dois ou mais pontos no tempo¹⁷⁹.

Frente ao exposto sobre o desenho de estudo desta pesquisa, resta informar que a mesma apresentou um desafio metodológico, pois partiu de uma análise longitudinal, que tinha como objetivo traçar o perfil do fumante do Hospital

Santa Cruz e, caminhou para uma análise transversal objetivando avaliar as intervenções aplicadas nesse referido local.

Na pesquisa sobre perfil do fumante do HSC não houve o planejamento para um estudo quase-experimental, mas os dados permitem uma inferência sobre a prevalência do tabagismo nos dois momentos em que a pesquisa foi realizada.

O maior interesse com a realização da pesquisa sobre o perfil do fumante, foi somente obter indicadores de resultado a partir da prevalência verificada antes e depois das intervenções aplicadas pelo programa de controle do tabagismo.

Dessa forma, no presente estudo, optou-se por dar um maior destaque à pesquisa avaliativa sobre as intervenções aplicadas no PCT do HSC, verificando a eficácia das mesmas.

Detalharemos, portanto, a seguir, o caminho metodológico da pesquisa avaliativa utilizada para medir a eficácia das intervenções aplicadas no PCT do HSC.

4.2 Local do Estudo:

A área de pesquisa do presente estudo foi o HSC, situado à Rua Santa Cruz nº 398, no bairro Vila Mariana em uma área de 15.000 m², no Município de São Paulo - Brasil (anexo 1).

O Hospital Santa Cruz é uma instituição particular beneficente, sem fins lucrativos, com 185 leitos, e mais de 65 anos de existência, tendo como base o espírito da medicina preventiva e da saúde pública, sendo considerado o hospital mais moderno da América Latina na época.

Foi inaugurado em 1939, através de recursos de autoridades japonesas (Governo Japonês e Casa Imperial do Japão), sensibilizadas com os problemas de saúde

enfrentados pelos imigrantes, através de contribuições de familiares dos imigrantes, mobilização de funcionários diplomáticos e representantes da comunidade nikkei.

Hoje, o hospital possui como clientela alvo cerca de duzentas mil pessoas, dentro de uma população de um milhão e seiscentas mil pessoas distantes 5 km do Hospital.

4.3 Objeto de Estudo: O PCT do HSC:

O objeto de estudo desta pesquisa é o Programa de Controle do Tabagismo do HSC, sendo que sua implantação teve início no começo do ano de 2001, e o seu lançamento ocorreu no dia 29 de agosto desse mesmo ano (anexo 2).

A criação do PCT do HSC nasceu da preocupação da Equipe de Humanização dessa instituição com a qualidade de vida de seus funcionários no que se refere a fatores de risco causais de adoecimento no ambiente de trabalho. Dessa forma, foi criado o Programa “Saúde e Coerência Sem Cigarro”, seguindo a lógica estabelecida pelo PNCT do INCA.

O objetivo desse programa é eliminar a poluição tabagística ambiental no HSC, reduzindo a prevalência de fumantes entre seus trabalhadores e o conseqüente absenteísmo e morbimortalidade causados pelo tabagismo.

A filosofia do PCT do HSC é apoiar os dependentes da nicotina no processo de cessação de fumar, e conseqüente preservação da saúde desses, sem perseguí-los ou marginalizá-los por essa dependência.

Inicialmente, foi criada uma comissão multiprofissional e multisetorial de controle do tabagismo (anexo 3), envolvendo, inclusive, fumantes em sua constituição, para que conjuntamente fossem obtidas soluções não conflitantes, em

que houvesse um predomínio do bom senso e uma preocupação com o bem estar comum de todos os trabalhadores.

Constantemente, os fumantes foram e ainda são estimulados a entender que o tabagismo é uma doença crônica, e que eles apresentam dependência a uma droga muito potente, que é a nicotina. Uma das preocupações desse programa é manter um clima de cordialidade com os fumantes, porém sempre sensibilizando-os a respeitarem os espaços compartilhados com os não fumantes.

O PCT do HSC foi programado para se realizar em 3 fases:

1ª Fase: destinada a propiciar a reflexão e discussão sobre o tabagismo, tendo sido aplicada no período de agosto a novembro de 2001;

2ª Fase: destinada a fornecer informações sobre os malefícios do tabagismo, tendo sido aplicada no período de novembro de 2001 a março de 2002;

3ª Fase: destinada a manter o HSC livre da poluição tabágica, sendo aplicada de março de 2002 até a presente data.

Esse programa tem como uma das suas principais características o desenvolvimento de ações sincronizadas e contínuas, e suas intervenções estão divididas em organizacionais, educativas e físicas. Todo esse processo de intervenção foi precedido de uma avaliação inicial para obtenção de indicadores, utilizados como base para monitorar e avaliar o desfecho do programa.

As intervenções organizacionais, educativas e físicas utilizadas foram as seguintes:

1. Intervenções Organizacionais:

A intervenção organizacional objetivou planejar bases para a implantação do programa e sistematizou-se através de diferentes atividades como:

- Elaboração de um Projeto de Controle do Tabagismo do HSC;
- Estruturação de bases para sensibilizar superintendência e gerentes de unidades para implantação do Programa;
- Criação de comissão executiva interna do programa (anexo 3);
- Criação de parcerias para o desenvolvimento do programa;
- Realização de Cursos de Capacitação sobre Tabagismo para os participantes da Comissão Executiva Interna do PCT, contendo como principais temas: Dimensão do Problema Tabagismo; Nicotinodependência; Principais doenças tabaco relacionadas; Tratamento do Tabagismo; Sessões do Programa de Cessação do Tabagismo e Estrutura de um Centro de Dependência de Nicotina (anexo 4);
- Treinamento de Recepcionistas e Seguranças sobre “Abordagem ao Fumante”, apresentando conteúdo teórico/prático para capacitação desses funcionários ao lidar com os usuários do HSC dependentes da Nicotina (anexo 5);
- Realização de avaliação inicial que antecede o processo de intervenção, através de questionário padronizado pelo Ministério da Saúde;
- Criação de Portaria para normatização do consumo de cigarros no HSC (Anexo 6);
- Realização e monitoramento do processo de intervenção sistematizada;

- Criação de Programa de atendimento aos funcionários fumantes que desejam parar de fumar (anexo 7).

2. **Intervenções Educativas:**

A intervenção educativa buscou esclarecer, informar, envolver e conscientizar todos os funcionários, pacientes, visitantes e fornecedores do HSC sobre o tema “Tabagismo”, tendo realizado as seguintes atividades:

- Campanha de Lançamento do Programa (anexo 2);
- Comemorações das Datas de Controle do Tabagismo: 31 de Maio - Dia Mundial Sem Tabaco e 29 de Agosto - Dia Nacional de Combate ao Fumo (anexo 8);
- Realização de Palestras sobre Tabagismo;
- Divulgação do tabagismo através de mensagens rotativas nos murais, na tela do computador, no jornal de circulação interna, na revista SANA do HSC e no holerith dos trabalhadores;
- Abordagem oportuna do tema tabagismo nos treinamentos de integração e outros eventos culturais ou educativos realizados no HSC;
- Realização de Concursos de Desenhos e Frases sobre Tabagismo durante a Semana Interna de Prevenção de Acidentes - SIPAT;
- Distribuição de “bottons”, adesivos, folhetos e outros materiais educativos sobre controle do tabagismo;
- Apresentação de várias fitas de vídeo cassete sobre tabagismo em momentos oportunos.

3. Intervenções Físicas:

A intervenção na estrutura física criou as seguintes condições para a operacionalização do programa:

- Procura e delimitação de áreas para fumar;
- Criação de Fumódromos (anexo 9);
- Sinalização com adesivos e placas - Proibido Fumar (anexo 10);
- Remoção de cinzeiros de todos os setores do HSC;
- Mapeamento dos Fumódromos;
- Remoção de todo e qualquer material promocional de derivados de tabaco do interior e das proximidades do HSC.

4.4 População:

Segundo LAKATOS & MARCONI¹⁰⁷ (1992) e POLIT & HUNGLER¹⁷⁹ (1995), população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam, pelo menos, uma característica comum, sendo geralmente N o número total de elementos do universo ou população.

No momento da aplicação da pesquisa sobre a percepção dos funcionários sobre as intervenções aplicadas, que ocorreu em outubro de 2005, o HSC contava com aproximadamente 1.300 (hum mil e trezentos) trabalhadores, porém mais de 50% deles não faziam parte do quadro de funcionários no período em que foram implantadas e implementadas as intervenções nas três fases do PCT, que ocorreram no período de agosto de 2001 a março de 2002. Isto se deve, principalmente, ao fato de que, geralmente, no ambiente de trabalho hospitalar existe uma grande rotatividade de pessoal, com demissões e admissões ocorrendo mensalmente.

Dessa forma, da totalidade de funcionários existentes no momento de aplicação do questionário, o Departamento de Pessoal da área de Recursos Humanos do HSC apresentou uma lista de 519 funcionários que vivenciaram as intervenções aplicadas nas três fases acima comentadas, sendo que 21 desses funcionários foram excluídos pelo fato de se encontrarem afastados por motivo de licença médica, férias, ou óbito.

Observa-se, portanto, que a taxa de não participação nesse estudo foi de apenas 4,05%.

Sendo assim, nesta pesquisa, a população de estudo ($N = 498$) foi constituída pela totalidade dos funcionários do HSC que, de alguma forma, conheceram e participaram das intervenções organizacionais, educativas e físicas realizadas durante a implantação e implementação do programa de controle do tabagismo.

4.5 Aspectos Éticos

Os procedimentos do estudo foram desenvolvidos de modo a proteger a privacidade dos indivíduos, garantindo a participação anônima e voluntária. Como exigência para inclusão no estudo todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 11).

Todos os critérios definidos pela Comissão de Ética do Hospital Santa Cruz, assim como os da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa foram seguidos (anexo 12).

4.6 Etapas dos Procedimentos Metodológicos:

O procedimento inicial consistiu em realizar uma consulta bibliográfica referente a diversos programas de controle do tabagismo, principalmente em ambientes hospitalares, sendo feito da seguinte forma: estudo bibliográfico aprofundado, com base na literatura pertinente ao assunto “Tabagismo e Avaliação de Programas” (foram pesquisadas obras das áreas de Educação e Saúde, com ênfase em avaliação, até os estudos relativos à prevenção e à promoção da saúde no período de março de 2003 a dezembro de 2004).

Para realização desse estudo bibliográfico, foi utilizado o sistema de bibliotecas dos institutos e núcleos de pesquisa da USP (destaque para a CIR/FSP), bibliotecas do complexo da UNICAMP, da BIREME, e da Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ), percorrendo a literatura que forneceu o alicerce teórico fundamental para esta pesquisa.

Num segundo momento (de janeiro até julho de 2005), foi efetuada uma série de consultas em: Banco de dados do HSC; Internet; Acervos de órgãos específicos: Organização Mundial da Saúde, *Center for Disease Control*, Organização Panamericana da Saúde, *Swedish Nurses Against Tobacco*, *International Society of Nurses in Cancer Care*, *Finnish Nurses Against Tobacco*, *Tobacco Free Nurses*, *American Cancer Society*, Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde, entre outros pertinentes ao objeto de estudo.

Valendo-se dos dados obtidos em pesquisa anterior sobre o perfil do fumante no HSC obtiveram-se indicadores de resultado do programa de controle do tabagismo, pois a referida pesquisa foi realizada em dois momentos, antes e depois

da aplicação das intervenções realizadas no PCT do HSC, levantando a prevalência desses fumantes em ambos os momentos.

Na pesquisa sobre o perfil do fumante do HSC foi utilizada e adaptada uma parte do questionário de referência do PNCT do INCA sobre tabagismo (anexo 13), permitindo comparabilidade, pois geralmente o modelo fornecido pelo INCA é utilizado por diferentes unidades de saúde e ambientes de trabalho em vários locais do Brasil.

A pesquisa sobre perfil do fumante do HSC foi realizada, inicialmente, no período de novembro de 2001 a janeiro de 2002 e, posteriormente, foi reaplicada no período de agosto a setembro de 2004.

Na sequência, procedeu-se à avaliação das intervenções realizadas, aplicando o questionário (anexo 14), fazendo o posterior tratamento estatístico e a análise dos dados colhidos.

Outro parâmetro utilizado para verificar a eficácia das intervenções utilizadas no Programa de Controle do Tabagismo do HSC foi a avaliação dos indicadores de estrutura, de processo e resultado desse referido programa.

Com esse material, foi empreendida então uma análise de todas as informações, atingindo, nesse ponto, o objetivo geral, ou seja, avaliar os resultados das intervenções realizadas nas três fases do programa (anexos 15 à 17).

4.7 Instrumento:

O instrumento de uma pesquisa é um dos passos que indica *como* a pesquisa será realizada; é um documento formal em que os dados para os auto-relatos costumam ser coletados^{79,107,179}.

A presente pesquisa envolveu a construção de 02 instrumentos de coleta de dados, distintos para cada situação.

O primeiro instrumento constou de um questionário semi-estruturado e auto aplicado, para avaliar o perfil do fumante do Hospital Santa Cruz, sendo composto de 11 questões (sete delas para identificar a população estudada e quatro sobre o comportamento de fumar), tendo sido construído com base no modelo utilizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo do INCA.

O segundo instrumento de coleta de dados foi um questionário semi-estruturado e auto-aplicável para avaliar os resultados das estratégias aplicadas no programa de controle do tabagismo do Hospital Santa Cruz, que foi entregue e respondido durante o mês de outubro de 2005 conjuntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esse instrumento também foi construído com base em modelo também já utilizado em estudos do Ministério da Saúde, sendo, porém, composto por 19 questões contidas em 06 seções (**Seção A** – Identificação da população estudada; **Seção B** – Avaliação da 1ª fase do PCT do HSC - reflexão e discussão sobre tabagismo no HSC; **Seção C** – Avaliação da 2ª fase do PCT do HSC - grau de informação e esclarecimento aos trabalhadores do HSC; **Seção D** – Avaliação da 3ª e última fase do PCT do HSC – manutenção do ambiente interno livre da fumaça do cigarro; **Seção E** – Avaliação das ações educativas que despertaram maior

sensibilização e adesão ao PCT do HSC; **Seção F** – Avaliação dos meios de comunicação utilizados no PCT do HSC que mostraram melhores resultados. (anexo14).

A sistematização para elaboração dos questionários passou pelas seguintes etapas:

- Seleção de perguntas;
- Ordenação dessas perguntas numa sequência lógica;
- Formatação do questionário, visando facilitar a compreensão pelos

respondentes, e tabulação posterior.

Para dar mais credibilidade ao questionário utilizado para verificar a percepção dos funcionários em relação às intervenções aplicadas no PCT, foi realizado o Teste de Confiabilidade e Validação Empírica desse Instrumento.

4.8 Pré-Teste

Todo questionário a ser enviado deve passar por uma etapa de pré-teste, num universo reduzido, para que se possam corrigir eventuais erros de formulação^{120,179}, portanto, anteriormente à coleta de dados, foi realizado pré-teste com 50 funcionários de um Hospital do Interior de São Paulo.

A escolha dessa instituição relacionou-se ao fato de a mesma ter características semelhantes às do HSC, em relação às intervenções aplicadas no PCT. Para o pré-teste foram utilizados cerca de 10% do universo total a ser pesquisado no HSC.

Após a aplicação do pré-teste, foram realizados pequenos ajustes das questões à luz das informações obtidas nas respostas do referido pré-teste.

4.9.Variáveis de Estudo

Uma variável, como o nome indica, é algo que varia e, levando-se em conta a variedade e a complexidade das pessoas e de suas experiências, fica claro que quase todos os aspectos dos seres humanos e do ambiente podem ser considerados variáveis^{179,203}.

A variável dependente (variável de critério) é aquela em que o investigador tem interesse em compreender, explicar ou prever¹⁷⁹.

No presente estudo foram utilizadas diferentes variáveis categóricas consideradas como dependentes (variável teste), discriminadas a seguir:

1) Utilizadas para avaliar a 1ª fase do programa:

B -1 - Lembrança do Cartaz “Pare e Pense”

B- 2 - Reflexão sobre o Cartaz “Pare e Pense”

B- 3 - Alusão ao Tema Tabagismo

2) Utilizadas para avaliar a 2ª fase do Programa:

C1 - Lembrança do Cartaz “Fumar não combina com a qualidade de vida”

C2 - Participação em atividade antitabágica

C3 - Esclarecimento sobre tabagismo por meio de material educativo

C4 - Conhecimento sobre a Lei Federal nº 9294/96

3) Utilizadas para avaliar a 3ª fase do Programa:

D1 - Lembrança do cartaz “Pode respirar à vontade”

D2 - Recebimento do informativo sobre restrição ao fumo no HSC

D3 - Observação da sinalização antitabágica

4) Utilizadas para avaliar as ações educativas do Programa:

E1 - ações educativas de maior sensibilização

5) Utilizadas para avaliar os meios de comunicação do Programa:

F1 - meios de comunicação de melhor resultado

Essas variáveis dependentes foram caracterizadas em cada um dos grupos de variáveis independentes (sociodemográficas):

A1 – Idade,

A2 - Sexo,

A3 - Estado civil,

A4 - Escolaridade,

A5 - Profissão,

A6 – Cargo de Comando

A7 - Unidade de Trabalho.

4.10 Digitação dos dados:

Para a entrada dos dados a serem digitados, uma máscara de digitação foi construída por um especialista em programação. Posteriormente, os dados coletados foram digitados utilizando-se o programa Microsoft Access, devido à facilidade de transformação ou leitura pelos meios eletrônicos, através dos diversos programas estatísticos. A digitação de todos os questionários foi realizada duplamente por digitadores diferentes, que anteriormente receberam um treinamento básico para tal finalidade.

4.11 Tratamento estatístico dos dados:

Inicialmente, foram calculadas frequências simples entre os grupos, visando identificar os erros de digitação, assim como a presença de categorias com observações ausentes ou em pequeno número.

Por meio de análise descritiva foram levantadas as principais características das variáveis-teste (variáveis consideradas dependentes que identificavam o comportamento e ações dos indivíduos pesquisados ao longo do período).

Também foram levantadas as características das variáveis de interesse (variáveis que identificavam os grupos, segundo características sociodemográficas).

Foram feitas comparações entre variáveis-teste e características sociodemográficas por meio dos testes não paramétricos para grupos independentes, tais como Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. Os testes não paramétricos constituem uma ferramenta para análise dos dados quando as suposições básicas do modelo não se verificam, tais como: os dados não apresentam distribuição normal e as variâncias não são iguais.

A comparação entre os grupos para cada variável dependente foi avaliada por meio do teste de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney, pois estes não dependem das suposições de normalidade dos dados e da homogeneidade das variâncias. Desse modo, permite comparar k grupos, isto é, verificar a existência ou não de diferença entre os dois ou mais grupos, empregando postos no lugar de mensurações. O processo desses testes consiste, primeiramente, em ordenar os valores observados²¹⁷. Em seguida, atribuir postos “rankear”, isto é, enumerar os valores observados (1,2,3, ...) desde o menor até o maior, tratando-os como uma única população.

Somam-se esses postos em cada grupo, obtendo-se os R_i . A partir desses dados, pode-se calcular o valor da estatística KW.

Neste estudo também foram utilizados os testes exatos, que são métodos alternativos para se calcularem os níveis de significância nos testes não-paramétricos, entre outros.

Os métodos Exato e Monte Carlo constituem meios para obter níveis de significância mais acurados quando os dados fogem às suposições básicas necessárias ao modelo¹⁵⁶. Nesses casos, os métodos assintóticos, normalmente empregados, não produziram resultados confiáveis (nível de significância incorreto)^{96,160}.

Consideraram-se como resultados estatisticamente significativos aqueles para os quais o valor de p foi igual ou menor que 0,05.

Outros testes realizados após a coleta dos dados foram os de confiabilidade e validade do instrumento.

Realizou-se o teste de confiabilidade com o coeficiente alfa de Cronbach que mede a consistência interna dos dados. Essa estatística constitui o limite mínimo para os outros testes de confiabilidade, podendo ser considerada como a correlação entre os itens (variáveis) selecionados³⁹.

Segundo LITWIN¹¹⁵, o teste de confiabilidade é imperativo e mede o desempenho de um instrumento em uma dada população de estudo, evitando o agrupamento de questões aparentemente importantes. Desse modo, a validade e a confiabilidade são requisitos essenciais para uma medição.

Os valores do alfa de Cronbach variam entre 0 e 1, assumindo que as correlações entre os itens são positivas.

Além de analisar o coeficiente, é preciso observar as informações sobre cada termo que compõe o coeficiente de alfa Cronbach, conforme os dados da tabela: Escala média, variância da escala, correlação corrigida, correlação múltipla ao quadrado e coeficiente alfa, se o item é eliminado.

ITENS	ESTATÍSTICAS				ALFA
	ESCALA MÉDIA Se item Eliminado	VARIÂNCIA da ESCALA Se item eliminado	CORRRELAÇÃO CORRIGIDA	CORRELAÇÃO MÚLTIPLA AO QUADRADO	Se item eliminado
B1	20,4408	56,8086	,4375	,3790	,7345
B2	20,5418	59,3555	,4752	,3953	,7422
B3	19,7276	44,9829	,4328	,3661	,7169
C1	20,1551	52,0253	,3736	,2877	,7366
C2	20,8334	63,8874	,3470	,6203	,7709
C3	20,7925	62,0923	,3331	,6440	,7639
C4	20,2201	54,8505	,2787	,1922	,7642
D1	20,7919	65,8496	,1069	,1009	,7911
D2	20,8569	65,6293	,1872	,8815	,7846
D3	20,9050	67,6480	,2560	,8795	,7932
E1	18,0764	54,5110	,2148	,1253	,7889
F1	17,6993	63,8012	,0255	,0838	,7223
Coeficiente de confiabilidade: 12 itens			Alfa = 0,790	Alfa padronizado = 0,817	

A validade do instrumento foi estudada por meio da análise fatorial, compreendendo diversas etapas:

1- Adequação dos dados à análise fatorial:

A medida total de adequação dos dados à análise fatorial foi a validade pelo teste de Kaiser-Meyer-Oblin ($KMO = 0,734$) e teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$), cujos resultados confirmam a adequabilidade dos dados.

A medida de adequação de cada variável à análise fatorial foi também mensurada, observando-se valores maiores que 0,50 na matriz anti-imagem.

Neste estudo, encontraram-se 29 resíduos maiores que 0,05 (43,0%).

2- Matriz de Correlação:

A matriz de correlação de variáveis deve conter duas ou mais correlações com valores de 0,300 ou mais.

MATRIZ DE CORRELAÇÃO												
	B-1	B-2	B-3	C-1	C-2	C-3	C-4	D-1	D-2	D-3	AÇÕES EDUCATIVAS	RESULTADOS POR MEIOS DE COMUNICAÇÃO
B-1	1,000	,528	,415	,436	,039	,047	,132	,005	,030	,033	,143	-,013
B-2	,528	1,000	,517	,284	,064	,076	,186	,020	,049	,054	,152	-,007
B-3	,415	,517	1,000	,390	,139	,096	,224	-,024	-,007	-,006	,153	-,026
C-1	,436	,284	,390	1,000	,008	,014	,211	,168	,008	,010	,107	-,074
C-2	,039	,064	,139	,008	1,000	,756	,277	,001	,115	,123	,228	,168
C-3	,047	,076	,096	,014	,756	1,000	,202	,018	,347	,332	,269	,183
C-4	,132	,186	,224	,211	,277	,202	1,000	,233	,011	,013	,014	,008
D-1	,005	,020	-,024	,168	,001	,018	,233	1,000	,086	,092	,007	-,023
D-2	,030	,049	-,007	,008	,115	,347	,011	,086	1,000	,937	,179	,217
D-3	,033	,054	-,006	,010	,123	,332	,013	,092	,937	1,000	,190	,228
AÇÕES EDUCATIVAS	,143	,152	,153	,107	,228	,269	,014	,007	,179	,190	1,000	,004
RESULTADOS POR MEIOS DE COMUNICAÇÃO	-,013	-,007	-,026	-,074	,168	,183	,008	-,023	,217	,228	,004	1,000

3- Variância Total Explicada:

Variância Total Explicada

COMPONENTES	Autovalores iniciais		
	Total	% of Variância	%Acumulada
1	2,785	23,210	23,210
2	2,257	18,810	42,020
3	1,473	12,276	54,296
4	1,205	10,043	64,339
5	,972	8,100	72,439
6	,785	6,545	78,983
7	,686	5,717	84,700
8	,628	5,235	89,935
9	,556	4,632	94,567
10	,380	3,170	97,737
11	,210	1,747	99,484
12	,062	,516	100,000

Variância Acumulada %: esta coluna contém a porcentagem acumulada da variância dos componentes principais precedentes e os atuais. Por exemplo, a quarta linha mostra um valor de 64,339, o que significa que os quatro componentes juntos são responsáveis por 64,3% da variância total do instrumento.

4- Matriz dos Componentes Principais (Fatores):

Foram feitas várias simulações para determinar o número de fatores a serem selecionados. Assim, extraíram-se 4 fatores, descritos na tabela a seguir:

MATRIZ DOS COMPONENTES ROTACIONADA				
	COMPONENTES			
	1	2	3	4
B1	,796	,028	-,016	-,007
B2	,784	,031	,055	-,015
B3	,761	-,078	,148	,019
C1	-,084	-,012	,636	,342
C2	,022	,007	,923	,099
C3	,025	,268	,862	,073
C4	,205	-,123	,234	,660
D1	-,036	,827	-,116	,121
D2	,031	,959	,096	,062
D3	,034	,960	,095	,064
E1	,277	,218	-,162	,354
F1	-,085	,156	,249	,327

Método de Extração: Análise por componentes principais
Método de Rotação: Varimax

Essa tabela mostra as cargas dos componentes que são as correlações entre a variável original e cada componente. Os valores variam de -1 a $+1$, pois se trata de correlações. As colunas representam os componentes (fatores) que foram extraídos pela análise fatorial.

Considerando os resultados do teste de confiabilidade e da validação empírica do instrumento, observou-se:

o valor do alfa foi maior que 0,75, estando de acordo com os valores, considerados aceitáveis pela literatura;

o valor do alfa para cada item mostra que não é necessário eliminar nenhuma variável, uma vez que não melhora o desempenho do coeficiente;

o valor obtido está em patamar semelhante ao dos instrumentos considerados aceitáveis, além de superar os valores mínimos.

Quanto à análise fatorial, a matriz de correlação gerou 19 valores com correlação maior do que 300¹⁶⁰. As correlações significativas correspondem a 84 das 144 ($p < 0,05$). Identificaram-se quatro fatores que agregam as 12 variáveis do instrumento e são responsáveis por 64,0% da variância total do mesmo.

Para realização da análise dos dados foram utilizados os seguintes Softwares: SPSS[®] (SPSS for Windows, Release 10,0) e os programas Microsoft Access e Microsoft Excel.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir, descrevem-se os resultados obtidos na coleta de dados dos questionários respondidos, culminando com a apresentação dos indicadores de estrutura/processo/resultado, analisados em comparação com outros achados já publicados sobre o assunto.

5.1. Dados Referentes à População Pesquisada

As características sociodemográficas da população em estudo estão descritas na tabela 1, mostrando que a idade variou de 20 a 72 anos, sendo as faixas etárias divididas em grupos de 10 anos, variando de menores de 19 anos até 70 anos e mais.

Nos grupos extremos de limite inferior a 19 anos e superior a 70 anos, praticamente não houve participantes, sendo identificado apenas 1 funcionário na faixa de 70 anos e mais e nenhum inferior a 19 anos.

Nota-se uma concentração predominante no grupo etário de 30 a 49 anos que, somados, atingem 70,7% dos participantes.

Em relação ao sexo, observa-se que a maioria é do sexo feminino correspondendo a 66,7% da população estudada.

Quando analisamos o estado civil, verificamos que mais da metade (56,6%) encontra-se no grupo de casados, sendo este seguido dos solteiros (31,9%), e dos separados/divorciados com 8,6%; em último lugar aparece o grupo dos viúvos, com apenas 2,8%.

No que se refere à escolaridade, o nível médio aparece em primeiro lugar com o maior número de participantes, correspondendo a 52,2% da população estudada e o nível universitário encontra-se em segundo lugar, com 34,7% dos participantes.

Quando avaliamos os cargos de comando (gerência/coordenação/chefia), observa-se, conforme esperado, que a grande maioria (89,8%) não ocupa essa posição.

Os 41 setores pesquisados no HSC foram subdivididos em três grandes áreas de atuação (Administrativa, Apoio e Técnica), sendo a maioria dos participantes (73,3%) pertencentes à área técnica, aparecendo, em segundo lugar, a área de apoio (17,7%), e, em terceiro e último lugar, a área administrativa (9%).

Em relação às profissões envolvidas, observa-se um destaque na presença quantitativa de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, com 27,3% dos pesquisados, que somados com profissionais técnicos e administrativos de nível médio, constituem a maioria atingindo 47,4%. Na seqüência aparecem os profissionais de nível universitários 27%, sendo que os enfermeiros e os médicos apresentam proporções quase semelhantes de 11,0% e 10,2%, respectivamente. Os outros profissionais de nível elementar somam 20,1%.

Tabela 1- DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO DE ESTUDO, SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS

VARIÁVEIS/CATEGORIAS	N	%
Idade		
20 a 29anos	89	17,9
30 a 39anos	209	42,0
40 a 49anos	143	28,7
50 a 59anos	50	10,0
60 a 69anos	6	1,2
70 e mais	1	0,2
TOTAL	498	100,0
Sexo		
Masc	166	33,3
Fem	332	66,7
TOTAL	498	100,0
Estado Civil		
Solteiro	159	31,9
Casado	282	56,6
Separado/Divorciado	43	8,6
Viúvo	14	2,8
TOTAL	498	100,0
Escolaridade		
Nível Universitário (3º grau completo)	173	34,7
Nível Médio (2º grau completo)	260	52,2
Nível elementar (1º grau completo ou incompleto)	65	13,1
TOTAL	498	100,0
Função de Comando		
Sim	51	10,2
Não	447	89,8
TOTAL	498	100,0
Área de Atuação		
Administrativa	45	9,0
Apoio	88	17,7
Técnica	365	73,3
TOTAL	498	100,0
Profissão		
Enfermeiro	55	11,0
Médico	51	10,2
Outro Profissional Técnico de Nível Universitário	29	5,8
Outro Profissional Administrativo de Nível Universitário	27	5,4
Técnico ou Auxiliar de Enfermagem	136	27,3
Outro Profissional Técnico de Nível Médio	26	5,2
Outro Profissional Administrativo de Nível Médio	74	14,9
Outro Profissional de Nível Elementar	100	20,1
TOTAL	498	100,0

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

5.2. Avaliação da Estrutura/Processo/Resultado do PCT do HSC

Ao se fazer a avaliação de estrutura/processo/resultado do Programa de Controle do Tabagismo (PCT) do Hospital Santa Cruz (HSC), levou-se em consideração a existência de inúmeros indicadores, desenvolvidos para diferentes serviços de saúde e para diferentes setores nesses locais que nem sempre atendem às necessidades específicas de uma determinada realidade. Sendo assim, os indicadores foram selecionados de acordo com o contexto considerado no referido programa.

5.2.1 – Indicadores de Estrutura.

Tradicionalmente, quando se pensa em avaliar, considera-se, principalmente, a estrutura do objeto a ser analisado por ser mais fácil de ser caracterizado, medido e avaliado¹²¹.

Conforme relatado por DONABEDIAN (1980)⁶³, estrutura refere-se à planta física, recursos humanos e materiais disponíveis e características organizacionais da instituição.

Nessa fase, procura-se saber em que medida esses recursos são empregados com a finalidade de atingir os objetivos esperados⁵⁰.

Em uma simples avaliação da capacidade instalada, observamos, através da tabela 06, que o PCT do HSC possui 03 salas para atendimento aos dependentes de nicotina e para realização de atividades educativas para os fumantes e não fumantes, sendo uma delas utilizada para consulta clínica (médica ou de enfermagem), a outra, para atendimentos diversos (administrativos) e uma terceira, para atividades em grupo (tratamento e realização de palestras).

Essas salas são equipadas com vários materiais permanentes, de consumo e equipamentos que dão suporte técnico/administrativo para a realização das ações e atividades de controle do tabagismo junto à clientela atendida no referido hospital.

Observamos, também, pela tabela 2, a existência de recursos humanos em número e qualificação necessário para o atendimento adequado ao desenvolvimento do programa, sendo o coordenador do programa um enfermeiro sanitarista e do trabalho, mestre em saúde pública e treinado nos moldes preconizados pelo INCA/MS, assim como uma equipe multiprofissional composta por 11 membros, sendo a quase totalidade também já treinada da mesma forma.

Tabela 2 – Indicadores de Estrutura do PCT do HSC, São Paulo, 2005.

Recursos	Item	Quantidade	Valor Unitário– R\$
Materiais/ Equipamentos	Computador Celeron - 2.6	01	2.000
	Computador Celeron - 1.8	01	1.200
	Computador Celeron – 633	01	800,00
	Estabilizador	03	30,00
	Mesa de computador	03	300,00
	Aparelho fax/secretrária eletrônica	01	580,00
	Aparelho telefônico	03	158,00
	Balcão de Escritório	01	230,00
	Balcão de consultório Médico	01	950,00
	Balança antopométrica	01	200,00
	Arquivo de aço	08	300,00
	Impressora Lexmart – Laser	01	1.100,00
	Mesa com 3 gavetas	03	170,00
	Mesa com 2 gavetas	01	150,00
	Cadeira tipo universitária	20	210,00
	Cadeira de rodinha	05	120,00
	Cadeira comum	06	80,00
	Porta revista	02	20,00
	Porta Água	01	90,00
	Ventilador	01	25,00
	Balcão de material educativo	02	150,00
	Armário 06 portas	03	200,00
	Armário (prateleira sem porta)	02	150,00
	Datashow	01	4.000,00
	Notebook	01	3.000,00
Consumo	Técnico	Variado	252,00
	Administrativo	Variado	219,00
	Geral	Variado	340,00
Área física	Número de salas para o programa	03	950,00
RH	Coordenador 20 horas	01	2.000,00
	Equipe Técnica	14	4.000,00
	Agente administrativo 40 horas	01	800,00
Qualificação	Coordenador treinado pelo INCA	01	Sem custo
	Técnicos com graduação na área da saúde treinados pelo INCA	10	Sem custo

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

5.2.2 – Indicadores de Processo.

A avaliação de processo pode ser vista como um conjunto de atividades desenvolvidas nas relações de produção em geral e, no caso de serviço de saúde, entre profissionais e pacientes.

Um indicador de processo está direcionado para a tomada de decisão referente à otimização e/ou utilização racional da dinâmica implementada.

O Programa de Controle do Tabagismo do Hospital Santa Cruz selecionou alguns indicadores de processo para avaliar os processos administrativos e as diretrizes clínicas utilizados no seu desenvolvimento, apontados na tabela 3.

Ao fazer um balanço das ações programadas, objetivando uma avaliação de processo, observamos que, das onze metas propostas, nove delas foram alcançadas, sendo que, inclusive, quatro foram superadas, conforme demonstra a tabela 3.

As únicas metas não alcançadas foram as relacionadas ao treinamento do pessoal (atingindo 76% no treinamento de abordagem ao fumante aos recepcionistas e seguranças, e 83% no treinamento aos membros da comissão executiva) e a relacionada ao recebimento de material educativo (atingindo 98 %).

Quanto ao treinamento do pessoal, não houve uma participação total devido ao fato de alguns dos funcionários programados para essa atividade encontrarem-se afastados de suas funções no período em que foi realizado o treinamento.

Em relação à entrega de material, o motivo é ignorado.

Tabela 3- Indicadores de Processo do PCT do HSC, São Paulo, 2005.

	Indicador	% alcançado
A.	$\frac{\text{Nº. Unidades capacitadas (10)}}{\text{Nº. Unidades programadas (10)}} \times 100 =$	100 %
B.	$\frac{\text{Nº. Técnicos capacitados (12)}}{\text{Nº. Técnicos programados (12)}} \times 100 =$	100 %
C.	$\frac{\text{Nº. funcionários treinados em abordagem ao fumante (42)}}{\text{Nº. total de funcionários da segurança e recepção (55)}} \times 100 =$	76 %
D.	$\frac{\text{Nº. de ações pontuais realizadas nas datas comemorativas N.º.HSC (25)}}{\text{Nº. de ações pontuais programadas (20)}} \times 100 =$	125 %
E.	$\frac{\text{Nº. de materiais educativos reproduzidos pela empresa (5.000)}}{\text{Nº. de materiais educativos programados para reprodução (5.000)}} \times 100 =$	100 %
F.	$\frac{\text{Nº. de funcionários que recebera material informativo e didático sobre o PCT (1.285)}}{\text{Nº. de funcionários do HSC (1.305)}} \times 100 =$	98 %
G.	$\frac{\text{Nº. de Supervisões realizadas (15)}}{\text{Nº. de Supervisões programadas (12)}} \times 100 =$	125 %
H.	$\frac{\text{Nº. de Inserções na mídia local (25)}}{\text{Nº. de inserções programadas (12)}} \times 100 =$	208 %
I.	$\frac{\text{Nº. de palestras realizadas (9)}}{\text{Nº. de palestras programadas (6)}} \times 100 =$	150 %
J.	$\frac{\text{Nº. de assessorias técnicas realizadas para as Unidades do HSC (12)}}{\text{Nº. de assessorias programadas (12)}} \times 100 =$	100 %
K.	$\frac{\text{Nº. de componentes da comissão executiva do PCT treinados (10)}}{\text{Nº. de componentes (12)}} \times 100 =$	83 %

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

5.2.2.1. Aspectos qualitativos de avaliação do processo

Nessa fase, é apresentada e discutida a opinião da população pesquisada referente às fases e intervenções aplicadas ao Programa de Controle do Tabagismo do Hospital Santa Cruz.

A – Relativas à 1ª fase do Programa:

A análise da distribuição dos indivíduos pesquisados em relação à lembrança do Cartaz “Pare e Pense”, utilizado na 1ª fase do PCT do HSC, mostra que 74,3% deles afirmam se lembrar do cartaz, 22,5% referem que não viram e 3,2% dizem não se lembrar se viram ou não o cartaz.

Fig. 1 – Distribuição dos pesquisados em relação à lembrança do Cartaz “Pare e Pense”, HSC, SP, 2005.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

Quando observamos a distribuição dos indivíduos pesquisados quanto à reflexão sobre o cartaz “Pare e Pense”, verifica-se que 73,5% deles referem que o cartaz despertou a reflexão sobre o assunto tabagismo, 25,1% afirmam que a pergunta não se aplica por não terem visto o cartaz, e 1,4% dizem não se lembrar se o cartaz despertou ou não a reflexão sobre o assunto tabagismo.

Fig 2- Distribuição dos pesquisados quanto à reflexão sobre o cartaz “Pare e Pense”; HSC, SP, 2005.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

Quando observamos a distribuição dos pesquisados quanto à alusão ao tema tabagismo, observamos, conforme fig. 3, que 76,1% deles afirmam ter discutido o tema tabagismo nessa fase contra 10,4% que dizem não ter feito alusão ao tema e 13,5% que referem não se lembrar se fizeram ou não alusão ao assunto.

Fig 3- Distribuição dos pesquisados quanto à alusão ao tema tabagismo na 1ª fase do Programa, HSC, SP, 2005.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

Os testes de Kruskal Wallis apontam, conforme apresentado em tabela 4, que para as variáveis B1 (lembrança do cartaz pare e pense), B2 (reflexão sobre o cartaz pare e pense), e B3 (alusão ao tema tabagismo) da 1ª fase do PCT do HSC existem diferenças significativas entre as seguintes variáveis sociodemográficas: grupo etário, escolaridade, profissão e unidade de trabalho ($p \leq 0,05$).

No caso de cargo de comando, as diferenças significativas estão relacionadas às variáveis B1 e B2 (lembrança e reflexão do referido cartaz).

Tabela 4 - Média dos Postos segundo variáveis sociodemográficas, 1ª fase do Programa de Controle do Tabagismo no HSC - São Paulo - 2005

Variáveis Sociodemográficas	B-1	B-2	B-3
Sexo*			
Masculino	247,63	245,61	246,50
Feminino	250,43	251,44	251,00
P	0,788	0,578	0,659
p - Monte Carlo	0,788	0,584	0,663
Grupos Etários**			
1	261,36	261,34	260,85
2	244,69	245,21	240,16
3	242,91	240,12	236,93
4	265,18	263,38	278,29
5	265,63	217,25	307,67
P	0,023	0,000	0,000
p - Monte Carlo	0,019	0,000	0,000
Estado Civil**			
Solteiro	253,90	254,64	253,57
Casado	243,27	243,17	243,37
Separado/Divorciado	272,55	270,67	266,22
Viúvo	254,36	253,64	275,46
P	0,376	0,410	0,389
p - Monte Carlo	0,381	0,419	0,394
Escolaridade**			
1	238,15	236,39	238,20
2	250,56	249,91	246,68
3	275,47	282,72	290,85
P	0,063	0,015	0,003
p - Monte Carlo	0,000	0,000	0,000
Profissão**			
1	236,87	235,02	238,44
2	251,05	250,71	248,29
3	266,31	270,09	270,27
P	0,000	0,000	0,000
p - Monte Carlo	0,000	0,000	0,000
Cargo de Comando*			
1	218,58	217,20	225,41
2	253,03	253,19	252,25
P	0,033	0,027	0,091
p - Monte Carlo	0,035	0,032	0,091
Unidades de Trabalho**			
1	248,04	247,14	248,76
2	240,48	238,01	238,39
3	260,17	265,15	258,24
P	0,005	0,001	0,008
p - Monte Carlo	0,005	0,001	0,008
Teste de Kruskal Wallis **	B1 (lembrança do cartaz “pare e pense”)		
Teste de Mann Whitney*	B2 (reflexão sobre o cartaz “pare e pense”)		
	B3 (alusão ao tema tabagismo)		

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

B – Relativas à 2ª fase do Programa:

Com a análise da distribuição dos indivíduos pesquisados que referiram se lembrar do Cartaz “Fumar não combina com a qualidade de vida”, utilizado na 2ª fase do Programa de Controle do Tabagismo do Hospital Santa Cruz, observamos, pela fig. 04, que 78,7% referem lembrar-se do cartaz, 13,1% afirmam não ter visto e 8,2% informam não se lembrar se viram ou não o cartaz.

Fig 4. Distribuição dos pesquisados quanto à lembrança do Cartaz “Fumar não combina com a qualidade de vida”, HSC, SP. 2005.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

Ao observar a fig 05, relativa à distribuição dos indivíduos pesquisados que relatam ter participado de alguma atividade antitabágica desenvolvida na 2ª fase do PCT do HSC, notamos que 96,4% referem ter participado de alguma dessas atividades, 2,8% referem não ter participado e 0,8% informam não se lembrar de ter ou não participado.

Fig 5- Distribuição dos pesquisados que relataram ter participado de alguma atividade antitabágica desenvolvida no HSC, SP, 2005.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

Ao analisar se o material educativo utilizado no programa esclareceu sobre o assunto, a fig 6 demonstra que a grande maioria (98%) refere que sim, apenas 0,6% afirma que não e 1,4% disse não se lembrar se o material esclareceu ou não.

Fig 6- Distribuição dos pesquisados em relação ao esclarecimento sobre tabagismo por meio do material educativo recebido no Programa, HSC, SP, 2005.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

No que se refere ao conhecimento dos participantes da pesquisa em relação à Lei Federal nº 9.294/96 que dispõe sobre a restrição do consumo do cigarro

em ambientes fechados, verifica-se, com a fig. 7, que 83,7% referem conhecer, 8,6% não conheciam e 7,6% não lembravam se conheciam ou não a Lei.

Fig. 7 Distribuição dos pesquisados em relação ao conhecimento da Lei Federal 9.294/96, HSC, SP, 2005.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

Ao aplicar os testes não paramétricos utilizados neste estudo, observou-se, através da tabela 5, que as variáveis C1 (lembança do cartaz – fumar não combina com a qualidade de vida), C2 (participação em atividade antitabágica), C3 (esclarecimento sobre tabagismo por meio de material educativo) e C4 (conhecimento sobre a lei federal nº 9.294/96) diferenciam-se de modo significativo quanto ao estado civil e à escolaridade. As variáveis C3 e C4 apresentam diferenças significativas entre os grupos profissionais. As variáveis C2 e C3 diferenciam-se significativamente entre as unidades de trabalho ($p \leq 0,05$).

Tabela 5 - Média dos Postos segundo variáveis sociodemográficas, 2ª fase do Programa de Controle do Tabagismo no HSC - São Paulo - 2005

Variáveis Sociodemográficas	C-1	C-2	C-3	C-4
Sexo*				
Masculino	248,51	249,43	250,43	247,51
Feminino	250,00	248,79	249,03	250,40
P	0,191	0,222	0,814	0,082
p - Monte Carlo	0,194	0,190	0,708	0,081
Grupos Etários**				
1	260,78	251,60	250,01	245,37
2	246,40	248,85	251,64	254,50
3	237,07	247,41	244,50	244,58
4	274,92	250,55	254,52	260,67
5	272,67	240,50	244,50	209,00
P	0,150	0,946	0,300	0,481
p - Monte Carlo	0,147	0,936	0,285	0,473
Estado Civil**				
Solteiro	255,24	248,32	250,74	246,52
Casado	243,64	248,41	248,64	245,02
Separado/Divorciado	256,19	258,13	256,15	274,43
Viúvo	281,89	240,58	244,50	296,93
P	0,005	0,006	0,015	0,000
p - Monte Carlo	0,007	0,011	0,018	0,000
Escolaridade**				
1	241,12	244,78	248,79	240,12
2	249,93	249,12	247,37	250,62
3	270,07	259,76	259,92	269,98
p	0,000	0,000	0,000	0,000
p - Monte Carlo	0,000	0,000	0,000	0,000
Profissão**				
1	242,41	245,07	249,08	234,39
2	247,40	247,88	245,56	252,90
3	265,95	258,05	259,48	265,95
p	0,180	0,068	0,004	0,020
p - Monte Carlo	0,185	0,069	0,002	0,019
Cargo de Comando*				
1	219,94	240,50	244,50	223,92
2	252,87	249,97	250,07	252,49
p	0,030	0,156	0,281	0,033
p - Monte Carlo	0,025	0,247	0,395	0,032
Unidades de Trabalho**				
1	252,15	244,57	246,52	248,88
2	225,42	256,97	244,50	241,47
3	250,84	263,24	264,43	256,19
p	0,255	0,001	0,000	0,664
p - Monte Carlo	0,259	0,001	0,001	0,664

Teste de Kruskal Wallis ** C1 (lembança do cartaz "Fumar não combina com a qualidade de vida)

Teste de Mann Whitney* C2 (participação em atividade antitabágica)

C3 (esclarecimento sobre tabagismo por meio de material educativo)

C4 (conhecimento da lei federal nº 9294/96)

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

C – Relativas à 3ª fase do Programa:

Ao analisar os dados referentes à lembrança do cartaz “Pode respirar à vontade”, utilizados na 3ª fase do programa, é mostrado pela fig. 08 que 95,8% dos pesquisados referem ter visto o cartaz, 3,2% afirmam não ter visto, e 1,0% não lembra de ter visto ou não o cartaz.

Fig 8- Distribuição dos pesquisados segundo lembrança do cartaz “Pode Respirar à Vontade”, HSC, SP, 2005

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

Avaliando a distribuição dos indivíduos pesquisados segundo o recebimento do folheto informativo, a fig 9 aponta que quase a totalidade dos pesquisados (99,0%) afirmam ter recebido o folheto, sendo que apenas 0,4% relata não ter recebido e 0,6% não se lembra de ter recebido ou não o folheto.

Fig. 9- Distribuição dos pesquisados segundo o recebimento do folheto informativo sobre a Portaria Interna de Restrição do Cigarro, HSC, SP, 2005.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

Analisando a observação da sinalização anti-tabágica nas dependências do HSC, verificamos, pela fig. 10, que 99,0% referem ter notado a sinalização, 0,8% não viu e 0,2% refere não se lembrar se notou ou não a sinalização.

Fig10- Distribuição dos pesquisados segundo observação da sinalização antitabágica, HSC, SP, 2005.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

Considerando as variáveis D1(lembrança do cartaz pode respirar a vontade) e D3 (observações da sinalização antitabágica), observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) entre os sexos. As variáveis D1 e D2 (recebimento do informativo sobre restrição ao fumo no HSC) diferenciam-se de modo significativo quanto aos grupos etários. As variáveis D1 e D3 mostram diferenças estatisticamente significantes quanto ao estado civil e à escolaridade, de modo respectivo, conforme mostra a tabela 6.

Os grupos profissionais diferenciam-se em relação às variáveis D2 e D3.

Tabela 6 - Média dos Postos segundo variáveis sociodemográficas, 3ª fase do Programa de Controle do Tabagismo no HSC - São Paulo – 2005

Variáveis Sociodemográficas	D-1	D-2	D-3
Sexo*			
Masculino	255,46	251,50	252,00
Feminino	246,52	248,50	248,22
p	0,000	0,142	0,027
p - Monte Carlo	0,000	0,142	0,035
Grupos Etários**			
1	247,33	249,75	250,27
2	247,31	250,58	249,88
3	251,21	247,00	247,50
4	258,93	252,00	252,48
5	239,00	247,00	247,50
P	0,021	0,036	0,054
p - Monte Carlo	0,019	0,041	0,048
Estado Civil**			
Solteiro	249,98	250,13	250,63
Casado	247,82	249,65	249,27
Separado/Divorciado	250,47	247,00	247,50
Viúvo	274,96	247,00	247,50
p	0,000	0,477	0,535
p- Monte Carlo	0,000	0,446	0,502
Escolaridade**			
1	250,52	249,89	250,38
2	248,60	248,90	248,46
3	250,38	250,85	251,33
p	0,581	0,087	0,009
p - Monte Carlo	0,576	0,074	0,010
Profissão**			
1	251,30	250,09	250,57
2	247,44	248,05	247,50
3	251,43	251,99	252,48
p	0,181	0,031	0,001
p - Monte Carlo	0,179	0,023	0,002
Cargo de Comando*			
1	243,83	247,00	247,50
2	250,18	249,79	249,73
P	0,394	0,448	0,498
p - Monte Carlo	0,441	0,664	0,999
Unidades de Trabalho**			
1	250,60	249,73	249,55
2	244,48	247,00	247,50
3	247,52	249,84	250,33
P	0,683	0,778	0,784
p - Monte Carlo	0,738	0,898	0,999

Teste de Kruskal Wallis **

D1 (lembrança do cartaz “pode respirar a vontade”)

Teste de Mann Whitney*

D2 (recebimento do informativo sobre restrição ao fumo no HSC)

D3 (observação da sinalização antitabágica)

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

D – Relativas às ações educativas e meios de comunicação utilizados no PCT do HSC

Pode-se definir a ação educativa em saúde como qualquer estratégia para a apreensão de experiências, realizadas para facilitar a adoção voluntária de comportamentos que direcionem à saúde⁸⁴, constituindo-se, em suas diversas formas, no núcleo da maior parte dos esforços em Saúde Pública e Promoção da Saúde¹⁹².

No que se refere à opinião dos indivíduos quanto a melhores ações educativas, a fig. 11 mostra que as campanhas realizadas no Dia Mundial sem Tabaco (31 de Maio) e Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de Agosto) aparecem em 1º lugar com 40,8%, seguidas pelas palestras sobre controle do tabagismo, com 30,9%, sendo que as demais opções aparecem em proporções menores.

Fig. 11- Opinião dos pesquisados referente às melhores ações educativas utilizadas no Programa, HSC, SP, 2005.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

Quanto à opinião referente aos melhores meios de comunicação utilizados no programa, a fig 12 demonstra que a distribuição de material educativo aparece em 1º lugar com 35,5%, sendo seguida pelas mensagens no holerith (19,3%) e mensagens no quadro de avisos (18,1%).

Fig 12- Opinião dos pesquisados referente aos meios de comunicação que apresentaram melhores resultados no Programa, HSC, SP, 2005.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

A tabela 7 mostra que as variáveis E1 (ações educativas de maior sensibilização) e F1 (meios de comunicação de melhor resultado) diferenciam-se de modo estatisticamente significativo ($p \leq 0,05$) quanto ao sexo, grupos etários, estado civil, à escolaridade, grupos etários e profissionais, e cargos de comando.

As ações educativas mostram-se diferentes quanto aos setores de trabalho do HSC.

Tabela 7 - Média dos Postos segundo variáveis sociodemográficas, para as ações educativas e meios de comunicação que apresentaram melhores resultados - HSC - São Paulo - 2005

Variáveis Sociodemográficas	Ações Educativas	Meios de Comunicação
	E-1	F-2
Sexo*		
Masculino	260,95	261,85
Feminino	243,77	243,32
P	0,027	0,003
p - Monte Carlo	0,029	0,004
Grupos Etários**		
1	246,55	222,23
2	249,78	244,83
3	240,78	264,58
4	277,07	274,58
5	261,83	252,50
P	0,012	0,000
p - Monte Carlo	0,014	0,000
Estado Civil**		
Solteiro	249,40	233,49
Casado	244,06	262,44
Separado/Divorciado	278,07	211,96
Viúvo	270,61	286,14
P	0,011	0,000
p - Monte Carlo	0,011	0,000
Escolaridade**		
1	233,78	269,06
2	267,42	241,28
3	219,68	230,32
P	0,006	0,000
p - Monte Carlo	0,007	0,000
Profissão**		
1	236,96	279,99
2	271,00	227,39
3	219,10	252,29
P	0,002	0,000
p - Monte Carlo	0,002	0,000
Cargo de Comando*		
1	213,88	295,94
2	253,56	244,20
P	0,047	0,010
p - Monte Carlo	0,043	0,008
Unidades de Trabalho**		
1	261,13	251,98
2	237,53	227,53
3	207,38	250,44
P	0,003	0,196
p - Monte Carlo	0,002	0,187
Teste de Kruskal Wallis **	E1 (ações educativas de maior sensibilização)	
Teste de Mann Whitney*	F1 (meios de comunicação de melhor resultado)	

Agrupamento das Ações		
1	=	1
2, 3, 4, 9	=	2
5	=	3

Agrupamento dos Meios de Comunicação		
2, 3	=	1
1, 4, 5, 9	=	2
6	=	3

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2005.

5.2.3 – Indicadores de Resultado.

Segundo DONABEDIAN⁶³ (1980), resultado significa o produto final da assistência, isto é, envolve, além da satisfação do paciente, o impacto do tratamento sobre o estado de saúde do paciente.

A avaliação do resultado ou impacto são as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que podem ser atribuídas a um cuidado prévio; é nessa fase que se verifica se os resultados observados correspondem aos objetivos que a intervenção se propôs a atingir^{50,61,63}: obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, sem erros, imperfeições ou nocividade; melhoria do meio ambiente ou trabalho, ou mudanças obtidas no estado dos pacientes do quadro sanitário, que podem ser atribuídas ao cuidado médico consumido ou tecnologia de saúde introduzida.

Um indicador de resultado está direcionado à tomada de decisão de prosseguimento ou não da intervenção realizada.

Para procedermos à avaliação de resultado foram utilizados dados da pesquisa sobre o perfil do fumante no HSC.

Os resultados sobre o Perfil do Fumante no HSC foram obtidos em dois momentos (antes da aplicação das intervenções¹⁵⁰ e dois anos e três meses após a aplicação das mesmas). Os dados obtidos com a realização das pesquisas possibilitaram medir a prevalência do uso do tabaco, as crenças e os conhecimentos sobre o tabagismo entre os funcionários do HSC, sendo apresentados, a seguir, os principais resultados relacionados à prevalência:

Fig. 13 - Prevalência Geral de Fumantes no HSC, São Paulo, 2001.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2001.

Fig. 14 - Prevalência Geral de Fumantes no HSC, São Paulo, 2004.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2004.

A prevalência constitui um dos principais indicadores de resultado na avaliação de programas ou locais de saúde¹⁶.

Dessa forma, o índice de prevalência foi eleito, neste estudo, como o principal indicador de resultado para verificar o impacto ou desfecho do desenvolvimento do Programa de Controle do Tabagismo do HSC.

Ao verificar o índice de prevalência do HSC nos dois momentos acima referidos, observou-se uma queda de 52,91 % pois a prevalência de 18,71% em 2002 caiu para 9,9% em 2004.

Comparando com a pesquisa denominada “Inquérito Domiciliar sobre comportamento de Risco e Morbidade Referida de doenças e Agravos Não Transmissíveis” que levantou a prevalência nacional do tabagismo em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, notamos que o Brasil também apresentou uma queda pois, ao compararmos os dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, realizada em 1989, com o Inquérito Nacional realizado entre 2002/2003, verificou-se, nesse último inquérito, que das 15 capitais pesquisadas, em 9 delas o percentual de fumantes ajustado pela idade foi reduzido de forma significativa (em São Paulo, de 33% para 20%; no Rio de Janeiro, de 30% para 18%; em Recife, de 29% para 18%; em Natal, de 26% para 16%; em Campo Grande, de 24% para 15%; no Distrito Federal, de 27% para 18%; em Porto Alegre, de 32% para 25%; em Belém, de 31% para 17%; e em Manaus, de 24% para 19%)²¹.

Conforme relatado por MARCOPITO e colaboradores¹²³ (2005), dois estudos transversais de base populacional sobre fatores de risco para doenças crônicas realizados na cidade de São Paulo em pessoas com idade entre 15 e 59 anos, sendo o primeiro em 1987 e o segundo em 2001-2, também demonstraram uma queda na prevalência do tabagismo, tanto no sexo masculino, que caiu de 41,8% para 25,4%, como no sexo feminino, que diminuiu de 30,4% para 19,9%.

Conforme mostra a Tabela 8, diferentes estudos sobre a prevalência do tabagismo, realizados entre 1995 a 2002, mostram que o número de fumantes com idade acima de 15 anos varia muito de acordo com a área geográfica^{197,258,261}.

Tabela 8 - Prevalência do Tabagismo em populações acima de 15 anos em diferentes países do mundo de 1995 a 2002.

País	Região	Período	Prevalência		
			Masc.	Fem.	Geral
Albânia	Européia	1999-2000	60%	18%	39,0%
Alemanha	Européia	2000	38,9%	30,6%	34,5%
Argentina	América Latina	1999	-	-	39,8%
Áustria	Européia	2000	-	-	29,0%
Brasil	América Latina	2002-2003	22,7%	16,0%	18,8%
Bulgária	Européia	1997	38,4%	16,7%	-
Canadá	América do Norte	2001	23,9%	19,6%	21,7%
Chile	América Latina	2001	44,1%	33,6%	40,0%
China	Asiática	1998	53,4%	4,0%	28,9%
Colômbia	América Latina	1999	26,8%	11,3%	18,9%
Costa Rica	América Central	2001	29%	9,7%	9,4%
Croácia	Européia	2000	34,1%	26,6%	30,3%
Cuba	América Central	1995	48%	26,3%	36,8%
Dinamarca	Européia	2000	32%	29,0%	30,0%
Espanha	Européia	2001	39,1%	24,6%	-
Estados Unidos da América	América do Norte	2000	25,7%	21,0%	23,3%
Finlândia	Européia	2000	27%	20,0%	23,0%
França	Européia	2000	33%	21,0%	27,0%
Guinea	Africana	1998	58,9%	47,3%	57,6%
Índia	Asiática	1999	29,4%	2,5%	-
Indonésia	Asiática	2001	69%	3,0%	33,8%
Itália	Européia	2002	31,1%	22,3%	-
Japão	Asiática	2000	47,4%	11,5%	-
Kênia	Africana	2000	66,8%	31,9%	54,6%
México	América Central	1998	51,2%	18,4%	32,0%
Nâmbia	Africana	1995	65%	35,0%	-
Peru	América Latina	1999	52,5%	17,8%	33,8%
Portugal	Européia	1995-1996	29,4%	6,4%	17,2%
Reino Unido	Européia	2001	28%	26,0%	-
Rússia	Européia	1998	63,7%	9,2%	-
Tailândia	Asiática	2001	39,3%	2,2%	20,6%
Uganda	Africana	1995	52%	17,0%	-
Uruguai	América Latina	1998	61,5%	39,4%	49,5%
Venezuela	América Latina	1996	37,4%	23,8%	30,6%
Zimbabwe	Africana	1995	46%	13,0%	-

Fontes: Rosemberg e col¹⁹⁷, WHO²⁵⁸

Fig. 15 - Prevalência de fumantes do HSC, segundo sexo, São Paulo, 2001

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2001.

Fig. 16 - Prevalência de fumantes do HSC, segundo sexo, São Paulo, 2004

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2004.

Globalmente, a prevalência do tabagismo é bem mais elevada no sexo masculino que no feminino, sendo que, em todo o mundo, 48% dos homens e 12% das mulheres são fumantes regulares^{197,247,258,261}.

O inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis realizado em 2002 e 2003 entre pessoas de 15 anos ou mais residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, apontou que os homens apresentaram prevalências mais elevadas do que as mulheres em todas as capitais estudadas²¹.

Fig. 17 - Prevalência do Tabagismo, segundo grau de escolaridade, HSC, São Paulo, 2001.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2001.

Fig. 18 - Prevalência do Tabagismo, segundo grau de escolaridade, HSC, São Paulo, 2004.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2004.

Em relação ao grau de escolaridade, observamos, de acordo com as figuras 17 e 18, que houve uma inversão no tipo de fumante segundo a instrução pois em 2001 a maioria dos fumantes pertencia à classe de nível universitário; já na pesquisa realizada em 2004, a maioria dos fumantes pertencia ao grupo que possuía apenas o ensino fundamental.

O último inquérito populacional realizado pelo INCA em 15 capitais brasileiras entre 2002 à 2003, demonstrou que as prevalências do tabagismo foram maiores nos grupos populacionais com menor escolaridade²¹, sendo essa uma tendência observada em vários países¹⁶⁹.

Quando analisamos a prevalência do tabagismo em relação aos profissionais de saúde no HSC, observamos, através das figuras 19 e 20, que houve uma queda significativa na prevalência em todas as categorias analisadas.

Fig. 19 - Prevalência do Tabagismo no HSC, segundo profissão, São Paulo, 2001.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2001.

Fig. 20- Prevalência do Tabagismo no HSC, segundo profissão, São Paulo, 2004.

Fonte: Moraes MA. Pesquisa de Campo. HSC, São Paulo, 2004.

Vários autores já exploraram estudos sobre prevalência do tabagismo entre profissionais de saúde, principalmente entre médicos e enfermeiros, conforme mostra a tabela 9.

Tabela 9 - Prevalência do tabagismo entre médicos e enfermeiros em alguns países do mundo, segundo período e região.

País	Região	Ano	Prevalência	
			Médicos	Enfermeiros
Albânia	Européia	2005	43,3%	41,5%
Argentina	Das Américas	1997	30,3%	36,3%
Cuba	Das Américas	1995	25,0%	29,0%
Egito	Oeste Mediterrâneo	1993	34,4%	2,0%
Estados Unidos	Das Américas	1991	3,3%	18,3%
Fiji	Oeste Pacífico	1991	26,0%	10,0%
Madagascar	Africana	1993	29,0%	28,0%
Samoa	Oeste Pacífico	1994	25,0%	41,0%
Uganda	Africana	2005	2,8%	0,5%

Fonte: CDC³⁸, WHO²⁵⁸

OSHIDA e col. (1999)¹⁶⁴ encontraram, em uma amostra nacional de 2.360 enfermeiras pertencentes a 14 hospitais selecionados de todo o Japão, uma prevalência do tabagismo de 18,6%, valor muito próximo à taxa encontrada entre os enfermeiros de HSC que foi de 14,28% no ano de 2001.

MORAES (2001)¹⁵³, após levantamento da prevalência de fumantes entre enfermeiros no período de 1959 a 2000, em diferentes países, revelou a ocorrência de uma diminuição de fumantes nessa categoria profissional, constituindo-se, porém, em uma preocupação devido ao fato de a prevalência mostrar-se elevada em diferentes locais pesquisados.

GUAZELLI e col. (2005)⁸⁶, em estudo realizado entre médicos da região do ABC Paulista, encontraram uma prevalência de fumantes de 8,6%, exatamente igual à encontrada pela pesquisa realizada no HSC em 2004, que detectou a prevalência de fumantes de 8,6 % entre os médicos pesquisados.

Uma das prioridades na estratégia do controle da epidemia tabagística é a de permitir que os profissionais de saúde possam se identificar como modelos de comportamento, utilizando hábitos de vida saudáveis, não sendo dependentes desta droga nefasta que é o cigarro^{116,118,158,198,204}. Para isso é imprescindível a cooperação das associações dos profissionais de saúde e das escolas da área de ciências da saúde^{187,241,249,261}.

Profissionais de saúde têm um papel decisivo na redução do uso do tabaco; sendo que, até mesmo conselhos simples e breves fornecidos por profissionais de saúde em suas consultas clínicas ou atendimentos especiais podem aumentar as taxas de cessação do tabagismo^{38,109,187,232}.

6- Conclusões

Analisando-se os dados fundamentados no texto desta tese, confrontados com os objetivos propostos, expressam-se as seguintes conclusões:

- Na caracterização sociodemográfica da população de estudo, notou-se uma concentração predominante no grupo etário de 30 a 49 anos (70,7%); na população feminina (66,7%); no grupo dos casados (56,6%) e de nível de escolaridade média (52,2%); assim como nos colaboradores que não ocupavam cargo de comando (89,8%).

- Ainda em relação às características sociodemográficas da população estudada, observou-se que a área técnica destacou-se com maior número de participantes (73,3%), e o número quantitativamente mais representativo correspondeu aos auxiliares e técnicos de enfermagem que, juntos, somaram 27,3% dos profissionais participantes da pesquisa.

- Os resultados obtidos na primeira fase do Programa de Controle do Tabagismo trouxeram a discussão sobre o tema tabagismo entre os colaboradores do Hospital Santa Cruz, pois 74,3% desses trabalhadores lembraram ter visto o cartaz “Pare e Pense: é coerente fumar neste ambiente?” o que permitiu uma reflexão sobre o tema em 73,5% deles, sendo que 76,1% chegaram a discutir o assunto.

- A segunda fase do Programa de Controle do Tabagismo do Hospital Santa Cruz permitiu a obtenção de uma alta taxa de informação sobre os malefícios do tabagismo, pois 98% dos pesquisados referiram que o material educativo distribuído durante as campanhas conseguiu esclarecer esse assunto e 83,7%

referiram conhecer a Lei Federal nº 9.294/96 que trata da restrição do uso do cigarro em ambientes fechados.

- A maioria dos funcionários pesquisados demonstrou conhecer as estratégias utilizadas para manter o ambiente do Hospital Santa Cruz livre da fumaça do cigarro, pois 99,8% referiram ter visto o cartaz “Pode Respirar à Vontade:- Ambiente Livre do Cigarro”, 99% afirmaram ter recebido o folheto informativo sobre as restrições do uso do cigarro nas dependências do Hospital Santa Cruz e 99% disseram ter notado a sinalização de proibido fumar nas dependências do referido local.

- As campanhas de comunicação social realizadas em comemoração as principais datas de controle do tabagismo (31 de maio - Dia Mundial Sem Tabaco e 29 de agosto - Dia Nacional de Combate ao Fumo) destacam-se como as ações educativas que despertaram maior sensibilização e adesão ao programa com 40,8% de aprovação, sendo seguidas pelas palestras com 30,9%.

- Os meios de comunicação utilizados durante o desenvolvimento do programa e que apresentaram melhores resultados foram: distribuição de material educativo em 1º lugar com 39,5%, seguida pelas mensagens no holerith (19,39%) e mensagens no quadro de avisos (8,1%).

- Os achados desta pesquisa permitem afirmar que o programa em estudo vem se mostrando eficaz, conseguindo, através das ações desenvolvidas, diminuir a prevalência de fumantes, que era de 18,71% em 2001, para 9,90% em 2004, apresentando, assim, uma queda de 52,91%.

7. REFERÊNCIAS

1. Abrams DB, Niaura R, Brown RA, Emmons KM, Goldstein MG, Monti PM et al. **The tobacco dependence treatment handbook: a guide to best practices.** New York: The Guilford Press; 2003.
2. ABRASCO. **Ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.** [online] Disponível em URL: [http:// www.abrasco.org.br/noticias/controletabaco.htm](http://www.abrasco.org.br/noticias/controletabaco.htm) [2005 nov 29].
3. Adami NP, Maranhão MAS. Qualidade dos Serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta Paul Enf** 1995; 8 (4): 47-55.
4. Adriaanse H, Van Reek J, Zabdbelt L, Evers G. Nurses' smoking worldwide. A review of 73 surveys on nurses' tobacco consumption in 21 countries in the period 1959-1988. **Int J Nurs Stud** 1991; 28:361-75.
5. Aguinaga S, Glantz SA. The use of public records acts to interfere with tobacco control. **Tob Control** 1995; 4:222-30.
6. Akerman M, Mendes R, Bógus CM, Westphal MF, Bichir A, Lyra Pedroso M. Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável". **Rev Saúde Pública** 2002; 36(5): 638-46.
7. Albanese M, Rocha AA. **Tabagismo no Ambiente de Trabalho.** Anais do CONTAM 98 – Congresso Brasileiro de Tabagismo no Ambiente de Trabalho. São Paulo: Pancast; 1998.
8. Anderson P. Health Challenges 2: Tobacco alcohol and illicit drugs. In: Nutbeam D. **Health promotion effectiveness – the questions to be answered. The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health a new Europe (Part 2).** Brussels: European Commission; 2000. p.69-79.
9. Banco Mundial. **Aspectos econômicos do tabagismo & do controle do tabaco em países em desenvolvimento.** Documento organizado pela Comissão Europeia em colaboração com a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial para a mesa redonda de Alto Nível sobre o Controle do Tabagismo e Políticas de Desenvolvimento. Rio de Janeiro: INCA; 2003.
10. Banta D. The development of health technology assessment. **Health Policy** 2003; 63: 121-32.
11. Beaudet N, Hubert F, Chevalier S. Evaluation of diffusion of a project for tobacco use reduction. **Can J Public Health** 2001; 92(4): 304-6.
12. Belmont, MF. Nurses aiding smokers therapist program: nursing scholl intervention model. **Deans Notes** 1988; 9 (3): 1-2.

13. Bialous SA, Yach D. Whose standart is it anyway? How the tobacco industry determines the International Organization for Standardization (ISO) standards for tobacco products. **Tob Control** 2001; 10(2): 96-104.
14. Bialous SA. **La rentabilidad a costa de la gente – Actividades de la industria tabacalera para comercializar cigarillos en América Latina y el Caribe y minar la salud pública.** Washington: OPAS; 2002.
15. Bialous SA. The other side of partnerships: the example of the tobacco industry. [Presented at **6th Global Conference on Health Promotion**; 2005. Aug 7-11; Bangkok-Thailand].
16. Boomer MJ, Rissel C. An evaluation of a smoke free environment policy in two Sydney hospitals. **Aust Health Rev** 2002; 25(3): 179-84.
17. Botvin GV, Renick N, Baker E. The effects of scheduling format and booster sessions on a broad spectrum psychosocial approach to smoking prevention. **J Behav Med** 1983; 6: 359-79.
18. Brannon BR, Dent CW, Flay BR. Television Scholl and Family Project. The impact of curriculum delivery format on program acceptance. **Prev Med** 1989; 18: 492-8.
19. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **A Ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: Mitos e Verdades.** Rio de Janeiro: INCA; 2004.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. **Tabaco e Pobreza, um círculo vicioso – a convenção quadro de controle do tabaco: uma resposta.** Brasília: INCA; 2004.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003.** Rio de Janeiro: INCA; 2004.
22. Brooks AAR. Evaluation and auditing. In: Chelimsky E, Shadish W. **Evaluation for the 21st century.** Oaks: Sage; p. 30-52.
23. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Cienc Saúde Coletiva** 2000; 5(1): 163-77.
24. Campaign for Tobacco Free Kids, **Golden leaf. Barren harvest. The Costs of Tobacco Farming.** Washington DC; 2001.
25. Campaign for Tobacco-Free Kids & Action on Smoking and Health. **Trust us: we're the tobacco industry.** Washington and London, 2001.

26. Campana AAM, et al. Diretrizes básicas sobre a dependência de nicotina. In: Achutti A, coordenador. **Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: Vitro Comunicação & Editora; 2001. p 28-57.
27. Campbel DT, Stanley J. **Experimental and quasi-experimental designs for research**. Boston: Houghton Mifflin Company; 1966.
28. Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR. The Pawtuket Hearth Health Program. **Am J Public Health** 1995; 85: 777-85.
29. Carneiro M, Antunes CMF. Avaliação de eficácia do programa de controle da doença de Chagas: aspectos metodológicos. **Cad Saúde Pública** 1994; 10(2): 261-72.
30. Carneiro M. Estudos epidemiológicos na avaliação de efetividade do Programa de Controle da Doença de Chagas: discussão metodológica. **Rev bras epidemiol** 2002; 5(1): 129-41.
31. Caro FG. Pesquisa avaliativa: uma visão panorâmica. In: Goldberg MAA e Souza CP, organizadores. **Avaliações de programas educacionais: vicissitudes, controvérsias e desafios**. São Paulo: EPU; 1982.
32. Carvalho G, Rosemburg P, Buralli KO. Avaliação de ações e serviços de saúde. **Mundo Saúde** 2000; 24: 72-88.
33. Carvalho JT. **O tabagismo visto sob vários aspectos**. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.
34. Carvalho MC. O cigarro. São Paulo: **Publifolha**; 2001.
35. Cavalcante JS. **O impacto mundial do tabagismo**. Fortaleza: Realce Editora & Ind. Gráfica Ltda; 2002.
36. Cavalcante TM, Pinto M. Tabaco e pobreza no Brasil: consumo e produção de tabaco. In: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso: a convenção quadro de controle do tabaco - uma resposta**. Brasília: INCA; 2004. p. 97-136.
37. Cavalcante TM. Programa de Controle do Tabagismo no Brasil: avanços e Desafios. In: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso: a convenção quadro de controle do tabaco - uma resposta**. Brasília: INCA; 2004. p. 137-71.
38. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco use and cessation Counseling – Global Health Professionals Survey Pilot Study, 10 Countries, 2005. **MMWR** 2005; 54(20):505-9.

39. Chau PYK. On the use of construct reliability in MIS research: a meta-analysis. **Inf Manage** 1999; 35: 217-27.
40. Cinciprini PM, Hecht SS, Henningfield, et al. Tobacco Addiction: implications for treatment and cancer prevention. **J Nat Cancer Instit** 1997; 89 (24): 1852-1867.
41. Clark JM, Haverty S, Kendall S. Helping people to stop smoking: a study of the nurse's role. **J Adv Nurs** 1990; 16: 357-363.
42. Collins D, Lapsley H. **The Economics of Tobacco Control – Towards an optimal policy mix**. Estimating and disaggregating the social costs of tobacco. Cape Town: University of Cape Town, Applied Fiscal Research Centre; 1998.
43. Comitê Latinoamericano Coordenador del control del tabaquismo. Legislación sobre el control del tabaquismo en América Latina: resúmenes y ejemplos. **Boletín Claccta** 1997.
44. Committee of Expert on Tobacco Industry Document. **Tobacco company strategies to undermine tobacco control activities at the World Health Organization**. Geneva: WHO; 2000.
45. Comunidad Económica Europea. **El precio del tabaco y la epidemia del tabaquismo – Europa sin tabaco 9**. Madrid: Rumagraf; 1988.
46. Comunidad Económica Europea. **Evaluación y seguimiento de acciones públicas contra el tabaquismo – Europa sin tabaco 3**. Madrid: EPES; 1988.
47. CONASEMS. **Carta de Bangcoc para a Promoção da Saúde**. [online] Disponível em: < URL: <http://www.conasems.org.br/htm> > [2005 set 06].
48. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS apóia tratado internacional contra o tabaco**. Brasília; 2005. (CONSENSUS. Nº 12).
49. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira. **Usuários de substância psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. São Paulo: CREMESP/AMB; 2003.
50. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R.. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 29-48.
51. Costa e Silva VL. A questão do tabagismo em alguns hospitais do município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Cancerol** 1986; 32: 43-6.

52. Costa e Silva VL. Uso e controle do tabagismo: determinantes do consumo, estratégias de intervenção e papel da indústria do fumo. In: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso – a convenção quadro de controle do tabaco: uma resposta**. Brasília: INCA; 2004. p. 29-57.
53. Cresswell J. Smoking Cessation: a job for the health professional. **Community Nurs** 1999; 5(2): 13-4.
54. Demo P. **Avaliação quantitativa**. 4ª ed. Campinas: Autores Associados; 1994.
55. Denis JL, Champagne F. Análise da implantação de programas. In: Hartz ZMA, organizadora. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p.49-88.
56. Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais. **A cadeia produtiva do fumo. Contexto Rural**. Ano II, nº 4, 2003.
57. Department of Health and Human Services. US. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. **A report of the Surgeon General**. Washington (DC); 1989.
58. Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad de Saúde Pública** 1997; 13(1): 103-7.
59. Dignan MB, Carr CA. **Program planning for health education and health promotion**. Philadelphia: Lea and Febiger; 1991.
60. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. **BMJ** 2004; 328:15-9.
61. Donabedian A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med** 1990; 114: 1115-8.
62. Donabedian A. **La qualidade de la atención médica: Definición e métodos de evaluación**. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984. Enfoques Básicos para la evaluación; Cap. 3;
63. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A, organizer. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980. 1:77-125.
64. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Qual Rev Bull** 18: 356-60.
65. Eriksen MP. Workplace smoking control: rationale and approaches. **Adv Health Educ Promot** 1986; 1: 65-108.

66. Fargerström KO, Tejding R, Westin A, Lunell E. Aiding reduction of smoking with nicotine replacement mediations: hope for the recalcitrant smoker? **Tob Control** 1997; 6(4): 311-16.
67. Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA, Taylor CB, Haskell WL, Williams PT, et al. Effects of Community. Education on Cardiovascular Disease Risk Factors: The Stanford Five-City Project. **JAMA** 1990; 264: 359-65.
68. Fecomércio. **I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde** . [online] Disponível em <URL:http://www.metodoeventosrio.com.br/Efetividade/htm> [2005 nov. 29].
69. Ferreira ABH. **Novo dicionário básico da língua portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira; 1988.
70. Fetterman DM. Empowerment evaluation. **Eval Pract** 1994; 15: 1-15.
71. Fialho RR. **Os sentidos produzidos pelos agricultores e agricultoras familiares da cultura do fumo em relação ao trabalho**. Santa Cruz do Sul; 2000. [Dissertação de Mestrado - Universidade de Santa Cruz do Sul].
72. Fielding JE, Piserchia PV. Frequency of worksite health promotion activities. **Am J Public Health** 1989; 79: 16-20.
73. Fiore MC et al. Smoking cessation guideline panel. In: US Department of Health and Human Services. **Public Health Services, Agency for Health Care Policy and Research: Clinical practice guideline**. Washington; 1996 (AHCPR Publication nº 96-06292).
74. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. **Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline**. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 2000.
75. Flay BR. Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs. **Prev Med** 1986; 15 (5): 471-74.
76. Focarile F, Ferro S, Monti C, Donato F, Gambi A, Gentili F. A proposal for monitoring smoking prevention programs with the use of indicators. **Epidemiol Prev** 1997; 21(2): 137-45.
77. Fortmann SP, Taylor CB, Flora JA, Darus EJ. Changes in adult cigarette smoking prevalence after 5 years of community health education: The Stanford Five-City Project. **Am J Epidemiol** 1993; 137: 82-96.
78. France EK, Glasgow RE, Marcus AC. Smoking cessation interventions among hospitalized patients: what have we learned? **Prev Med** 2001; 32(4): 376-88.
79. Freitas SH. O método de pesquisa Survey. **Rev Adm** 2000, 35(3):105-12.

80. Garfinkel L, Stellman SD. Cigarette smoking among physicians, dentists and nurses. **CA Cancer J Clinic** 1986; 36:2-8.
81. Gigliotti, A. Tabagismo. **JBM** 1999, 77(2): 1-16.
82. Glasgow RE. Worksite smoking cessation: current progress and future direction. **Canadian J Public Health** 1987; 78(6): S21-7.
83. Glynn TJ, Manley MW. **How to help your patients stop smoking: A National Cancer Institute manual for physicians.** U.S Department of Health and Human Services. Washington: Public Health Services. National Institutes of Health. 1998.
84. Green LW, Lewis FM. **Health education planning: a approach mountain view.** Palo Alto: Mayfield; 1980.
85. Green LW, Lewis FM. **Measurement and Evaluation in Health Education and Health Promotion.** Palo Alto: Mayfield; 1986.
86. Guazelli AC, Filho MT, Fiss E. Tabagismo entre médicos da Região do ABC Paulista. **J Bras de Pneumol** 2005; 31(6): 516-22.
87. Guindon GE, Boisclair D. **Past, current and future trends in tobacco use.** Health, Nutrition and Population. Discussion Paper–Economics of Tobacco Control Paper nº 6. The World Bank. Washington; 2003.
88. Guindon GE, Tobin D, Yach D. Trends and affordability of cigarettes prices: ample room for tax increases and related health gains. **Tob Control** 2002; 11: 35-43.
89. Haapanen-Niemi N, Miilunpalo S, Vuori I, Opja P. The impact of smoking, alcohol consumption, and physical activity on use of hospital services. **Am J Public Health** 1999; 89(5): 691-8.
90. Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulus AP, Leal MC. Avaliação do Programa Materno Infantil: análise de implantação em Sistemas Locais de Saúde no Nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA, organizadora. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 89-131.
91. Hartz ZMA. **Avaliação em saúde – dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 1997.
92. Hartz ZMA, Pouvorville G. Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. **Ciênc Saúde Coletiva** 1998; 3(1): 68-82.
93. Hatsumaki D, Jensen J, Allen S, Grillo M, Bliss R. Effects of behavioral and pharmacological treatment on smokeless tobacco users. **J Consul Clin Psychol** 1996; 64(1): 152-61.

94. Haverty S, Clark J M, Kendall S. Nurses and smoking education: a literature review. **Nurse Educ Today** 1986; 6(6): 237-43.
95. Helyer AJ, Brehm WT, Gentry NO, Pittman TA. Effectiveness of a worksite smoking cessation program in the military: program evaluation. **AAOHN J** 1998; 46(5): 238-45.
96. Hinckle DE, Wiersma W, Jurs SG. **Applied statistics for the behavioral sciences**. 3. ed. Boston: Houghton Mifflin; 1994.
97. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. **Br Med J (Clin Res Ed)** 1981; 282: 183-530.
98. Hyndman B. Health promotion in action: The implementation of the Ottawa Charter. In: **Health Promotion in Action: A review of the effectiveness of health promotion strategies**. Toronto;1998.
99. INCA. **Tabagismo: dados e números**. [online] Disponível em <URL:<http://inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=brasil.htm>> [2005 nov. 01].
100. INCA. **Notícia da 1ª sessão da Conferência das partes**. [online] Disponível em URL:<http://www.Inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=lista.asp>> [2006 fev. 20].
101. Jarvik ME, Hennengfield JE. Pharmacological adjuncts for the treatment of tobacco dependence. In: Orleans CT, Slade J, editors. **Nicotine addiction: principles and management**. New York: Oxford University Press; 1993.
102. Kageyama T, Kobayashi T, Nishikido N, Oga J, Kawashima M. Association of sleep problems and recent life events with smoking behaviors among female staff nurses in Japanese hospitals. **Ind Health** 2005; 43(1):133-41.
103. Kannegaard PNS, Kreiner S. Smoking habits and attitudes to smoking 2001 among hospital staff at a Danish hospital – comparison a with a similar study 1999. **Prev Med** 2005; 41(1): 321-7.
104. Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. **Methods in observational epidemiology**. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996.
105. Keyser, J. **The costs and profitability of tobacco compared to other crops in Zimbabwe**. Paper nº 1, Health, Nutrition and Population, Washington: World Bank; 2002.
106. Kleinbaum D, Kupper LL, Morgenstern H. **Epidemiological research: principles and quantitative methods**. New York: UNB; 1982.
107. Lakatos E M, Marconi M A. **Metodologia do trabalho científico**. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1992.

108. Lakatos EM, Marconi M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1991.
109. Lancaster T, Stead L, Silagy C. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. **BMJ** 2000; 321: 355-8.
110. Lando HA, Formal quit smoking treatments. In Orleans CT, Slade J. editors. **Nicotine addiction: principles and management**. New York: Oxford University Press; 1993.
111. Lapate V. **Hora Zero - A independência das drogas: antes que os problemas cheguem**. São Paulo: Scortecci; 2001.
112. Laranjeira R, Ferreira MP. Como criar um hospital livre de cigarro. **Rev Assoc Méd Brasil** 1997; 43(2):169-72.
113. Lichtenstein E, Lando HA, Northwehr F. Readiness to quit as predictor of smoking changes in the Minnesota Heart Health Program. **Health Psychol** 1994; 13: 396-96.
114. Lillington LM. AHCPR smoking cessation guideline goals and impact: examples from the nursing field. **Tob Control** 1997; 6 (1): 39-43.
115. Litwin MS. **How to measure survey: reliability and validity**. London: Sage Publications; 1995. (Inc, Survey kit ,7).
116. Longo DR, Brownson RC, Johnson JC, Hewett JE, Kruse RL, Novotny TE, Logan AR. Hospital Smoking Bans and Employee Smoking Behavior: Results of a national survey. **JAMA** 1996; 275(16): 1252-7.
117. Longo DR, Feldman MM, Kruse RL, Brownson RC, Petroski GF, Hewett JE. Implementing smoking bans in American hospitals: Results of a national survey. **Tob Control** 1998; 7: 47-55.
118. Longo DR, Johnson JC, Kruse RL, Brownson RC, Hewett JE. A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. **Tob Control** 2001; 10: 267-72.
119. Mackay JM, Barnes GT. Effects of strong government measures against tobacco in Hong Kong. **Br Med J (Clin Res Ed)** 1986; 292: 1435-37.
120. Malhotra NK. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
121. Malik AM, Schiesari LMC. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998. (Série Saúde & Cidadania. Volume 3).
122. Malone RE. Nursing, or public deaths, and the tobacco industry. **Am J Crit Care** 2002; 11(2):102-5.

123. Marcopito LF, Rodrigues SF, Pacheco MA, Shirassu MM, Goldfeder AJ, Moraes MA. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. **Rev Saúde Pública** 2005; 39(5): 738-45.
124. Matorrales FE. Enfermeria y habito de fumar. **Rev Cubana de Enfermagem**. 1990; 6(2): 165-74.
125. Meenam RT et al. Cost-effectiveness of a hospital-smoking cessation intervention. **Med Care** 1998; 36: 670-8.
126. Meirelles RHS, Cavalcante TM, Costa e Silva VL. Programa de intervenção breve para clínicos. In: Gigliotti A. organizadora. **Tratamento do tabagismo: registro das conferências do III Simpósio Internacional sobre tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: Vitro Comunicação & Editora; 2000. p 70-85.
127. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Tabagismo e saúde: informações para profissionais de saúde**. Brasília (DF); 1987.
128. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. IEC- Informação Educação e Comunicação. **Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sunsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília (DF); 1996.
129. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA; 1995.
130. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Ação global para o controle do tabaco – 1º Tratado internacional de saúde pública**. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
131. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Porque aprovar a convenção-quadro para o controle do tabaco?** Rio de Janeiro: INCA; 2002.
132. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Prevalência de tabagismo no Brasil: Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras**. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
133. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. **Falando sobre tabagismo**. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 1996.
134. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. **Como implantar um Programa de Controle do Tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA; 1996.
135. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. **Ajudando seu paciente a deixar de fumar**. Rio de Janeiro: INCA; 1997.

136. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. **Práticas para a implantação de um Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco.** Rio de Janeiro: INCA; 1998.
137. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância de Câncer – CONPREV **Implantando o Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer nas escolas.** Rio de Janeiro: INCA; 1999.
138. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Dados e Fatos: ações legislativas para o controle do tabagismo no Brasil. Oficina de capacitação para a implementação de um Programa Nacional de Controle do Tabagismo – Piloto com países Lusofônicos** - 8 à 11 de abril de 2003.
139. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Diretoria de Prevenção e Vigilância. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer: modelo lógico e avaliação.** 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2003.
140. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Guia da convenção-quadro internacional para o controle do tabagismo.** Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2000.
141. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Os argumentos dos opositores do controle do tabagismo: sugestões de respostas às questões mais frequentes (Baseado no documento: “Greatest Hits” of tobacco control. Opponents: (Suggested responses to common queries);** 2003.
142. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001.** Rio de Janeiro: INCA; 2001.
143. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Manual de orientação para o dia 31 de maio de 1993.** Rio de Janeiro: INCA; 1993.
144. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância de Câncer. **Cigarro brasileiro: análises e propostas para a redução do consumo.** Rio de Janeiro: INCA; 2000.
145. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Manual de orientação para o dia 31 de maio de 2001.** Rio de Janeiro: INCA; 2001.
146. Ministério da Saúde.. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – CONPREV. **Manual de orientação para o dia 31 de maio de 2003. – “Se o Mocinho Fuma Queima o Filme”** Rio de Janeiro: INCA; 2003.

147. Mirra AP, Bicudo Pereira IMT, Pacheco de Souza JM, Menezes Stewien GT, Moraes MA, Oliveira Valenchic DM, Yamada THH. Tabagismo em funcionários de dois centros de saúde escola de São Paulo. **RSBS** 2004, 1: 22-6.
148. Mirra AP; Rosemberg J. **A história da luta contra o tabagismo no Brasil: trinta anos de ação.** Salvador: Sociedade Brasileira de Cancerologia - Comissão de Controle do Tabagismo. 2000.
149. Moraes MA, Barbosa MAB, Rodrigues SSF, Oliveira ZMA. Estudo da prevalência do tabagismo em escolares de 1º e 2º Grau - A criança e o adolescente como agente de mudança desse hábito no município de Amparo - S.P. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem**; 1990 out 11-16; Natal, Brasil. 1991. p. 88.
150. Moraes MA, Otani K, Kato LN, Bradaschia SY, Kiota PA, Antonelli KLV. **Santa Cruz hospital outlines the profile of its smoking employees in search of adequate tobacco control.** [Apresentado no 12th World Conference on Tobacco or Health; 2003 august 3-8; Helsink-Finlândia].
151. Moraes MA, Pereira IMTB, Stewien GTM. A prevenção e controle do tabagismo na idade escolar: "Uma responsabilidade da promoção e educação em saúde". **Revista Saúde é o que Importa** 2001; 1: 54-65.
152. Moraes MA. Controle do Tabagismo: Necessidade e desafio do século XXI, rumo à qualidade de vida. **Revista SANA** 2001; 10: 14-16.
153. Moraes MA. **Tabagismo e sua abordagem no currículo dos cursos superiores de Enfermagem no município de São Paulo.** São Paulo; 2001, [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública-USP].
154. Moraes, M A. **Guia de ações municipais para o controle do tabagismo.** São Paulo; 1997. [Manual editado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo].
155. Mudde AN, Devries H. Reach and effectiveness of a national mass media-led smoking cessation campaign in the Netherlands. **Am J Public Health.** 1999; 89: 346-52.
156. Myers JL, Well AD. **Research design and statistical analysis.** New York: Harper Collins; 1991.
157. National Research Council. Committee on Passive Smoking Environmental Tobacco Smoking: **Measuring exposures and assessing health effects.** Washington: Nat Ac Press; 1986.
158. Nelson DE, Giovino GA, Emont SL, Brackbill R, Cameron LL, Peddicord J, Mowery PD. Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. **JAMA** 1994; 16: 1273-4.

159. Nevala J, et al. **Integrating smoking cessation into daily nursing practice**. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario; 2003.
160. Norusis MJ. **SPSS Introductory statistics student guide**. Chicago: II: SPSS Inc; 1990.
161. Nutbeam D. Evaluating Health promotion progress, problems and solutions. In: Nutbeam D, organizer. **Fourth international conference on health promotion**. Indonesia; 1997
162. Nutbeam D. **Health promotion effectiveness – the questions to be answered. The evidence of Health promotion effectiveness. Shaping public health a new Europe** (Part 2). Brussels: European Commission, 2000.
163. Ogliari E. **Retratos do Brasil: Em busca de alternativas**. Folha de São Paulo, 2005 nov. 13; cad B 10.
164. Ohida T, Osaki Y, Kobayashi Y, Sekiyama M, Minowa M. Smoking prevalence of female nurses in the national hospitals of Japan. **Tob Control** 1999; 8: 192-5.
165. Oliveira MVC, Sales MPU. Tabagismo passivo. In: Diretrizes para cessação do tabagismo. **J Bras de Pneumol** 2004; 30: 65-71.
166. ONG EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts subverting international agency for research on cancer's second-hand smoke study. **Lancet** 2000; 355:12-53.
167. Organização Mundial da Saúde. **Deixando o cigarro para trás: Orientações Gerais do Dia Mundial Sem Tabaco**. Adaptado pelo Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 1999.
168. Organização Pan-Americana da Saúde. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. Programa de Saúde Mental. Unidade de tabaco, álcool e outras drogas. **Desenvolvimento da legislação para o controle do tabaco**. Washington: OPAS; 2003.
169. Organización Panamericana de la Salud. **La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos economicos del control del tabaco**. Washington (DC): OPAS - Publicación Científica n° 577; 1999.
170. Orleans CT, Kristeller JL, Gritz ER. Helping hospitalized smokers quit: new directions for treatment and research. **J Cons Clin Psychol** 1993; 61(5):778-89.
171. Orleans CT. Treating nicotine dependence in medical settings: a stepped-care model. In: Orleans CT, Slade J, editors. **Nicotine addiction: principles and management**. New York: Oxford University Press; 1993: 145-61.

172. Padula CA. Nurses and smoking: review and implications. **J Profess Nurs** 1992; 8 (2): 120-32.
173. Paim J, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev Saúde Pública** 1998; 32(4): 299-316.
174. Patton MQ. **Practical evaluation**. Beverly Hills: Sage; 1982.
175. Peduzzi M, Palma JLL. A Equipe de Saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 234-250.
176. Percival J, Milner D, Wallace-Bell M. **Tobacco control and smoking cessation: the role of the nurse**. Geneva – Switzerland: International Council of Nurses; 2003.
177. Percival J. **Clearing the air 2: Smoking and tobacco control – an updated guide for nurses**. London: Royal College of Nursing; 2002.
178. Pignatti MH. **Programa de cessação do fumar conduzido por Enfermeiras-PREV-FUMO**. São Paulo; 1999. [Tese de Mestrado - Escola Paulista de Medicina da UNIFESP].
179. Polit DF, Hungler BP. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
180. Posavac EJ, Carey RG. **Program evaluation methods and case studies**. 3. Ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1989.
181. Potvin L, Haddad S, Frohlich L. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programs. In: **Evaluation in health promotion: Principles and perspectives**. WHO Regional Publication. (Ed.) Irving Rootman et al. European series, n° 92. Denmark: WHO; 2001.
182. Prochaska J, Diclemente C. Stages and process of self in smoking: toward an integrative model of change. **J Consult Clin Psycho** 1983; 51: 390-395.
183. Prochaska J, Diclemente C. **The transtheoretical approach**. New York: Don Yones; 1984.
184. Prochaska J, Velicer W. The transtheoretical model of health behavior change. **Am J Health Promot** 1997; 12: 38-48.
185. Prowant BF. Smoking cessation clinical practice guideline: implications for nephrology nurses. **Ann J** 1996; 23 (3): 272-325.
186. Reeve K, Adams J, Kouzekanani K. The Nurse as Exemplar: Smoking Status as a Predictor of Attitude toward Smoking and Smoking Cessation. **Cancer Practice** 1996; 4(1): 31-3.

187. Richmond R. Teaching medical students about tobacco. **Thorax** 1999; 54:70-8.
188. Rigotti NA et al. Efficacy of a smoking cessation program for hospital smokers. **Arch Intern Med.** 1997; 157: 1371-6.
189. Rigotti NA. A smoking cessation program for hospital patient. **Tob Control** 2000; 9 (suppl I): i55-i56.
190. Rigotti NA. Smoking cessation in the hospital setting – a new opportunity for managed care. **Tob Control** 2000; 9 (suppl I): i54-i56.
191. Roemer R. **Accion legislativa contra la epidemia mundial del tabaquismo.** Genebra: OMS; 1995.
192. Rootman I, Goodstadt MS. **Health promotion and health reform in Canada.** Toronto: Center for Health Promotion; 1996.
193. Rosemberg J, Costa e Silva V L. Política y estrategias para el control de la epidemia del tabaquismo en América Latina. **Bol Inf GLACTA** 1993; 20: 7.
194. Rosemberg J, Costa e Silva V L. Responsabilidade dos médicos no combate ao tabagismo, São Paulo: **Corporação Biogalênica**; 1993.
195. Rosemberg J, Costa e Silva VL. **Métodos para se deixar de fumar.** (Manual do Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Câncer). Rio de Janeiro: INCA; 1992.
196. Rosemberg J. **Informações básicas sobre tabagismo.** São Paulo: 1996; [Manual editado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo].
197. Rosemberg J. Rosemberg AMA, Moraes MA. **Nicotina droga universal.** São Paulo: SES/CVE; 2004.
198. Rosemberg J. **Tabagismo enfoques relevantes.** Fortaleza; 1999; [Manual editado pela Secretaria de Estado da Saúde do Ceará]
199. Rosemberg J. **Tabagismo, sério problema de saúde pública.** 2ª ed. São Paulo: Almed; 1987.
200. Rosemberg J. **Temas sobre tabagismo.** São Paulo: 1998; [Manual editado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo].
201. Rossi P H, Freeman HE. **Evaluation: a systematic approach.** 5. ed. Newbury Park: Sage Publications; 1993.
202. Rossi PH, Freeman HE. **Evaluation: a systematic approach.** 2. ed. London: Sage Publications; 1982.
203. Rudio FV. **Introdução ao projeto de pesquisa.** Petrópolis: Vozes; 1983.

204. Ruiz MFL, Bayle MS. Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y las enfermeras de la comunidade de Madrid. **Rev Esp Salud Publica** 1999; 73:355-64.
205. Rundall TG. Health planning and evaluation. In: **Public health & preventive medicine**. Last & Wallace, organizers 13. ed. Connecticut: Appleton & Lange; 1992.
206. Russell CM. Evaluation: methods and strategy for evaluation. California. **Cancer**; 1998; 83 (12): 2755-9.
207. Ryan PJ, Foster NJ, Holder D. Evaluation of a worksite smoking-cessation program. **J Ocup Environ Med**. 2002; 44 (8): 703-4.
208. Salomen JT, Puska P, Mustaniemi H. Changes in morbidity and mortality during comprehensive community program to control cardiovascular disease during 1972-77 in North Karélia. **Brit Med J** 1979; 2: 1179-83.
209. Sarna, L. Realzar el papel de las enfermeras en el control del tabaquismo. **Boletín de la UICC sobre el control del tabaquismo**. Tobacco and Cancer Program. International Union Against Cancer (UICC); 1996.
210. Scriven MS. The methodology of evaluation. In: **Curriculum evaluation**, Stake RE, editors. Chicago: Rand McNally; 1967
211. Seabra GF. **Pesquisa científica: o método em questão**. Brasília: Edunb; 2001.
212. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo- Universidade Estadual de Campinas. **Relatório final - Simpósio: tabagismo epidemiologia e impacto na prática de saúde pública**. Campinas [SP]; 1995.
213. Seminário Internacional Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. **A convenção quadro para o controle do tabaco**. 2003 ag. 27; Brasília, Brasil.
214. Sessions G. Avaliação em HIV/AIDS: uma perspectiva internacional. In: **Fundamentos da avaliação**. Nº 2, Rio de Janeiro: Coleção ABIA; 2001.
215. Severson HH, Hatsukami D. Smokeless tobacco cessation: Primary Care. **Clinics in Office Practice** 1999. 26(3): 529-551.
216. Siegel M. The effectiveness of state-level tobacco control interventions: a review of program implementation and behavioral outcomes. **Ann Rev Public Health** 2002; 23: 45-71.
217. Siegel S. **Estatística Não Paramétrica**. São Paulo: McGraw-Hill Ltda; 1975.
218. Simpson D. **Doctors and Tobacco: Medicine's big challenge**. Tobacco Control Resource Center. Grã-Bretanha: Hobbs the Printers; 2000.

-
-
219. Soares CB. **Adolescentes, drogas e AIDS: avaliando a prevenção e levantando necessidades.** São Paulo; 1997. [Tese de Doutorado – Faculdade de Educação - USP].
220. Stewien GTM. **O adolescente e o Fumo.** São Paulo; 1977, [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública- USP].
221. Suzuki K, Ohida T. Yokoyama E, Kaneita Y, Takemura S. Smoking among Japanese nursing students: nationwide survey. **J Adv Nurs** 2005; 49(3): 268-75.
222. Tabaco Zero **Documentos para Negociação da COP.** [online] Disponível em URL: http://www.tabacozero.net/detalhes_noticias.asp?id_noticia=512 [2006 fev. 24].
223. Tanaka OY, Melo C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um modo de fazer.** São Paulo: Edusp; 2001.
224. Tanaka OY. Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação** 2000; 7: 113-18.
225. Taylor CB et al. A nurse-managed smoking cessation program for hospitalized smokers. **Am J Public Health** 1996; 86: 1557-60.
226. Tessier J F, Nejari C, Bennani-Othmani M. Smoking in Mediterranean countries: Europe, North Africa and the Middle-East. Results from a cooperative study. **Int J Tuberc Lung Dis** 1999; 3 (10): 927-937.
227. Thun MJ, Costa e Silva VL. Introduction and Overview of Global Tobacco Surveillance. In: **Tobacco Control Country Profiles**, 2. ed. Atlanta: American Cancer Society; 2003.
228. Tiller JWG. Cognitive behavior therapy in medical practice. **Australian Prescriber** 2001; 24 (2): 33-7.
229. Tobacco Free Japan: Recommendations for Tobacco Control Policy. **Smoking and Economics in Japan: Health care cost of tobacco smoking.** Tóquio: JHB; 2004.
230. União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. Oficina Regional Latino-Americana. **A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde no Mundo Globalizado.** Rio de Janeiro, Brasil Disponível em <URL:<http://openlink.br.inter.net/vllima.orla/>> [2006 fev 15].
231. United States Department of Health and Human Services – USDHHS. Efforts to prevent tobacco use among young people. In: USDHHS/Public Health Service/CDC. **Preventing tobacco use among young people. A report of the surgeon general.** Atlanta, Georgia (USA): USDHHS; cap 6, 1994.

-
-
232. US Department of Health and Human Services. **Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General**. Atlanta: US Department of Health and Human Services, CDC; 2000.
233. US Department of Health and Human Services. **Youth and tobacco. preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General**. Washington, DC: US Government Printing Office; 1994.
234. Vieira da Silva LM, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad Saúde Pública** 1994; 10 (1): 80-91.
235. Vieira da Silva LM. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva** 1999; 4(2): 331-40.
236. Vieira VA. As tipologias, variações e características da pesquisa. **Rev FAE** 2002; 5(1): 61-70.
237. Weis CH. **Evaluation research: methods for assessing program effectiveness**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1972. Utilization of evaluation results. P 110-28.
238. Weis CH. **Evaluation: methods for studying programs and policies**. 2. ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998.
239. Wells AJ. An estimate of adult mortality in the United States from passive smoking. **Environ Int** 1988; 14:249-65.
240. West R, Foulds J. **Smoke-free schools: seven steps to success**. London: Health Education authority; 1999.
241. Westphal MF, **Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: EDUSP; 2001.
242. Wewers ME, Ahijevych KL, Sarna L. Smoking cessation interventions in nursing practice. **Nurs Clin North Am** 1998; 33 (1): 61-74.
243. Wewers ME, Bowen JM, Stanislaw A E. A nurse-delivered smoking cessation intervention among hospitalized postoperative patients: influence of a smoking-related diagnosis: A pilot study. **Heart & Lung** 1994; 23 (2): 151-6.
244. Windsor RA et al. Evaluating program effectiveness. **Evaluation of health promotion, health education and disease prevention programs**. 2. ed. Mountain View: Mayfield Publishing Company; 1994.
245. Windsor RA, Baranowski T, Clark N, Cutter G. **Evaluation of health promotion and education programs**. Palo Alto: Mayfield, 1984.
246. World Bank. **Smoke-free workplaces**. Online versions of the “at a glance series” Available on the World Bank Health, Nutrition and Population web site [online.]. Available from < <http://www.worldbank.org/hnp>. [2002 nov. 18].

247. World Health Organization – European Commission. **Tobacco and health in the developing world.** Brussels: WHO and WORLD BANK; 2003.
248. World Health Organization. **Building blocks for tobacco control: a handbook.** Geneva-Switzerland: WHO; 2004.
249. World Health Organization. Cigarette Smoking – Health Issues for Smokers. **Report** 1999 Geneva: WHO; (Technical Report Series n° 852).
250. World Health Organization. **Code of practice on tobacco control for health professional organizations.** Geneva, Switzerland [online]. Available from: < <http://www.who.int/tobacco/codeofpractice> [2004 may 28].
251. World Health Organization. Geneva – Switzerland. **WHO Tobacco Alert.** World No - Tobacco Day, “Health Services: our window to a tobacco-free world” 1993.
252. World Health Organization. Pan American Health Organization **Fifty Global Conference on Health Promotion.** Geneva, Switzerland [online]. Available from:< <http://www.paho.org/Portuguese/HPP/mexdec2000.htm> [2005 Dec. 29].
253. World Health Organization. **Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence (Advancing tobacco control in the 21st century).** Geneva-Switzerland: WHO; 2003.
254. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. **The Tobacco Industry Documents: What they are, what they tell us, and how to search them. A Practical Manual.** Cairo: WHO; 2002.
255. World Health Organization. **The Millennium development goals and tobacco control: an opportunity for global partnership.** Geneva: TFI; 2004.
256. World Health Organization. The physician’s role. **Smoke free Europe:1,** Geneva: WHO; 1987.
257. World Health Organization. **The Tobacco Atlas.** Brighton-UK: Myriad Editions Limited; 2002.
258. World Health Organization. **Tobacco Control Country Profiles.** 2. ed. Atlanta-EUA: American Cancer Society; Inc, World Health Organization, and International Union Against Cancer. 2003.
259. World Health Organization. **Tobacco Control Legislation – an introductory guide (Advancing tobacco control in the 21st century).** Geneva-Switzerland: WHO; 2003.
260. World Health Organization. **Tobacco Free Initiative (TFI) – About us.** [online]. Available from: < <http://who.int/entity/tobacco/about/en/index.html>> [2005 out. 10].

-
-
261. World Health Organization. **Who European Country Profiles on Tobacco Control**. Regional Office for Europe; Copenhagen-Denmark: WHO; 2003.
 262. World Health Organization. **WHO Tobacco Alert**. World No - Tobacco Day, "Health Services: our window to a tobacco-free world" Geneva: WHO; 1993.
 263. World Health Organization. **World no tobacco day 2004 materials**. [online]. Available from: < <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004>, [2004 jul 05].
 264. World Health Organization. **Health for all in the twenty-first century**, Document A51-5, Geneva: WHO; 1998.
 265. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Origins of modern program evaluation. In: **Program evaluation: alternative approaches and practical Guidelines**. 2. ed. part I, Chapter 2, Colorado Springs: Longman; 1997.
 266. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick, JL. Origins of modern program evaluation. In: **Program evaluation: alternative approaches and practical guidelines**. 2. ed. part I, Chapter 3, p 35-53, Colorado Springs: Longman; 1997.
 267. Worthen BR, Sanders JR. **Evaluation: state of art**. In: Educational Evaluation: Theory and Practice. Belmont: Wadsworth Publishing Company; 1973.
 268. Worthen, BR, et al. Evaluation's Basic Purpose, uses and conceptual distinctions. In: **Program evaluation: alternatives, approaches and practical guidelines**. 2nd ed, Chapter 1. New York.; Longman; 1997
 269. Yach D, Bellcher D. Globalization of Tobacco Marketing, Research and Industrie Influence. **IATH Bull** 1999; 94 (8): 258-265.
 270. Yach D, Bialous S. Junking Science to Promote Tobacco. **Am J of Public Health**. 2001. 191(11): 1745-48.
 271. Yurekli, A. **Cigarette smuggling: New analysis of its impact on tax rate and revenue increases**. World Bank Economics of Tobacco. Discussion Paper. World Bank; 2003.
 272. Zellweger JP, et al. Bupropion SR x placebo for smoking cessation in health care professionals". **Am J Health Behav** 2005; 29(3): 240-9.

8. BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

Andrade MM. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

Beaud M. **Arte da tese: como preparar e redigir uma tese de mestrado ou de doutorado, uma monografia ou qualquer outro trabalho universitário**. Rio de Janeiro; Bertrand Brasil; 1996.

Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. **Bioestatística**. 2ª ed. São Paulo: EPU; 1981.

Carneiro JMA, Carneiro IEE. **Estrutura e funcionamento do ensino superior na área da saúde**. São Paulo: Atheneu; 1996

Day RA. **Como escrever e publicar um artigo científico**. 5ª ed. São Paulo: Santos Livraria e Editora, 2001.

Eco U. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva; 1977.

Ferreira ABH. **Pequeno dicionário brasileiro da língua portuguesa**. 11. ed. São Paulo: ERCA; 1972.

França JL, Vasconcelos AC, Magalhães MHA, Borges SM. **Manual para normalização de publicações técnico científicas**. 5. ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2001.

Gil, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo; Atlas, 1996.

Gil, AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo; Atlas, 1995.

Gonçalves HA. **Manual de monografia dissertação e tese: inclui exercício prático e normas de referência, citações e notas de rodapé – NBRs 14724/10520/6023-2002**. São Paulo: Avercamp; 2004.

Hübner MM. **Guia para elaboração de monografias e projetos de dissertação de mestrado e doutorado**. São Paulo: Mackenzie; 1998.

Pádua EMM. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. 6. ed. Campinas: Papirus Editora; 2000

Pietzschke F, Wimmer F. **Michaelis illustrated dictionary: English-Portuguese**. São Paulo: Melhoramentos; 1961.

Rothman KJ. No adjustments are needed for multiple comparisons. **Epidemiology** 1990; 1(1):43-6.

Secaf V. **Artigo científico: do desafio à conquista**. São Paulo: Reis Editorial; 2000.

Severino AJ. **Metodologia do trabalho científico**. 19. ed. São Paulo: Cortez Editora; 1993.

Sinclair JM, Hanks P, Fox G, Moon R, Stock P, Delahunty A. **Collin Cobuild English dictionary: helping learners with real English**. Great Britain: HarperCollins Publisher; 1995.

Vieira RM. **A composição e a edição do trabalho científico**. São Paulo: Lovise; 1995.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Biblioteca/CIR **Guia de apresentação de teses**. São Paulo; 1998.

9. ANEXOS

ANEXO 1 – Foto e Mapa de Localização do HSC.

Anexo 2- Folder de Lançamento do Programa

COMISSÃO ORGANIZADORA

• GRUPO DE HUMANIZAÇÃO

- Cácia R. Maria de Oliveira
- Douglas Ferrari
- Josinete Martins Castelan
- Kátia M. A. S. Bello
- Koshiro Otani
- Lurdes Noriko Kato
- Marco Antonio de Moraes
- Maria Teresa Bettine
- Patrícia Akemi Kiota
- Soraya Sshmidt
- Sucellina Y. Bradaschia

APOIO

Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer
Coordenação Nacional de
Prevenção e Vigilância do Câncer
(Conprev)

Secretaria de Estado da Saúde
Divisão de Doenças Crônicas
Não Transmissíveis - DCNT/CETAB

GSK - GlaxoSmithKline - Zyban
Pharmacia - Nicorette

Rua Santa Cruz, 398
04.122-000 - São Paulo
PABX 5080.2000
www.hospitalsantacruz.com.br

Lançamento do Programa:
**"Saúde e Coerência
sem Cigarro"**

Local: Auditório do Hospital Santa Cruz
Data: 30 de agosto
Horário 14:00h

Público Alvo

Colaboradores do Hospital Santa Cruz, Profissionais da área de Saúde de outros Hospitais (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais entre outros), que atuam ou gostariam de atuar em programas de controle do tabagismo.

Objetivo

Sensibilizar e conscientizar colaboradores do Hospital Santa Cruz sobre o grave problema de saúde que representa o tabagismo, visando a implantação do Programa "Saúde e Coerência sem Cigarro".

Duração

das 14 horas às 17 horas

Local

Auditório do Hospital Santa Cruz
Rua Santa Cruz, 398 - Vl. Mariana

Programação

13:00h Entrega de Material

- 14:00h Abertura
- Superintendência Geral do HSC
Dr. Newton Shiozawa
 - Representante do Grupo de Humanização
 - Representante da Secretaria da Saúde

14:15h Lançamento do Programa
Saúde e Coerência Sem Cigarro

Dr. Douglas Ferrari
Médico do Centro Cirúrgico do HSC
Membro do Grupo de Humanização

14:30h Conferência

"Dimensão do Problema Tabagismo"
Coordenação: Dr. Koshiro Otani
Médico do Trabalho - HSC

Palestrante:

Profº Dr. José Rosemberg
- Presidente do Comitê Coordenador para o Controle do Tabagismo no Brasil
- Presidente Honorário do Comitê Coordenador para o Controle do Tabagismo na América Latina
- Presidente da Comissão Estadual de Controle do Tabagismo do Estado de S.P.
- Professor Titular de Tisiologia - PUC/SP
- Médico Tisiologista

15:15h Coffee Break

Programação

15:30h Mesa Redonda

**"Experiência de Hospitais
Livres do Cigarro"**

Coordenação: Área de Enfermagem

"Estratégia do Ministério e da SES/SP"
Dr. Marco Antonio de Moraes
- Coordenador de Campanhas de Controle do Tabagismo da SES/SP
- Assessor Técnico da Comissão Estadual de Prevenção e Controle do Tabagismo
- Enfermeiro do Trabalho do HSC
- Mestre em Saúde Pública

"Hospital São Paulo - Prev - Fumo"
Profª Dra. M. Isabel Carmagnani
- Coordenadora do Centro de Estudos de Enfermagem do Hospital São Paulo
- Membro do PREV - Fumo - UNIFESP
Profª Dra. Da Escola Paulista de Medicina

"Hospital das Clínicas da UNICAMP"
Laura Helena Hoffmann
- Coordenadora do Programa de Controle do Tabagismo do H. C. UNICAMP
- Assistente Social do H. C. UNICAMP

"Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo e Hospital Infantil Darcy Vargas"
Dra. Maria Vera Cruz de Oliveira
- Médica Pneumologista do HSPE e H. I. Darcy Vargas
Sra. Leda Mitie Matsumoto
- Psicóloga - HSPE

17:00h Encerramento

Anexo 3 - Comissão Executiva do PCT do HSC.

Cácia Rosângela M. de Oliveira	– Administração de Pacientes
Dr. Douglas Ferrari	– Médico Coordenador UTI/UCO
José Wagner Grasseti	– Comercial e Marketing
Kátia Lopes Varella Antonelli	– Supervisora de Higiene Hospitalar
Dra Kátia M. Á. S. Bello	– Enfermeira - Educação Continuada
Dr. Koshiro Otani	– Médico do Trabalho
Lurdes Noriko Kato	– Assistente Social
Dr Marco Antonio de Moraes	– Enfermeiro do Trabalho - Coordenador
Dra Maria Tereza Bettine	– Enfermeira
Patrícia Akemi Kiota	– Psicóloga
Dra Soraya Schmidt	– Enfermeira
Sucelina Yasuoka Bradaschia	– Assistente Social

ANEXO 4 – Folder do Curso de Capacitação sobre Tabagismo oferecido à Comissão Executiva do PCT do HSC

Material Bibliográfico

- Manual "Falando Sobre Tabagismo" do INCA/MS;
- Livro "Ajudando seu paciente a deixar de fumar, do INCA/MS;
- Manual "Abordagem e Tratamento do Tabagismo – Consenso", do INCA/MS;
- Livro "Pandemia do Tabagismo – Enfoques Históricos e Atuais" da SES/SP.
- Manual "Deixando de Fumar sem Mistério" Seções 1, 2, 3 e 4"
- Vídeos.

Material Educativo

- Cartazes; Folhetos, Adesivos, Bottons, etc...

Organização Coordenação

Dr. Marco Antonio de Moraes
Responsável pela Área de Tratamento do Fumante da SES/SP

Apoio Logístico

Lenilza Moura dos Santos
Lúcia Eliza Prestes Salve
Maria Natividade Sabino
Vitor Soares Pereira

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis- DCNT/CVE
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar, sala 613
CEP : 01246-901
FONE/ FAX: (0XX11) 3082-2172
FONES: 3066-8295 ou 3066-8479
e-mail: dvcnt@saude.sp.gov.br
prevdcnt@cve.saude.sp.gov.br

Curso:

"Abordagem Intensiva ao Fumante"

Endereço: SES - 351 - Av. Arnaldo - 6º andar - Sala 613
Localidade: São Paulo, São Paulo, SP
CEP: 01246-901

Público Alvo

Profissionais de nível superior que atuam ou gostariam de atuar em Centros de Tratamento do Tabagismo no Estado de São Paulo.

Objetivo

Capacitar Profissionais de Saúde de Nível Superior para realizarem Tratamento do Fumante.

Docentes

- **Prof. Dr. José Rosenberg**
Professor Titular da PUC-São Paulo
Presidente do CCCTB e da CETAB/SES-SP
- **Prof. Dr. Ronaldo R. Lorangeira**
Professor Adjunto - Depto de Psiquiatria da UNIFESP
- **Prof. Dra Maria Isabel Carmagnani**
Professora do Depto de Enfermagem da UNIFESP
- **Dr Marco Antonio de Moraes**
Coordenador da Área de Tratamento do Fumante e do Projeto Saúde e Coerência da SES/SP
- **Dra Jaqueline Scholz. Issa**
Cardiologista do Instituto do Coração - INCOR
- **Dra Ana Margarida A. Rosenberg**
Coordenadora do Projeto Saber Saúde da SES/SP
- **Dra Dalva M. de Oliveira Valencich**
Coordenadora da Área de Controle do Tabagismo nas Empresas da SES/SP.
- **Dra Africa de La Cruz Neumann**
Coordenadora da Área de Alimentação - DCNT
- **Dr. Carlos F. Bittencourt Neumann**
Psiquiatra da DCNT SES/SP

Duração

16 horas

Local

Marian Palace Hotel
Av. Casper Líbero - 65 - fone 228-8433

PROGRAMA

1º Dia (30/10/02)

- 08:00 – 08:30h Inscrições e Entrega de Material
- 08:30 – 09:00h Abertura
- 09:00 – 09:10h Dinâmica de Crenças – 1ª parte
- 09:10 – 09:40h Programa de Controle do Tabagismo do INCA/MS
- 09:40 – 10:20h Conferência: Dimensão do Problema Tabagismo
- 10:20 - 10:35h Intervalo para Café
- 10:35 – 11:15h O Tabagismo como dependência
- 11:15 – 10:450h Falando sobre Tabagismo
- 11:45 – 12:20h D. Cardiovascular e Tabagismo
- 12:20 – 13:30h Intervalo para Almoço
- 13:30 – 14:10h Programa Saúde e Coerência – Tornando o Ambiente Livre do Cigarro
- 14:10 – 14:50h Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar
- 14:50 – 15:20h Dinâmica de Crenças– 2ª parte
- 15:20 – 15:35h Intervalo para Café
- 15:35 – 16:05h Dificuldades no Tratamento do Tabagismo
- 16:05 - 16:35h Apoio Medicamentoso
- 16:35 - 17:30h Deixar de Fumar X Ganho de Peso

PROGRAMA

2º dia (31/10/02)

- 08:30 – 09:50h Seções 1, 2, 3 e 4 – "Deixando de Fumar Sem Mistérios"
- 09:50 – 10:30h Estrutura de um Centro de Dependência à Nicotina (Portaria – 1.575).
- 10:30 - 10:45h Intervalo para Café
- 10:45 – 11:30h Experiência da Oficina de cessação de fumar
- 11:30 – 12:30h Elaboração de um Projeto para Implantação do Centro de Atendimento ao Fumante
- 12:30 - 13:30h Intervalo para Almoço
- 13:30 – 15:30h Oficina de Trabalho para Exercício de Elaboração do Projeto
- 1530 – 15:45h Intervalo para Café
- 15:45 – 16:30h Apresentação do esboço do Projeto
- 17:00h - Enceramento

ANEXO 5 – Conteúdo do Treinamento sobre “Abordagem ao Fumante para Seguranças e Recepcionistas do PCT do HSC

Programa de Treinamento Sobre Abordagem ao fumante – Pessoal de Segurança e Recepção

GRUPO ALVO - Seguranças e Recepcionistas do Hospital Santa Cruz.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 a 30 por turma

DURAÇÃO - 1 hora

DATA - janeiro a março de 2002

LOCAL - Auditório do HSC

HORÁRIO – manhã (07:30 – 08:30) tarde (15:30 – 16:30)

1. Introdução - 10 minutos

Objetivos:

- apresentar os responsáveis pelo curso, situando-se como representantes do Programa de Controle do Tabagismo do Hospital Santa Cruz.
- apresentar o Programa Saúde e Coerência-Módulo Tabagismo
- informar:
 - que o programa não é contra o fumante, enfatizando a idéia de ver no fumante um indivíduo que apresenta um problema, necessitando de apoio e respeito para superá-lo;
 - sobre a necessidade da instituição em ser exemplo, tornando-se livre do cigarro;
 - que a instituição oferecerá apoio para os funcionários que queiram deixar de fumar;
 - sobre o papel do profissional que está sendo treinado, como educador, modelo de comportamento, agente de mudança de comportamento dentro da instituição, procurando valorizar a colaboração deste para o sucesso do programa.

2. Dinâmica de grupo para apresentação dos participantes: 10 minutos.

Objetivos

- começar a integração do grupo, partindo de algo fundamental como conhecer-se mutuamente, estabelecendo uma relação interpessoal;
- romper o gelo para desfazer tensões;
- demonstrar que nenhum membro do grupo passará despercebido;
- estimular a participação de todos.

Processo

O coordenador inicia, explicando que o exercício a ser realizado precisa que todos se sintam à vontade.

Isto requer que todos saibam quem é quem, para que se conheça um pouco mais o grupo, através de seus componentes, facilitando a integração para os trabalhos. São várias as maneiras de tornar isto possível. Uma delas é esta que será feita neste momento.

Fazer uma apresentação individual, citando nome, função e área de trabalho.

3. Falando sobre Tabagismo (exposição dialogada) - 20 minutos.

Objetivos:

- informar sobre o tabagismo e alguns de seus aspectos essenciais para motivar a atuação do grupo alvo deste treinamento. Nesta exposição serão apresentados de forma simplificada os seguintes aspectos do tabagismo:
 - números impactantes sobre mortalidade por tabagismo;
 - componentes da fumaça do cigarro;
 - doenças causadas pelo tabagismo;
 - informações sobre tabagismo passivo;
 - impacto ambiental e os riscos para o fumante;
 - estratégias da indústria para manter e captar novos consumidores e a importância

do trabalho da instituição de saúde para se contrapor a estas estratégias.

Material didático: transparências

Material de apoio: Livro “Falando sobre tabagismo” -

Processo: exposição com apoio de transparências, durante a qual os participantes interrompem para esclarecer as dúvidas que vão surgindo. No entanto, o expositor deverá responder de forma objetiva, evitando divagações e desvios do tema, garantindo a continuidade da exposição.

Procurar na medida do possível fazer uma exposição interativa, provocando os participantes a colocarem suas crenças e opiniões a respeito do tabagismo e dos diversos ângulos da sua problemática, relacionados acima.

Para evitar que a exposição se torne enfadonha, evite detalhar numericamente os gráficos, utilizando-os apenas para abordar o tema de forma simples e direta.

4. Prova situacional

Tempo necessário 15 minutos.

Objetivos

- Desenvolver uma interação do grupo, através de trocas de experiências comuns e pessoais à cerca dos temas: tabagismo como problema de saúde pública; controle do tabagismo e papel do profissional de saúde neste contexto.

Além disso, espera-se:

- envolver os membros do grupo a cerca do tema;
- exercitar os membros do grupo com situações do cotidiano;
- estimular a reflexão, a argumentação e a sedimentação de conceitos pré-existentes ou adquiridos durante o treinamento.
- exercitar a capacidade de improvisação, tendo em vista os conhecimentos adquiridos durante o treinamento.
- exercitar a abordagem de fumantes com empatia e sem agressividade.

Processo

O coordenador inicia, explicando que o exercício a ser realizado exige que todos se sintam à vontade. O que se pretende com este exercício é estimular a utilização dos conhecimentos adquiridos, através da improvisação. Deve-se nesse exercício procurar desmistificar visões preconceituosas que os não fumantes geralmente têm do fumante, e principalmente trabalhar a questão da abordagem do fumante sem agressividade, de forma discreta e polida.

Para isso o coordenador solicita que:

- os membros formem subgrupos de 4 (quatro) participantes;
- cada subgrupo retire um tema entre os que ele tem no fichário;
- os subgrupos iniciem uma conversa, com duração de cinco (cinco) minutos, visando a articulação de uma dramatização sobre o tema escolhido; cada membro deverá ter uma pequena participação na dramatização;
- após expirado o tempo para a conversa entre os subgrupos, seja formado um grupo único, a fim de assistir às dramatizações de cada subgrupo, que transcorrerão cada uma delas, no prazo estipulado de 5 (cinco) minutos. Nesta etapa, que durará aproximadamente 15 minutos o coordenador fará breves ponderações nos intervalos das exposições dos subgrupos.

Fichário de Situações Para Subsidiar Exercício De Prova Situacional

- No corredor do ambulatório, o Dr Luís fuma enquanto caminha distraidamente, em direção ao elevador. Sr João, o segurança nota o fato e aí
- Numa sala de espera da instituição, duas pessoas esperam fumando, enquanto observa um médico fumando, a recepcionista nota o fato e...
- Várias aux. de enfermagem estão no posto de enfermagem do hospital preparando as prescrições enquanto duas delas fumam...
- A acompanhante da Sra Rosa, paciente do hospital, entra no elevador fumando
- Na sala de espera do ambulatório da pediatria, uma mãe acompanhando seu filho fuma, enquanto espera ser chamada para o atendimento....
- Seu chefe imediato fuma e é preciso sensibilizá-lo a apoiar o programa de controle do tabagismo do HSC, aí....
- No sanitário dos ambulatórios, duas faxineiras conversam e fumam animadamente. Lúcia, a recepcionista, entra e.....

ANEXO 6 – Normatização sobre o consumo do cigarro no HSC

RESTRIÇÃO DO USO DO CIGARRO NO HOSPITAL SANTA CRUZ

Página 1 de 2

REH 316 - RESTRIÇÃO DO USO DO CIGARRO NO HOSPITAL SANTA CRUZ

1. OBJETIVO

Restringir o consumo de derivados do tabaco produtores de fumaça no Hospital Santa Cruz às áreas sinalizadas para esse fim denominadas "Fumódromos"

2. INSTITUI COMISSÃO

A fim de manter o Programa de Controle do Tabagismo, fica criada a Comissão composta pelos seguintes membros:

Cácia Rosângela Maria de Oliveira	–	Administração de Pacientes
Dr. Douglas Ferrari	–	Médico Coordenador UTI/UCO
José Wagner Grasseti	–	Comercial e Marketing
Kátia Lopes Varella Antonelli	–	Supervisora de Higiene Hospitalar
Dra Kátia M. A. S. Bello – Enfermeira	–	Educação Continuada
Dr. Koshiro Otani	–	Médico do Trabalho
Lurdes Noriko Kato	–	Assistente Social
Dr Marco Antonio de Moraes	–	Enfermeiro do Trabalho
Dra Maria Tereza Bettine	–	Enfermeira
Patrícia Akemi Kiota	–	Psicóloga
Dra Soraya Schmidt	–	Enfermeira
Sucelina Yasuoka Bradaschia	–	Assistente Social

3. CONSIDERAÇÕES

- 3.1. Art. 2º da Lei Federal nº 9.294, publicada no DOU de 16.07.96 dispõe sobre as restrições ao uso de produtos fumíferos em recinto coletivo privado ou público, salvo em áreas destinadas exclusivamente para esse fim, incluindo nestes, os hospitais;
- 3.2. Hospitais e seus profissionais são modelos de comportamento social no que tange a preservação da saúde;
- 3.3. A elevada morbimortalidade ocasionada pelo consumo do cigarro;
- 3.4. O Programa de Controle do Tabagismo do Hospital Santa Cruz que visa conscientizar todos o colaboradores sobre os malefícios decorrentes do ato de fumar e a fim de que medidas educativas alcancem resultados efetivos;
- 3.5. Dentro do contexto do Programa, está previsto o treinamento de pessoal de portaria (seguranças e recepcionistas), buscando sensibilizá-los sobre o assunto, bem como motivá-los a desempenhar uma importante função nesse processo, tais como, abordagem e orientação dos fumantes sobre as áreas designadas para tal;
- 3.6. A normatização desse processo tem como objetivo dar conseqüências e consistência ao processo educativo que ora vem acontecendo nesse Hospital, na medida em que respaldará o papel dos profissionais treinados para o cumprimento deste Procedimento;
- 3.7. Para elaboração destas instruções, foram consultados o Regime Disciplinar do HSC e Normas da CLT.

4. PROCEDIMENTOS PARA COLABORADORES DO HSC

- 4.1. Quando qualquer colaborador do HSC for visto fumando em áreas diferentes das permitidas (fumódromos), deve ser abordado de forma discreta e polida pelos profissionais treinados para esse fim (seguranças e recepcionistas), além das chefias, que devem orientá-lo sobre as localizações reservadas para fumar (fumódromos), solicitando que apague o cigarro ou qualquer outro derivado de tabaco produtor de fumaça naquele local;
- 4.2. Caso o indivíduo reincida ou se recuse acatar a orientação recebida, deve ser encaminhada uma notificação sobre a ocorrência à sua chefia imediata, que por sua vez deve encaminhar uma cópia para o representante do Programa de Controle do Tabagismo. Na oportunidade o funcionário deve ser esclarecido sobre os objetivos do Programa de Controle do Tabagismo do HSC e, se for seu desejo, encaminhá-lo para tratamento;
- 4.3. Se o colaborador for notificado duas vezes quanto ao cumprimento deste Procedimento, o representante do Programa de Controle do Tabagismo, elaborará estratégias educativas voltadas para o colaborador e seu ambiente de trabalho;
- 4.4. Em caso de três notificações, o funcionário deve se advertido com base no artigo 2º da Lei 9.294, devendo os responsáveis pelos setores de cada unidade solicitar abertura de processo administrativo disciplinar, com vista à aplicação de advertência por escrito, ou os responsáveis pelo setor poderão adverti-lo por escrito, encaminhando a advertência ao Departamento de Pessoal.
- 4.5. Após a advertência, a suspensão deve ser aplicada imediatamente após a reincidência;
- 4.6. Com base no artigo 482 da CLT, o colaborador poderá receber a penalidade de demissão sumária pela direção, após o descumprimento da norma, mesmo após a suspensão.

ANEXO 7 – Divulgação do Programa de Atendimento ao Fumante do HSC

O Grupo de Humanização do Hospital Santa Cruz constituído por uma equipe multidisciplinar, criou o Centro de Atendimento ao Dependente de Nicotina, com a finalidade de atender aos colaboradores do Hospital Santa Cruz que estiverem interessados em deixar de fumar.

O período total de tratamento compreenderá 12 meses, iniciando-se por uma triagem seguida de 4 sessões semanais, 2 retornos de acompanhamento quinzenais e 10 retornos de acompanhamento mensais, que deverão totalizar 15 atendimentos por interessado.

O atendimento será feito em grupos de 10 a 15 pessoas por um período aproximado de 90 minutos, ou em casos específicos e necessários será feito individualmente.

INICIO DOS GRUPOS (toda quarta-feira por 4 semanas + retornos)

INICIO DO ATENDIMENTO: Agosto de 2002

HORÁRIO – 10:30 às 12:00 h

LOCAL – Sala de Reuniões do Setor de Medicina do Trabalho – Rua Santa Cruz – 281

INSCRIÇÕES – de 16/07/02 até 13/08/025 no Setor de Medicina do Trabalho – Ramal – 2489

Grupo de Atendimento ao Fumante da Equipe Humanização

ANEXO 8 – Comemorações das Datas de Controle do Tabagismo no HSC

Eventos comemorativos o Dia Mundial Sem Tabaco e Dia Nacional de Combate ao Fumo

Palestras

ANEXO 9 – Fumódromo do HSC

ANEXO 10 – Sinalização de Proibido Fumar no HSC

Sinalização Externa

Sinalização Interna

Endereço: Rua Tupanaci - Nº 400 - Bairro Vila Gumercindo - Cep:041 31-020 – São Paulo – SP Fones: 0XX-11- 5068-0436 (res.) ou 19-9731-7286 (cel.)

ANEXO 12 – Aprovação dos Comitês de Ética **Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública****COMITÊ DE ÉTICA – COEP**

Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

Telefones: (55-11) 3066- 7779 – fone/fax (55-11) 3064 -7314 – e-mail: mdgracas@usp.br**Of. COEP/038/04**

12 de março de 2004

De ordem da Sr. Coordenadora, Prof. Eunice Aparecida Bianchi Galati, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou e aprovou**, em sua 2.ª/04 Sessão Ordinária, realizada em 11.03.04, de acordo com os requisitos da Resolução 196/96, o protocolo de pesquisa n.º 1095, intitulado: “AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO HOSPITAL SANTA CRUZ – SÃO PAULO- CAPITAL”, apresentado pelo pesquisador Marco Antonio de Moraes.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em azul da Prof. Eunice Aparecida Bianchi Galati.

Eunice Aparecida Bianchi Galati
Professora Doutora
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

HOSPITAL

SANTA CRUZ

SOCIEDADE BRASILEIRA E JAPONESA
DE BENEFICÊNCIA SANTA CRUZ
Rua Santa Cruz, 398 • cep 04122-000
São Paulo • SP • Brasil
Tel.: +55(11) 5080-2000
www.hospitalsantacruz.com.br

CEP 041/2005

São Paulo, 22 de novembro de 2005

Ilmo Sr
Pesquisador Dr Marco Antonio de Moraes
Disciplina/ Departamento: Enfermagem Medicina do Trabalho

Senhor Pesquisador:

Em resposta a sua carta de 31 de Outubro de 2005 a este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitando Novo Parecer sobre o **Protocolo “Avaliação da Implantação do Programa de Controle de Tabagismo no Hospital Santa Cruz São Paulo-SP”** enviado e **Aprovado** em 30 de janeiro de 2004, foi reavaliado na Reunião de 16 de novembro de 2005 em virtude da execução da 2ª fase do Protocolo e foi ratificado sua **APROVAÇÃO**.

Atenciosamente,

Dr. Sigismundo José Gomes Amoroso
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Cruz
Sociedade Brasileira e Japonesa de Beneficência Santa Cruz

ANEXO 13 – Questionário Aplicado na Pesquisa sobre Perfil do Fumante

QUESTIONÁRIO

Os quadro abaixo deve ser preenchidos somente pelo pesquisador

Número do questionário	/__/__/__/_/
Avaliação: 1 /__/ Pré –Teste	2 /__/ Pesquisa
Data da Pesquisa: Mês:	Ano:

Este questionário contém 2 seções, com um total de 11 questões. Solicitamos a devida atenção, para que todas as questões sejam preenchidas. Obrigado.

SEÇÃO A

As 7 questões desta seção são utilizadas para identificar a população pesquisada.

- A – 1 IDADE:**
1 ☐ < 19 anos	2 ☐ 20 a 29anos
3 ☐ 30 a 39 anos	4 ☐ 40 a 49 anos
5 ☐ 50 a 59 anos	6 ☐ 60 a 69 anos
7 ☐ 70 anos ou mais	

- A – 2 SEXO:**
1 ☐ masc
2 ☐ fem.

- A – 3 Estado civil:**
1 ☐ solteiro
2 ☐ casado
3 ☐ separado/divorciado
4 ☐ viúvo

- A – 4 Qual o seu nível de escolaridade**
1 ☐ Nível Universitário (3º grau completo)
2 ☐ Nível Médio (2º grau completo)
3 ☐ Nível elementar (1º grau completo ou incompleto)

- A – 5 Qual a sua profissão**
1 ☐ Enfermeiro
2 ☐ Médico
3 ☐ Outro Profissional Técnico de Nível Universitário
4 ☐ Outro Profissional Administrativo de Nível Universitário
5 ☐ Técnico ou Auxiliar de Enfermagem
6 ☐ Outro Profissional Técnico de Nível Médio
7 ☐ Outro Profissional Administrativo de Nível Médio
8 ☐ Outro Profissional de Nível Elementar
9 ☐ Não Sei

A – 6 VOCÊ EXERCE ALGUMA FUNÇÃO DE GERÊNCIA/COORDENAÇÃO/CHEFIA?1 ☐ sim2 ☐ não**A – 7** Em que Unidade do Hospital você trabalha?1 ☐ Administração de Terceiros2 ☐ Almoarifado3 ☐ Ambulatórios4 ☐ Auditoria5 ☐ Caixa6 ☐ Central - Desinfecção7 ☐ CME8 ☐ Convênios9 ☐ Farmácia Satélite10 ☐ Faturamento11 ☐ Comercial12 ☐ Controladoria13 ☐ Gerência de Enfermagem14 ☐ Logística15 ☐ Recursos Humanos16 ☐ T.I17 ☐ Hemodinâmica18 ☐ Higiene Hospitalar19 ☐ Internação Enfermagem ou Administração20 ☐ Internação Recepção21 ☐ Lavanderia22 ☐ Manutenção23 ☐ Medicina do Trabalho24 ☐ O&M25 ☐ Ortopedia26 ☐ PABX - CENTRAL27 ☐ Pronto Atendimento28 ☐ Recursos de Glosas29 ☐ S.C.I.H30 ☐ S.N.D31 ☐ Sala Pré - Operatória32 ☐ SAME33 ☐ Serviço Social34 ☐ Superintendência35 ☐ Tesouraria36 ☐ TMO - Geral37 ☐ UCO38 ☐ Unidade de Cirúrgica – Centro Cirúrgico39 ☐ UTI40 ☐ Vigilância41 ☐ Setor Terceirizado

SEÇÃO B

As 4 perguntas da seção B são sobre o comportamento de fumar.

B – 1 VOCÊ ALGUMA VEZ NA VIDA FUMOU CIGARROS, CHARUTOS, CACHIMBO, CIGARRILHAS ?

1 ☐ sim

2 ☐ não

B – 2 PENSE BEM, SOMANDO TODOS OS CIGARROS QUE VOCÊ FUMOU NA VIDA INTEIRA, CHEGA A SOMAR 5 MAÇOS (100 CIGARROS) ?

1 ☐ sim

2 ☐ não

B – 3 PENSE BEM: AO TODO NA VIDA VOCÊ JÁ GEGOU A FUMAR 50 CHARUTOS OU 50 CIGARRILHAS OU FUMAR CACHIMBO 50 VEZES ?

1 ☐ sim

2 ☐ não

B – 4 ATUALMENTE, VOCÊ FUMA ?

1 ☐ sim, fumo

2 ☐ não

-----XX-----

O questionário está encerrado. Muito Obrigado pela sua valiosa colaboração.

ANEXO 14– Questionário aplicado na Pesquisa sobre Percepção do PCT

QUESTIONÁRIO

Os quadro abaixo deve ser preenchidos somente pelo pesquisador

Número do questionário /__/_/ __/_/

Avaliação: 1 /__/_/ Pré –Teste 2 /__/_/ Pesquisa

Data da Pesquisa: Mês --- Ano 2005

Este questionário contém 6 seções, com um total de 19 questões que abordam assuntos diferentes.

Solicitamos a devida atenção, para que todas as questões sejam preenchidas. Obrigado.

SEÇÃO A

As questões desta seção são utilizadas para identificar a população pesquisada.

- A – 1 IDADE:**
1 ☐ < 19 anos	2 ☐ 20 a 29anos
3 ☐ 30 a 39 anos	4 ☐ 40 a 49 anos
5 ☐ 50 a 59 anos	6 ☐ 60 a 69 anos
7 ☐ 70 anos ou mais	

- A – 2 SEXO:**
- 1 ☐ masc
- 2 ☐ fem.

- A – 3 Estado civil:**
- 1 ☐ solteiro
- 2 ☐ casado
- 3 ☐ separado/divorciado
- 4 ☐ viúvo

- A – 4 Qual o seu nível de escolaridade**
- 1 ☐ Nível Universitário (3º grau completo)
- 2 ☐ Nível Médio (2º grau completo)
- 3 ☐ Nível elementar (1º grau completo ou incompleto)

- A – 5 Qual a sua profissão**
- 1 ☐ Enfermeiro
- 2 ☐ Médico
- 3 ☐ Outro Profissional Técnico de Nível Universitário
- 4 ☐ Outro Profissional Administrativo de Nível Universitário
- 5 ☐ Técnico ou Auxiliar de Enfermagem
- 6 ☐ Outro Profissional Técnico de Nível Médio
- 7 ☐ Outro Profissional Administrativo de Nível Médio
- 8 ☐ Outro Profissional de Nível Elementar
- 9 ☐ Não Sei

A – 6 VOCÊ EXERCE ALGUMA FUNÇÃO DE GERÊNCIA/COORDENAÇÃO/CHEFIA ?1 ☐ sim2 ☐ não**A – 7** Em que Unidade do Hospital você trabalha?1 ☐ Administração de Terceiros2 ☐ Almoarifado3 ☐ Ambulatórios4 ☐ Auditoria5 ☐ Caixa6 ☐ Central - Desinfecção7 ☐ CME8 ☐ Convênios9 ☐ Farmácia Satélite10 ☐ Faturamento11 ☐ Comercial12 ☐ Controladoria13 ☐ Gerência de Enfermagem14 ☐ Logística15 ☐ Recursos Humanos16 ☐ T.I17 ☐ Hemodinâmica18 ☐ Higiene Hospitalar19 ☐ Internação Enfermagem ou Administração20 ☐ Internação Recepção21 ☐ Lavanderia22 ☐ Manutenção23 ☐ Medicina do Trabalho24 ☐ O&M25 ☐ Ortopedia26 ☐ PABX - CENTRAL27 ☐ Pronto Atendimento28 ☐ Recursos de Glosas29 ☐ S.C.I.H30 ☐ S.N.D31 ☐ Sala Pré - Operatória32 ☐ SAME33 ☐ Serviço Social34 ☐ Superintendência35 ☐ Tesouraria36 ☐ TMO - Geral37 ☐ UCO38 ☐ Unidade de Cirúrgica – Centro Cirúrgico39 ☐ UTI40 ☐ Vigilância41 ☐ Setor Terceirizado

SEÇÃO B

As 3 perguntas da seção B são sobre o desenvolvimento da 1ª fase do programa de controle do tabagismo do HSC, objetivando avaliar se nesta etapa houve a reflexão e discussão sobre o tema tabagismo.

B – 1 PENSE BEM, NO PERÍODO DE AGOSTO À OUTUBRO DO ANO DE 2001, VOCÊ SE LEMBRA DE TER VISTO UM CARTAZ COM A FRASE “PARE E PENSE: É COERENTE FUMAR NESTE AMBIENTE?

1 ☐ sim

2 ☐ não

9 ☐ Não lembro

B – 2 O CARTAZ ACIMA REFERIDO “PARE E PENSE” DESPERTOU EM VOCÊ A REFLEXÃO SOBRE O ASSUNTO PARAR DE FUMAR OU SOBRE O USO DO CIGARO NO HSC?

1 ☐ sim

2 ☐ não se aplica, pois não vi o cartaz

9 ☐ Não lembro

B – 3 NO PERÍODO REFERIDO NA PERGUNTA B1 VOCÊ CHEGOU A DISCUTIR OU COMENTAR SOBRE O TEMA TABAGISMO NO HSC?

1 ☐ sim

2 ☐ não

9 ☐ Não lembro

SEÇÃO C

As 4 perguntas da seção C, são para verificar se o Programa de Controle do Tabagismo conseguiu informar e esclarecer a população do HSC a respeito dos malefícios do tabagismo aplicadas na 2ª fase do Programa de Controle do Tabagismo do HSC.

C – 1 PENSE BEM, NO PERÍODO DE NOVEMBRO DO ANO DE 2001 A MARÇO DO ANO DE 2002, VOCÊ SE LEMBRA DE TER VISTO UM CARTAZ COM A FRASE “FUMAR NÃO COMBINA COM A QUALIDADE DE VIDA – AJUDE A CRIAR UM AMBIENTE LIVRE DO CIGARRO ?

1 ☐ sim

2 ☐ não

9 ☐ Não lembro

C – 2 No período referido na questão C1, você participou de alguma palestra, treinamento, discussão ou recebeu algum folheto informativo ou ainda obteve alguma outra forma de informação sobre os malefícios do tabagismo?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

9 ☐ Não lembro

C - 3 O material educativo ou informação que você recebeu sobre o tabagismo ajudou a esclarecer sobre os efeitos nocivos do tabagismo?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

9 ☐ Não lembro

C - 4 Você tomou conhecimento sobre a Lei Federal nº 9.294/96 que dispõe sobre as restrições ao uso de produtos fumíferos em recintos coletivos, privados ou públicos?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

9 ☐ Não lembro

SEÇÃO D

As 3 perguntas da seção D, são para verificar se o Programa de Controle do Tabagismo do HSC, desenvolveu adequadamente a sua 3ª fase e conseguiu manter o ambiente do HSC livre da fumaça do cigarro.

D – 1 PENSE BEM, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2002 ATÉ ATUALMENTE VOCÊ LEMBRA DE TER VISTO UM CARTAZ COM A FRASE “PODE RESPIRAR A VONTADE: ESTE É UM AMBIENTE LIVRE DO CIGARRO” ‘?’

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

9 ☐ Não lembro

D – 2 No período inicial do mês de março, você recebeu um folheto informativo junto com o seu holerith referente à norma que proíbe a utilização do cigarro dentro do HSC, esclarecendo sobre a existência dos Fumódromos como únicas áreas onde se permite fumar no HSC?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

9 ☐ Não lembro

D – 3 Você notou a sinalização fixada em todos os setores do HSC, relativas à proibição do cigarro?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

9 ☐ Não lembro

SEÇÃO E

A única pergunta da seção E, é para identificar quais ações educativas despertaram maior sensibilização e adesão ao programa de controle do tabagismo do HSC.

E – 1 DAS AÇÕES ABAIXO LISTADAS QUAL A QUE VOCE CONSIDEROU A MELHOR? (assinalar apenas 1 alternativa)

1 ☐ Palestras

2 ☐ Treinamentos

3 ☐ Cursos

4 ☐ Campanhas de Lançamento do Programa

5 ☐ Campanhas no Dia Mundial e Nacional Sem Tabaco

9 ☐ Não sei

SEÇÃO F

A pergunta da seção F, é para identificar quais foram os meios de comunicação que apresentaram melhores resultados no programa de controle do tabagismo do HSC.

F – 1 DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO ABAIXO LISTADAS QUAL O QUE VOCÊ ACREDITA QUE APRESENTOU O MELHOR RESULTADO? (assinalar apenas 1 alternativa)

1 ☐ Mensagem no computador

2 ☐ Mensagem em Holerith

3 ☐ Mensagem no Quadro de Avisos

4 ☐ Artigos Publicados na Revista SANA

5 ☐ Artigos e Orientações publicadas no Jornal do HSC

6 ☐ Distribuição de Material Educativo

9 ☐ Não sei

-----XX-----

O questionário está encerrado. Muito Obrigado pela sua valiosa colaboração.

ANEXO 15- Modelo do Cartaz “Pare e Pense”

Cartaz destinado a propiciar a reflexão e discussão sobre o Tabagismo, tendo sido exposto no período de agosto a novembro de 2001 (1ª fase do programa).

ANEXO 16– Modelo do Cartaz “Fumar não combina com a qualidade de vida” e de outros materiais educativos

Material destinada a fornecer informações sobre os malefícios do Tabagismo, tendo sido exposto e distribuído no período de novembro de 2001 à março de 2002 - (2ª fase do programa).

ANEXO 17– Modelo do Folheto, Cartaz e Banner “Pode respirar a vontade”

Material destinado a manter o HSC livre da poluição Tabágica, esta sendo utilizado desde março de 2002 até a presente data. (3ª fase)