

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANA LÚCIA MENDES LOPES

**ASPECTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS ENVOLVIDOS NA
ELABORAÇÃO DA MATRIZ AVALIATIVA DE UM
SERVIÇO DE TRATAMENTO DO TABAGISMO**

**SÃO PAULO
2014**

ANA LÚCIA MENDES LOPES

ASPECTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS ENVOLVIDOS NA
ELABORAÇÃO DA MATRIZ AVALIATIVA DE UM
SERVIÇO DE TRATAMENTO DO TABAGISMO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem na área de Cuidado em Saúde, do
Departamento de Saúde Coletiva da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo, para a
obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lislaine Aparecida Fracolli

Versão corrigida
(versão original disponível na Escola de Enfermagem da Universidade de São
Paulo)

SÃO PAULO

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Lopes, Ana Lúcia Mendes

Aspectos teóricos e práticos envolvidos na elaboração da matriz avaliativa de um serviço de tratamento do tabagismo / Ana Lúcia Mendes Lopes. -- São Paulo, 2014.

284 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracoli

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Saúde – avaliação
2. Promoção da saúde
3. Tabagismo
4. Pesquisa Qualitativa I. Título.

ANA LÚCIA MENDES LOPES

Aspectos teóricos e práticos envolvidos na elaboração da matriz avaliativa de um serviço de tratamento do tabagismo

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Lislaine Aparecida Fracolli Instituição: EEUSP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Ao Luiz, Renato e Mariana

À Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracoli

AGRADECIMENTOS

A pós-graduação requer empenho, foco, dedicação, organização, esforço. Complicado, mas, longe de ser um sacrifício, quando o caminho é escolhido.

Sacrifício faz quem não escolhendo exatamente viver tal experiência, se vê envolvido em seus desdobramentos. O companheiro, os filhos, a família, a orientadora, bancas, amigos, colegas de trabalho, sujeitos da pesquisa, docentes, estagiários, colegas de pós-graduação, chefes e parceiros profissionais.

Estas queridas pessoas protagonizaram grandes contribuições para esta pesquisa, dando de si sua paciência, o abrir caminhos, apresentar contatos, informação, a transcrição e organização de dados, sua própria experiência de vida, comprometimento e trabalho, seu tempo, energia e compreensão. Foi a palavra de conforto, a ajuda, o colo, a escuta, ideias, encorajamento, incentivo, desafio, olhares, a bronca, sorrisos, abraços! Cumplicidade!

Investiram-me de serenidade para eu poder ter foco. Nutriram-me afetuosamente. Ações concretas, que me ajudaram a seguir na vida pessoal, familiar, profissional e acadêmica. De fato, ninguém sai do mesmo modo como entrou de um processo tão profundo de aprendizado, imersão e amadurecimento.

Saio mais forte pela energia de tantos, que recebi! Honrada por haver convivido com cada uma destas pessoas durante a jornada. Saio mais aberta a ousar. Imensamente grata e feliz pelo que foi possível alcançar. Com muitas dívidas, dado o que comigo foi generosa e ricamente compartilhado. Quanto respeito e responsabilidade por cada um!

Ofereço meu reconhecimento e gratidão, esperando retribuir e multiplicar cada gesto. Muito obrigada!

Ana Elizabeth Follmann
Ana Paula Calejo
Anna Maria Chiesa
Ariane de Souza Nascimento
Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta
Cláudia Maria Bógus
Claudia Seraphim Ferrari
Cristiane Mendes Barbosa Camargo
Danielle Freitas Alvim de Castro
Denise Gonçalves Moura Pinheiro
Edinalva Cruz
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli
Fernanda Maria Togeiro Fuginin
Jane Prado
João Paulo Becker Lotufo
Lázara Maria Marques Ravaglio
Maria José Correia
Maria Júlia Paes da Silva
Marta Maria Meleiro
Marcia de Souza Campos
Marilza Keiko Higashi
Meire V. Oliveira Pereira
Mirian Fukuoka
Nívia Giacomini Fontoura Faria
Raquel Rapone Gaidzinski
Selma Mena Romeiro Nishimura
Simone Albino
Tania Regina Sancinetti
Teresa Cristina Manrique
Vanda Elisa Andres Felli
Vera Lúcia Mira Gonçalves
Zilah Bergamo Navarro

Profissionais e usuários do serviço de tratamento do tabagismo
do HU-USP: gratidão pelo compartilhado!

Pessoas de referência no controle do tabagismo entrevistadas:
dívida enorme!

Aos colegas do Departamento de Enfermagem do HU-USP,
proporcionando condições para o aprimoramento de seus colaboradores:
orgulho de estar aqui!

Colegas do Ambulatório do HU-USP - parceria, cumplicidade,
compreensão!

Em 2002, na sala da senhora superintendente do HU, enquanto conversávamos sobre as diretrizes assistenciais de uma unidade básica de saúde, ouvi que em sua opinião, seria mais gratificante sob o aspecto de resultados, trabalhar primeiramente com grupos de obesidade, e então depois, com cessação do tabagismo.

Com razão e fundamentação, ela considerava a terapia de tratamento do tabagismo de resultados frustrantes e de trabalho muito complexo.

Desde então, a mobilização da sociedade e a sensibilização do pessoal da saúde, os novos recursos, a ciência, as leis e as decisões políticas permitiram vislumbrar melhores resultados na cessação do tabagismo, com reflexo na prevalência das principais doenças crônicas não transmissíveis.

Mas, ainda é complexo!

Passados doze anos e convivendo com o tema há dez, penso que a concretização e investimentos nas políticas e logísticas dos programas ainda precisam alcançar muitos: desde os meios de produção industrial e agrícola, gestores, trabalhadores, estrutura de saúde, academia, para então sim, tornar menos frustrante a experiência dos que desejam parar de fumar e daqueles que os apoiam nesta jornada.

Isto é Promoção da Saúde.

Que esta pesquisa possa proporcionar caminhos para que a assistência e o cuidado ao tabagista sejam mais satisfatórios, tanto da perspectiva do paciente, quanto dos profissionais.

Que os esforços em organizar serviços de cessação do tabagismo sejam efetivos e compensadores, com investimentos para além das leis!

Ana Lúcia

“... que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem com barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.”

Manoel de Barros

Lopes ALM. Aspectos teóricos e práticos envolvidos na elaboração da matriz avaliativa de um serviço de tratamento do tabagismo. [tese] São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Introdução: O tabagismo é um problema crônico e de enfrentamento complexo. A ampliação da legislação, a conscientização da sociedade e a menor aceitação social do tabagismo, aumentaram a procura por serviços de cessação do tabagismo. A avaliação de programas desse tipo é tarefa complexa, considerando os diferentes níveis de intervenção, a diversidade de cenários e atores envolvidos. A avaliação de programas de cessação do tabagismo necessita incorporar ferramentas participativas, capazes de apontar a eficiência do programa, além de fomentar ações de transformação das práticas. Esta pesquisa buscou configurar uma matriz avaliativa capaz de contribuir na organização e autoaprendizagem de serviços dirigidos aos sujeitos em suas tentativas de parar de fumar, captando os diferentes contextos presentes na intervenção, nos cenários e nos atores. As questões da pesquisa foram: Quais são os indicadores que podem apontar o quanto um serviço se aproxima ou se distancia das práticas baseadas em evidências e dos modelos e diretrizes da promoção da saúde? Quais são os elementos que indicam ou não a qualidade de um serviço de tratamento do tabagismo? **Objetivos:** Desenvolver a matriz de indicadores de um serviço de tratamento do tabagismo. Para tanto buscou-se a) Identificar a percepção de *experts*, usuários e profissionais sobre serviços de tratamento do tabagismo; b) Caracterizar as práticas e bases de um serviço de cessação do tabagismo; c) Construir o modelo lógico avaliativo desse serviço; c) Formular as bases teóricas e práticas para a construção de matriz avaliativa de indicadores para um serviço de tratamento do tabagismo. **Método:** Situado no desenho orientado por modelo teórico (theory-driven evaluation) na perspectiva da Promoção da Saúde preconizada por Hartz, o percurso metodológico foi apoiado nas abordagens qualitativas e participativas e na estratégia da pesquisa-ação. O cenário de estudo foi o serviço de cessação do tabagismo de um hospital universitário, no município de São Paulo. Foram sujeitos dessa pesquisa profissionais de referência para o PNCT (*experts*), profissionais que atuam diretamente no serviço (implicados) e usuários do serviço. A análise e discussão dos achados apoiaram-se na triangulação de dados, correlacionada com a literatura. **Resultados:** O desfecho desta pesquisa foi o desenvolvimento da matriz avaliativa. Utilizou-se as percepções dos *experts*, implicados e usuários sobre as dimensões de estrutura, processo e resultado. A legislação, o financiamento, extensão e cobertura, a acessibilidade, as instalações, os recursos humanos, os equipamentos e insumos foram apontados como categorias para “estrutura”. Na dimensão “processo” as categorias foram: divulgação e captação, acolhimento e busca ativa, o perfil sócio psicológico dos usuários, a rede de referência e contra referência, o diagnóstico, acompanhamento e as estratégias educativas com base no autocuidado e na redução de danos. No âmbito de “resultados” os sujeitos pontuaram: a taxa de sucesso na cessação do tabagismo, a regularidade do serviço, a adesão, o respeito à autonomia, a melhora na qualidade de vida e a satisfação do usuário. **Conclusão:** Conclui-se que a matriz avaliativa construída possui potencial para avaliar a qualidade do serviço e promover o aprendizado institucional e o desenvolvimento pessoal/profissional. Contribui para o movimento de reflexão-ação-reorientação das práticas de cuidado. Ao ampliar a análise para além dos importantes indicadores solicitados pelo Programa Nacional do Controle do Tabagismo, a matriz elaborada dirige-se ao fortalecimento (empowerment) dos envolvidos (profissionais e usuários). Ajuda a estabelecer papéis e responsabilidades na reorientação de aspectos que possam influenciar o desempenho no acesso, acolhida, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos que desejam parar de fumar.

Palavras-chave: avaliação em saúde; promoção da saúde; tabagismo / cessação do tabagismo; pesquisa qualitativa; enfermagem.

Lopes ALM. Theoretical and practical aspects involved in the evaluative framework elaboration of a tobacco smoking treatment service [thesis] São Paulo (SP), Brazil: Nursing School, University of São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Introduction: Tobacco smoking is a chronic problem and very difficult to face. The improvements in the legislation, the awakening of the society and the smaller social acceptance to tobacco smoking have increased the number of people looking for smoking cessation services. The evaluation of such programs is a complex task, considering the different levels of intervention and the diversity of sceneries and actors involved. The evaluation of smoking cessation programs needs to incorporate participatory tools in order to indicate the program efficiency, and foster transformation actions of the practices. This study sought to configure an evaluation framework capable of contributing to the organization and self-learning of the services addressed to individuals in their attempts to quit smoking by capturing the different contexts present in the intervention sceneries and actors. The research questions were: Which are the indicators that may point out how much a service comes close or is distant from evidence-based practices, guidelines and models of health promotion? Which are the elements that indicate or not the quality of a smoking cessation treatment service? **Objective:** Developing the indicators framework of a smoking cessation service. For this it was sought to a) identify the experts, users and professionals perceptions about smoking cessation services, b) Characterize the practices and basis for a smoking cessation service c) Build the evaluative logical model of such service c) Formulate the theoretical and practical basis for the construction of an evaluative framework of indicators for a smoking cessation service. **Method:** Situated in the theoretical model oriented design (theory-driven evaluation) from the perspective of health promotion proposed by Hartz, the methodological trajectory was based on the qualitative and participative approaches as well as in the strategy of the action research. The study setting was the smoking cessation service at a university hospital in São Paulo. The subjects of this study were reference for the NTCF professionals (experts), the professionals who work directly in the service (stakeholders) and service users. The analysis and discussion of the findings were based upon the triangulation of data, correlated with the literature. **Results:** The outcome of this research was the development of the evaluation framework. It was used the perceptions of experts, and users concerned about the dimensions of structure, process and outcome. The legislation, funding, the extension and coverage, accessibility, facilities, human resources, equipment and supplies were identified for "structure". In the dimension "process" the categories were: dissemination and uptake, host and active search, the social psychological profile of the users, the network of reference and cross reference, diagnosis, monitoring and educational strategies based on self-care and harm reduction. Within the scope of "outcomes" the subjects pointed: the success rate of stop smoking, the regularity of service, treatment adherence, the autonomy, the improvement in quality of life and user satisfaction. **Conclusions:** We conclude that the evaluative framework constructed has the potential for assessing the service quality and to promote institutional learning and personal / professional development. It contributes to the movement of the reflection-action-reorientation of care practices. By broadening the analysis beyond the important indicators requested by the National Tobacco Control Program, the elaborate framework is targeted to the empowerment of those involved (professionals and patients). It helps to set roles and responsibilities in reorienting the aspects that may influence the access, reception, diagnosis, treatment and monitoring performance of those who want to quit smoking.

Key-words: health evaluation, health promotion; tobacco smoking / smoking cessation; qualitative research; nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Referências em diretrizes nacionais utilizadas para programas de cessação do tabagismo.	41
Quadro 2 - Referências em diretrizes internacionais para programas de cessação do tabagismo.	43
Quadro 3 - Referências em avaliações de programas e serviços de tratamento do tabagismo.	45
Quadro 4 - Os seis componentes do “MPOWER”	48
Quadro 5 - Caracterização profissional dos experts entrevistados quanto à sua formação, atuação e nível de envolvimento com o controle do tabagismo.....	122
Quadro 6 - Categorias temáticas relacionadas à estrutura do serviço	124
Quadro 7 - Categorias temáticas relacionadas ao processo de trabalho	126
Quadro 8 - Categorias temáticas relacionadas aos resultados	128
Quadro 9 - Categorias temáticas selecionadas pelos experts como melhores indicadores da qualidade	129
Quadro 10 - Caracterização dos usuários do serviço de tratamento do tabagismo do HU-USP - características sócio-demográficas	130
Quadro 11 - Caracterização dos usuários do serviço de tratamento do tabagismo do HU-USP - histórico e status de tabagismo	131
Quadro 12 - Caracterização dos profissionais do serviço de tratamento do tabagismo do HU-USP em setembro de 2012	139
Quadro 13 - Instrumento de caracterização do serviço - A: Organização econômica/ institucional.....	155

Quadro 14 - Instrumento B, para caracterização e evolução dos usuários do serviço, no período avaliado	157
Quadro 15 - Instrumento C, dos profissionais que atuam diretamente no tratamento do tabagismo, segundo a categoria, o nível de dedicação, capacitação específica* e tempo	160
Quadro 16 - Modo de organização das planilhas das dimensões de estrutura, processo e resultado.....	162
Quadro 17 - Questionário da Dimensão de Estrutura - questões 1 até 7	163
Quadro 17 (final) - Questionário da Dimensão de Estrutura - questões de 8 a 15	168
Quadro 18 - Questionário da Dimensão de Processo: questões 1 até 9	173
Quadro 18 (continuação) - Questionário da Dimensão de Processo: questões 10 até 14	181
Quadro 18 (continuação) - Questionário da Dimensão de Processo: questões 15 até 19	188
Quadro 18 (continuação) - Questionário da Dimensão de Processo: questões 20 até 24	195
Quadro 18 (final) - Questionário da Dimensão de Processo: questões 25 até 27	200
Quadro 19 - Questionário da Dimensão de Resultado: questões 1 até 6.	205
Quadro 19 (continuação) - Questionário da Dimensão de Resultado: questões 7 até 13	211
Quadro 19 (continuação) - Questionário da Dimensão de Resultado: questões 14 até 19	216
Quadro 19 (final) - Questionário da Dimensão de Resultado: questões 20 até 22	222

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxo de Informações do Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS (Brasil, 2009).....	51
Figura 2 - Síntese das etapas da pesquisa	107
Figura 3 - Esquema de modelo lógico para conscientização na área de saúde (Wong Rieger; David, 1995, apud Hartz, Vieira da Silva et al, 2005, p.51)	119
Figura 4 - Modelo Lógico Esquemático do Serviço de Tratamento do Tabagismo do Hospital Universitário da USP	148
Figura 5 - Modelo Lógico Detalhado do Serviço de Tratamento do Tabagismo do Hospital Universitário da USP - modelo detalhado	149
Figura 6 - Concepção da matriz avaliativa para serviços de tratamento do tabagismo	152

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Roteiro de Entrevista Semiestruturada aos Experts.....	258
Anexo 2 - Roteiros das Reuniões de Grupos Focais com os Implicados	261
Anexo 3 - <i>Stakeholders</i> Reunião 2	265
Anexo 4 - Roteiro de Entrevista Semiestruturada aos Usuários do Serviço	266
Anexo 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Experts/ Gestores.....	269
Anexo 6 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuários do Serviço de Tratamento de Tabagismo do HU-USP.....	270
Anexo 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais do HU-USP.....	271
Anexo 8 - Ficha de Matrícula no Ambulatório de Tabagismo HU-USP 2010-2011	272
Anexo 9 - Esboço de matriz de indicadores de estrutura, classificados por temas e fontes de dados.....	276
Anexo 10 - Esboço de matriz de indicadores de processo, classificados por temas e fontes de dados.	279
Anexo 11 - Esboço de matriz de indicadores de resultado, classificados por temas e fontes de dados.	284
Anexo 12 - Carta do Comitê de Ética em Pesquisa do HU-USP	286

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ACT/ ACTbr	Aliança de Controle do Tabagismo
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAGE	Acrônimo das quatro perguntas do questionário: cut down, annoyed, guilty, eye-oppenner.
CAPS	Centro de Atendimento Psico Social
COex	Monóxido de carbono no ar exalado
CDC	Center of Diseases Control
CID	Classificação Internacional de Doenças da OMS
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONICQ	Comissão (Interministerial) para Implementação da Convenção Quadro da OMS para Controle do Tabaco
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
CRATOD	Centro de Referência para Álcool, Tabaco e Outras Drogas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EM	Entrevista motivacional
EUA	Estados Unidos da América
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FCA	Framework Convention Alliance
HNP	Health Nutrition and Population Family
HU-USP	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer ou Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva
MS	Ministério da Saúde
NCSCCT	National Centre for Smoking Cessation and Training
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NHS	National Health System

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão Arterial Sistêmica
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
PNCT	Programa Nacional para o Controle do Tabagismo
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SBPT	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIBI	Sistema Integrado de Bibliotecas da USP
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TRN	Terapia de Reposição de Nicotina
UBAS	Unidade Básica de Assistência à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	25
1 INTRODUÇÃO	38
1.1 TABAGISMO: INVESTIGAÇÃO NA LITERATURA	40
1.2 O CONTEXTO DO TABAGISMO	47
1.2.1 Abordagens para a cessação do tabagismo	53
1.3 O SERVIÇO DE TRATAMENTO DO TABAGISMO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.....	57
2 OBJETIVOS.....	60
2.1 OBJETIVO GERAL	62
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	62
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	64
3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS AVALIAÇÕES DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE SOB O PARADIGMA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	66
3.1.1 A avaliação de serviços	75
3.1.2 A avaliação da qualidade	78
3.1.3 Modelo teórico (ou lógico): como construir?	79
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	88
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	90
4.1.1 A pesquisa avaliativa e o estudo de caso.....	91
4.1.2 A pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa e quantitativa	92
4.1.3 A pesquisa-ação como estratégia de avaliação formativa	94
4.1.4 A triangulação dos dados.....	96
4.1.5 A avaliação em promoção da saúde e a pluralidade metodológica.....	98
4.2 FONTES DE DADOS.....	100
4.3 POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DO ESTUDO.....	100
4.3.1 Pessoas de referência ou “experts”.....	100
4.3.2 Usuários do serviço, ou “usuários”	102
4.3.3 Profissionais diretamente ligados ao serviço ou “implicados”	102
4.3.4 Outras fontes de dados.....	103

4.4	LOCAL DO ESTUDO	103
4.5	ETAPAS DA PESQUISA.....	104
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	107
4.7	CONSIDERAÇÕES RELATIVAS À ÉTICA EM PESQUISA	108
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	110
5.1	CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO TRADUZIDAS COMO MODELO LÓGICO.....	113
5.2	A PERCEPÇÃO DOS EXPERTS, USUÁRIOS DO SERVIÇO E PROFISSIONAIS SOBRE A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO	120
5.2.1	A percepção dos “experts”	120
5.2.1.1	A estrutura e organização dos serviços.....	123
5.2.2	A percepção dos usuários do serviço.....	129
5.2.3	A percepção dos profissionais envolvidos na prestação direta de assistência	137
5.2.3.1	Organização e estrutura do serviço.....	141
5.3	O PROTÓTIPO DA MATRIZ AVALIATIVA	151
5.3.1	A dimensão de estrutura	162
5.3.2	A dimensão de processo.....	158
5.3.3	A dimensão de resultado.....	204
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	224
7	REFERÊNCIAS	234
	ANEXOS	256

APRESENTAÇÃO

O tabagismo continua sendo um sério desafio à saúde pública. É um problema crônico e complexo de se enfrentar, que demanda articulações e intervenções nos âmbitos “sociais, governamentais e não governamentais” (Cavalcante, 2005, p. 288) com a utilização de diversas tecnologias.

Por ser o maior fator de risco evitável para doenças não transmissíveis e a maior causa de morte prematura, possível de se prevenir, requer atenção de profissionais, serviços de saúde e instituições de pesquisa (National Institutes of Health, 2006; Iglesias et al, 2007; NHS, 2010, 2012).

Os esforços articulados no controle do tabagismo vêm mostrando resultados expressivos em vários países: em pouco mais de 20 anos, o ato de fumar deixou de ser visto como algo normal; a legislação determina que as pessoas possam obter ajuda pública para parar de fumar (Department of Health, 2008).

Lançado em 1989, quando a prevalência de tabagismo na população era de 34,8%, o Programa Nacional para o Controle do Tabagismo (PNCT) é a expressão da política brasileira de adesão ao tratado da Convenção-Quadro de Controle do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial de Saúde (OMS), que reúne 173 países, cobrindo 87% da população mundial (Cavalcante, 2005; World Health Organization, 2011).

As intervenções do PNCT nas políticas, legislação, propaganda, controle e cessação do tabagismo já alcançaram resultados de impacto, como a redução da prevalência do tabagismo para 12,1%, verificada através da pesquisa “Vigitel 2012”, e a modificação dos perfis epidemiológicos de morbimortalidade das doenças cardiovasculares e respiratórias (Brasil 2011; Brasil 2013^a).

O PNCT é coordenado nacionalmente pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). Referência mundial na concretização da estratégia de enfrentamento do tabagismo, caracteriza-se pela descentralização, através de parcerias com as Secretarias Estaduais

(SES) e Municipais de Saúde (SMS), além de articulações intersetoriais amplas com a sociedade civil organizada, representada pelos conselhos profissionais da área da saúde, organizações não governamentais (ONG) e sociedades científicas.

Seus critérios (Romero, Costa e Silva, 2011) contemplam o contexto multidisciplinar, a capacitação de profissionais, grupos de apoio, cartilhas, bem como a distribuição de medicamentos que são fornecidos trimestralmente às unidades credenciadas, de modo a oferecer “suporte clínico e medicamentoso àqueles que desejam se tornar ex-fumantes” (Machado, 2010, p.1).

Prevê estratégias em diferentes níveis de intensidade, conforme o perfil e o nível de dependência, como a adoção de práticas individuais, coletivas e comunitárias de educação em saúde, campo estratégico e instrumental da promoção da saúde (Labonte, 1993; Brasil, 2001, 2003, 2004, 2006, 2013; Carvalho, 2004; Cavalcante, 2005; Iglesias et al, 2007; INCA 2008, World Health Organization, 2011).

Fundamenta-se nas pesquisas e práticas baseadas em evidências e nos modelos e diretrizes da promoção da saúde, esta, referendada nos documentos da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS e do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Cavalcante, 2005; Brasil, 2004, 2006, 2011, 2013).

O PNCT tem como referência as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e os protocolos de cessação do tabagismo de países como Estados Unidos da América, Canadá e Reino Unido, além dos consensos brasileiros (Marques et al 2001; Brasil, 2001; National Institutes of Health, 2006; NICE, 2008; Reichert et al., 2008; World Health Organization, 2011; Araújo et al, 2012; Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, INCA/SAS/MS, 2013).

Seu conceito sob a ótica da promoção da saúde implica intervenções pautadas por estes princípios. Inclui temas como concepção holística, intersetorialidade, participação social, *empowerment*, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade. (Cavalcante, 2005; Bógus, 2008). São princípios voltados...

[...] para a criação de oportunidades e o aumento da capacidade de indivíduos, populações e organizações para identificar e lidar com os determinantes sociais da saúde a partir de critérios de equidade e justiça social (II Seminário Brasileiro de Efetividade em Promoção da Saúde, 2008, p.1).

Inicialmente, as iniciativas do PNCT estenderam-se dos circuitos das especialidades médicas para os serviços de atenção secundária, como hospitais gerais, serviços de saúde mental e de tratamento de dependência de drogas e, mais recentemente, aos espaços de atenção primária, como Unidades Básicas de Saúde e Programa de Saúde da Família, avançando na abordagem transversal dentro das políticas de controle de doenças crônicas não transmissíveis¹ (DCNT) (Cavalcante, 2005; World Health Organization, 2011; INCA, 2011; Mendes, 2012; Brasil, 2001, 2003, 2011, 2013, 2013a).

Portanto, as estratégias utilizadas no controle do tabagismo passaram a ser exigência de qualidade, através do estímulo a todos os profissionais de saúde para que abordem cada paciente ou usuário (Araújo et al, 2012; Brasil, 2001; 2013). Sob a perspectiva da descentralização e pelo fato de o tabagismo “estar presente em todas as etapas do desenvolvimento humano”, o PNCT pretende “integrar as ações locais para controle do tabagismo a programas da atenção básica de saúde” (INCA, 2008, p.104; Brasil, 2013).

Com estas configurações, as medidas adotadas vêm alcançando resultados expressivos em várias frentes, com impacto

¹ Tabaco: Cetab abre novas possibilidades de estudos e parcerias
Publicada em 28/03/2013 <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/32273>

na prevalência do tabagismo (12,1%) e na modificação dos perfis epidemiológicos de morbimortalidade das doenças cardiovasculares e respiratórias (Brasil, 2012, 2013a).

Entretanto, enquanto a agenda antitabaco e os resultados da prevalência de tabagismo observados no Brasil têm sido referência internacional, a tradução das práticas baseadas em evidências nos programas públicos de apoio à cessação do tabagismo não vem acompanhando esta tendência na mesma medida (Brasil, 2001; National Institutes of Health, 2006; Iglesias et al, 2007, 2008; Instituto Nacional do Câncer, 2011).

Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, entre 2002 e 2009, apontaram que embora a prevalência do tabagismo no Brasil tivesse diminuído cerca de 0,8% ao ano, o aconselhamento e a farmacoterapia, métodos utilizados para interromper o ato de fumar, haviam sido usados respectivamente por apenas 15,2% e 6,7% das pessoas com mais de 15 anos, que fizeram tentativas para acabar com a dependência do tabaco, em 2007 (INCA, 2011).

Acrescente-se que os esforços estaduais de capacitação para o tratamento do tabagismo não têm se materializado em serviços credenciados e atuantes, no ritmo previsto². O credenciamento no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) como serviço público de apoio à cessação do tabagismo implica no recebimento de insumos, entre eles os farmacoterápicos, considerados um diferencial estratégico para o sucesso do tratamento. Também necessita logística descentralizadora, capacitação, recursos financeiros (Fiore et al, 2008; Iglesias et al, 2008; Silva, 2008; NICE, 2008, 2010; Saúde SP, 2009; Associação Médica Brasileira, 2013).

² Borges, VL. Tratamento do Tabagismo. [apresentação na internet]. XXVII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde VIII Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não Violência. [citado 10/01/2013].INCA, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca../Tratamento_do_tabagismo_Vera.pdf

Por exemplo, na cidade de São Paulo, entre 2005 e 2006, foram capacitados 28 serviços, enquanto apenas cinco foram credenciados (Silva, 2008; Machado, 2010). Já em 2009, apenas quatro serviços públicos mantinham-se realmente ativos entre os credenciados, com oferta precária de vagas, o que resultava na inacessibilidade aos recursos (Saúde SP, 2009; SPTV, 2009).

Em 2011, o Rio de Janeiro (44%), Espírito Santo (39%), Paraná e Santa Catarina (23%), Rio Grande do Sul (22%), Minas Gerais (11%) e São Paulo (10%) eram os estados do Brasil com maior proporção de unidades que dispunham de tratamento: uma proporção pequena quando se pretende que a população tenha acesso a esse serviço.

Com a aprovação da Lei Antifumo (lei 15.541, de 07 de maio de 2009) no Estado de São Paulo, estimou-se em 30% o aumento da procura por tratamento do tabagismo, o que demandou esforços governamentais para ampliar os programas de capacitação para as 3.100 equipes do PSF na intervenção de abordagem mínima, e capacitar os Centros de Atendimento Psico Social (CAPS) para o tratamento mais complexo, como o medicamentoso (Organização Pan Americana da Saúde, 2010). A lei 12.546, de 14 de dezembro de 2011, que proíbe o uso de cigarros e derivados em ambientes fechados no território nacional, aguarda regulamentação³ há dois anos.

Para alcançar reduções sustentáveis na mortalidade prematura e na morbidade relacionadas às doenças causadas pelo tabaco, em documento do Banco Mundial de Desenvolvimento: saúde, nutrição e população (Health Nutrition and Population Family – HNP), de 2008, denominado Controle do Tabagismo no Brasil: Resumo Executivo, Iglesias e colaboradores apontaram as medidas necessárias para alcançar melhores resultados nos programas públicos de cessação do tabagismo, como:

³ Lei 12.546, de 14 de dezembro de 2011: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato20110125.htm
http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/ambientes_livres_tabaco1-2014/2011/Lei/L12546.htm.

[...] dar mais ênfase à revitalização da rede estadual e municipal de controle do tabagismo, que recebeu menos atenção e recursos do governo federal. Reduções ainda maiores na prevalência do tabagismo e expansão dos casos de cessação exigem financiamento e fortalecimento dos programas estaduais e municipais para o controle do tabaco... Além disso, existe a demanda para a expansão do programa de cessação, para o qual é necessário treinamento de pessoal e fornecimento de recursos de apoio à cessação do tabagismo, bem como coordenação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em conjunto com outras instâncias do SUS (Iglesias et al, 2008, p. 303).

Em 2011, o site da organização não governamental (ONG) Aliança de Controle do Tabagismo (ACT ou ACTbr)⁴ relacionava na cidade de São Paulo 25 locais públicos para tratar o tabagismo, entre hospitais gerais e especializados, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os CAPS. Atualmente divulga 41 endereços⁵. Supondo que todos os postos de tratamento relacionados estivessem realmente em operação, ainda seriam francamente insuficientes para atender a todos os que queiram parar de fumar, se procurassem tratamento.

Em abril de 2013, o Ministério da Saúde contabilizou no Brasil 3.000 unidades de Saúde em 1.159 municípios, com serviços credenciados e capacitados para oferecer a abordagem intensiva. No mesmo ano, lançou meta de multiplicar as unidades por 10 (passando a 30.000 UBSs) com o objetivo de reduzir a prevalência do tabagismo de 15% (2010) para 9% até 2022⁶. Também sancionou a Portaria 571, de 5 de abril de 2013, que atualizou as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema

⁴ ACTbr – Aliança de Controle do Tabagismo. Locais de tratamento. Acesso: 18/10/2011. Disponível em: <http://ACTbr.org.br/tabagismo/tratamento-locais-detalle.asp? uf=24>

⁵ ACTbr – Aliança de Controle do Tabagismo. Locais de tratamento. Acesso: 21/01/2014. Disponível em: <http://actbr.org.br/tabagismo/uf/SP.asp>

⁶ <http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/governo-disponibiliza-r-12-milhoes-para-tratamento>

Único de Saúde (SUS), determinando o tratamento do tabagismo em todos os pontos de atendimento do SUS⁷ (Brasil, 2013).

Estima-se que a ampliação da legislação, a conscientização da sociedade, a menor aceitação social do tabagismo e as medidas restritivas aos usuários de tabaco aumentaram, de fato, a procura por tratamento para deixar de fumar. Tal contexto demandou a multiplicação da oferta de vagas nos programas antitabaco, com conseqüente necessidade de se implantar mais serviços regulares e de qualidade, além da capacitação de um número muito maior de profissionais. Sabe-se que “os esforços para cessação reduzem a mortalidade pelo tabagismo em um prazo mais curto do que a prevenção da sua iniciação”⁸.

Intriga-nos que o empenho de concretizar serviços acessíveis de cessação do tabagismo, com pessoal capacitado, insumos adequados e suficientes pareçam não alcançar seus destinatários na proporção desejada, tampouco concretizar tantos serviços de excelência, como é necessário.

Dos serviços credenciados o PNCT exige o registro trimestral de indicadores de processo e resultado, a fim de avaliar o desempenho, fazer comparações e repor os insumos medicamentosos (Santos et al, 2008; Brasil, 2009). No entanto, não há um modelo avaliativo que contemple alguns aspectos, como o modo de organização de cada serviço, sua estrutura e o nível de capacitação e experiência dos recursos humanos, estratégias e resultados obtidos, para além da cessação imediata, ajudando a compreender o que é efetivo ou o que pode melhorar, e quais são as relações entre os resultados e o “modo de fazer”.

⁷ <http://www.bemparana.com.br/noticia/253194/governo-vai-multiplicar-por-dez-os-postos-que-oferecem-tratamento-para-deixar-de-fumar>

⁸ Borges, VL. Tratamento do Tabagismo. [apresentação na internet]. XXVII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, VIII Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não Violência. [citado 10/01/2013].INCA, 2011, p. 33. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Tratamento_do_tabagismo_Vera.pdf

Por estar inserido no contexto de uma universidade pública, o HU-USP tem como missão “desenvolver atividades de ensino e pesquisa na área de saúde, propiciando pesquisa de tecnologias aplicáveis às demais instituições”⁹.

Desde 2004 o HU-USP desenvolve um serviço multidisciplinar de cessação do tabagismo dirigido à comunidade universitária em geral (também como parte da política de cuidado da saúde do trabalhador da USP), aos habitantes da região do Butantã e aos interessados provenientes de outras regiões da cidade de São Paulo, tendo atendido mais de 2.500 pacientes.

Tal público confere ao serviço do HU-USP característica peculiar, uma vez que enquanto opera a estratégia patronal do próprio HU-USP e da universidade no apoio à cessação do tabagismo aos seus funcionários, também atende a população em geral, além de dar oportunidade ao ensino, à divulgação de conhecimento e ao desenvolvimento de pesquisa, uma vez que o serviço está inserido em um hospital-escola.

As diretrizes do tratamento do tabagismo do HU-USP fundamentam-se nas recomendações do INCA e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – SBPT (Reichert et al, 2008; Brasil, 2001, 2013). Parte do pessoal envolvido foi capacitada pelo Centro de Referência para Álcool, Tabaco e Outras Drogas da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (CRATOD) ou pelo curso da SBPT. Os demais têm experiência adquirida com o tempo de atuação na atividade, devendo se capacitar em futuras oportunidades.

Por sua característica multifacetada e pela grande dependência da subjetividade e especificidade de contextos, a lógica da promoção da saúde que rege o PNCT requer modelos avaliativos que tenham por base ferramentas participativas (Akerman, Mendes, Bógus, 2004), contemplando variáveis, como articulações

⁹ Sobre o HU-USP. Missão e Valores. Acesso: 12/03/2011. Disponível em: <http://www2.hu.usp.br/missao-e-valores/>

intersetoriais nas práticas e intervenções, articulações com a sociedade, estratégias educativas e de intervenção dialógica com diferentes apresentações (mídia, telefone, internet, por exemplo); multidisciplinaridade; ética; entre outras.

Todo este contexto ensejou conhecer a percepção de pessoas de referência – usuários e profissionais de saúde de um serviço já existente – sobre as práticas e estratégias utilizadas na cessação do tabagismo. E também oferecer subsídios ao desenvolvimento de um modelo teórico/lógico e de matriz avaliativa de indicadores de um serviço de cessação do tabagismo, construído a partir da manifestação dos seus atores.

Buscamos indicadores capazes de, além de medir a qualidade, favorecer o diálogo, a negociação e o aprendizado com dimensões que diferenciem as boas práticas de promoção da saúde, proporcionando aprender com os resultados; reorganizar e normalizar parâmetros de qualidade, ensinando a fazer; bem como ampliar e disseminar o conhecimento.

O presente estudo desenvolveu a matriz avaliativa de indicadores a partir da triangulação de dados e com base no paradigma da Promoção da Saúde, com a intenção de submeter futuramente à validação por consenso e promover a sua aplicação.

Ao utilizar estratégias participativas e dialógicas que se alinham aos princípios da Promoção da Saúde para o desenvolvimento do modelo teórico/ lógico do serviço e da matriz avaliativa, pretendeu-se subsidiar novas diretrizes para a reorganização do próprio serviço. Sob o aspecto da gestão, buscou-se oferecer elementos de análise para favorecer as retificações necessárias no serviço já existente (Hartz, Vieira da Silva et al, 2005).

Observando que a efetividade e eficácia dos programas tornam-se maiores quanto maior a aproximação do serviço prestado no contexto dos sujeitos, os estudos e consensos de cessação do

tabagismo apontam para a necessidade de mais pesquisas sobre o contexto social e comunitário incorporado às intervenções (Iglesias, 2007; Joanna Briggs Institute, 2008; Lopes, 2008).

Assim, esta pesquisa buscou fornecer elementos para a configuração e execução de intervenções que se aproximem mais dos contextos aos quais são destinados.

Também se pretendeu colaborar para a organização de outros serviços de cessação do tabagismo – melhorar a efetividade e a abrangência, reconhecendo e ampliando a aproximação de suas práticas e intervenções com as bases da promoção da saúde.

Além disso, objetivou-se apoiar a reorientação da rede básica (cujas células estratégicas são as equipes do Programa de Saúde da Família) para organizar serviços dirigidos aos sujeitos em suas tentativas de parar de fumar, como aspecto pertinente à ampliação dos níveis de saúde e de qualidade de vida da população em geral (Pereira, 2003; Akerman, Mendes, Bógus, 2004; Lopes, 2008).

O tabagismo é um tema relevante e atual. A OMS e o INCA no Brasil enfatizam que os profissionais de saúde devem se instrumentalizar e desenvolver competências para auxiliar os indivíduos a abandonarem o fumo. Na enfermagem, muitas iniciativas ratificam a importância estratégica de se incorporar a intervenção para a cessação do tabagismo na rotina diária da assistência (Lendahls et al, 2002; Pullon et al, 2003; Chaves, Mendonça, 2005; Joanna Briggs Institute, 2008; Lopes, 2008; INCA, 2008).

O estudo desta temática tem relevância atual no campo da saúde coletiva e é pertinente à linha de pesquisa do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP – Bases Teórico-metodológicas para a Intervenção em Saúde Coletiva.

Sua condução fundamenta-se na contribuição para o progresso dos conhecimentos em avaliação de serviços na perspectiva da promoção da saúde, inserindo-se no repertório do grupo de pesquisa Modelos Tecno Assistenciais e a Promoção da Saúde¹⁰ da mesma escola, que visa contribuir para a reflexão e o realinhamento das tecnologias e dos processos de trabalho em saúde, sob a perspectiva da promoção da saúde.

Nosso interesse originou-se da participação na equipe do serviço de tratamento do tabagismo do HU-USP, colaborando no planejamento e execução de intervenções multiprofissionais; como coautora de um capítulo sobre a participação da enfermagem no tratamento do tabagismo (Lotufo et al, 2007) e da contribuição na página do serviço na internet¹¹ (2006).

Desenvolvemos este tema em dissertação de mestrado (Lopes, 2008) e também contribuimos na confecção do manual do HU-USP dirigido a profissionais de saúde (Lotufo et al, 2009) e na elaboração de protocolo, capacitação e implementação de abordagem breve do Departamento de Enfermagem do referido hospital. A tradução de título das Best Practices referente à cessação do tabagismo também foi uma das atividades. Trata-se de publicação do Instituto Joanna Briggs da Universidade de Adelaide, Austrália, para a divulgação de práticas baseadas em evidências (Joanna Briggs Institute, 2008).

Esta pesquisa apresenta, inicialmente, o estado da arte no tratamento do tabagismo. Discorre sobre aspectos relevantes dos referenciais teóricos no campo da avaliação e da promoção da saúde. Descreve o percurso metodológico, desenho orientado por modelo teórico (theory-driven evaluation – TDE) na perspectiva da Promoção da Saúde, apoiado nas abordagens qualitativas e participativas, e na estratégia da pesquisa-ação. A análise e

¹⁰ Grupo de Pesquisa Modelos Tecno Assistenciais e a Promoção da Saúde, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Acesso: 01/08/2011. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/pesquisa/grupromo/>

¹¹ Ambulatório Antitabágico do HU-USP. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Acesso: 01/08/2011. Disponível em: <http://www.tabagismo.hu.usp.br/>

discussão basearam-se na triangulação de dados entre os atores (*experts*, implicados e usuários), correlacionados com a literatura.

Os resultados mostrados são o esboço do modelo lógico e de matrizes iniciais; as concepções dos *experts* e usuários do serviço, bem como as sínteses de grupo focal com os profissionais diretamente implicados com a formulação e validação do modelo lógico do serviço.

A discussão apresenta a matriz desenvolvida como desfecho desta pesquisa, descreve seus componentes e explicita o raciocínio realizado, além de tecer considerações sobre a sua exequibilidade.

1 INTRODUÇÃO

1.1 TABAGISMO: INVESTIGAÇÃO NA LITERATURA

A investigação na literatura visou fornecer subsídio com base em evidências e avaliações de programas ou serviços de tratamento do tabagismo para a elaboração das matrizes avaliativas. Tomou-se, como ponto de partida, o site do INCA, a legislação e as publicações brasileiras, dada a importância de suas diretrizes para os serviços públicos de tratamento do tabagismo no Brasil. Em seguida, pesquisou-se documentos de sociedades profissionais do Brasil, publicações e documentos de órgãos públicos nacionais e internacionais, tanto governamentais como não governamentais.

A estratégia consistiu em consultar sites de organizações que disponibilizam material online (WHO, CDC, NHS, ACTbr, entre outros), busca livre na internet, além de pesquisar bases de dados LILACS, Biblioteca Cochrane, Scielo, CINAHL e MEDLINE, a fim de identificar diretrizes (ou *guidelines*), bem como relatórios, guias ou manuais de avaliações, ou mesmo de monitoramento no tratamento do tabagismo, publicados em Português, Espanhol ou Inglês.

Utilizou-se os termos livres: “tratamento do tabagismo/*smoking treatment* ou cessação do tabagismo/*cese del tabaquismo/ smoking cessation*, acompanhados dos termos diretrizes/*normas/guidelines* ou avaliação/*evaluation/evaluación/assessment*”.

Os limitadores selecionados, quando possível, foram: textos na íntegra disponíveis no sistema SIBI ou CAPES; adultos; data de publicação entre os anos 2000 e 2014. Excluiu-se documentos repetidos, mantendo-se o mais recente.

Os quadros a seguir mostram as referências em legislação e as diretrizes brasileiras (Quadro 1), diretrizes internacionais (Quadro 2) e de avaliações de programas e serviços de tratamento do tabagismo (Quadro 3).

Quadro 1 – Referências em diretrizes nacionais utilizadas para programas de cessação do tabagismo.

TIPO DE DOCUMENTO	ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORIA	TÍTULO	CARACTERÍSTICAS DE ENFOQUE DO TABAGISMO
Diretrizes	2013	AMB; Brasil; INCA; ACT	Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário	Enfoque do tabagismo e suas implicações para a saúde humana como subsídio ao poder judiciário.
Portaria	2013	Brasil	Portaria 571, de 5 de abril de 2013	Atualização das diretrizes de cuidado na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do SUS: o tabagismo como fator de risco de doenças crônicas; a identificação, acolhimento, apoio terapêutico e medicamentoso em todos os pontos de atenção; articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e estratégias para o autocuidado; formação profissional e educação permanente.
Manual	2013	Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo (INCA/SAS/MS)	Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) – Tratamento do Tabagismo	Primeiros esclarecimentos aos gestores municipais e estaduais na organização do PNCT diante da Portaria 571, de 5 de abril de 2013, na forma de perguntas e respostas, visto que foram revogadas as Portarias GM/MS 1.035/04 e SAS/MS 442/04.
Manual	2012	SBPT (Araújo)	Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo	Na forma de perguntas e respostas, das políticas até a abordagem farmacológica e comportamental, com enfoque multidisciplinar e em Saúde Pública.
Manual	2009	Brasil. MS. INCA	Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS. Portaria GM/MS 1.035/04. Portaria SAS/MS 442/04 Fluxos de Informação e Instrumentos de Avaliação. Manual de Operação.	Manual de 2004 atualizado em novembro de 2009. Organiza fluxos e detalha: capacitação; credenciamento; referência e contrarreferência; medicamentos e materiais de apoio; relatórios trimestrais, avaliação, a fim de ampliar o tratamento do tabagismo de unidades especializadas para a atenção primária.
Diretrizes	2009	AMB e ANS (SBPT et al.)	Diretrizes Clínicas na Saúde Complementar: Tabagismo	Diretrizes parcialmente publicadas pela AMB (SBPT et al, 2010) na forma de 20 perguntas e respostas, com enfoque maior no tratamento farmacológico e na abordagem médica.
Diretrizes	2008	SBPT (Reichert et al)	Diretrizes para cessação do tabagismo	Avaliação e tratamento em atualização à publicada em 2004 (Viegas et al). Introduce temas como redução de danos nas recaídas e no profissional que fuma.
Divulgação interna	2008	Prefeitura de São Paulo (Silva, DD)	Programa Municipal de Controle do Tabagismo	Apresenta o alinhamento da PMSP com o PNCT para a capacitação, coordenação e supervisão a serem conduzidas pelo gestor do serviço.
Diretrizes	2004	SBPT (Viegas et al)	Diretrizes para Cessação do Tabagismo	Aborda aspectos epidemiológicos, químicos e neurobiológicos; terapia comportamental e farmacológica, além de destacar fatores dificultadores e grupos especiais: adolescentes, gestantes, idosos, pacientes hospitalizados.

(continua)

(continuação)

TIPO DE DOCUMENTO	ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORIA	TÍTULO	CARACTERÍSTICAS DE ENFOQUE DO TABAGISMO
Diretrizes	2003	Brasil. MS. INCA	Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação	Atualizando documento de 2001 (Brasil, MS, INCA), aborda a prevenção primária do câncer sob a ótica da Promoção da Saúde. Destaca aspectos da determinação social do tabagismo. Aponta o modelo lógico do PNCT com eixos de atuação (legislativo, educativo e econômico), define papéis, metas e critérios de avaliação.
Diretrizes	2001	Brasil. MS. INCA	Abordagem e tratamento do fumante – Consenso 2001	Resultado de amplo encontro de consenso e avaliação crítica, coordenado pelo INCA em 2000. Reuniu profissionais, entidades de classe, sociedades científicas e civis em sua elaboração. Contém as bases teóricas e orientações básicas de abordagem do fumante na prática clínica.
Diretrizes	2001	Brasil. MS. INCA	Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer	Define a utilização do sistema gerencial e de assistência do SUS, em parceria com estados e municípios; estabelece o sistema de capacitação; estabelece os módulos de ambientes de trabalho, unidades de saúde e escolas, além do subprograma de cessação do tabagismo.
Diretrizes	2001	Marques ACPR et al. (ABP)	Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina	Revisão e organização de evidências sobre dados epidemiológicos, dependência da nicotina, protocolo de avaliação, diagnóstico e tratamento em unidades de saúde e abordagem de grupos específicos.

Para as diretrizes nacionais, a Portaria 571 de 2013 (Brasil) revogou as normatizações anteriores¹². Como o Ministério da Saúde deve publicar outros documentos oficiais de orientação e apoio à reorganização dos serviços, também foram consideradas as portarias e diretrizes que normatizavam o tratamento público brasileiro do tabagismo até então (Quadro 1).

¹² Portaria 1.035/GM/MS de 31 de maio de 2004 e Portaria 442/SAS/MS, de 13 agosto de 2004.

Quadro 2 – Referências em diretrizes internacionais para programas de cessação do tabagismo.

TIPO DE DOCUMENTO	ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORIA	TÍTULO	CARACTERÍSTICAS DE ENFOQUE DO TABAGISMO
Documento de capacitação	2012	NCSCT, NHS (Reino Unido)	Standard Treatment Programme: One-to-one smoking cessation support.	Material para capacitação no tratamento comportamental. Aborda cada etapa do tratamento preconizado no Reino Unido, com estratégias para as situações mais comuns em cada fase e com listas de tarefas, com o conteúdo especificado para cada sessão.
Diretrizes	2012	NHS, Department of Health (Inglaterra)	Local Stop Smoking Services (2012) Key updates to the 2011/12 service delivery and monitoring guidance for 2012/13.	Atualiza publicação de 2011; aborda políticas públicas, práticas a serem implementadas transversalmente, como o registro dos tabagistas e o apoio à cessação. Atualiza o tratamento comportamental e farmacológico. Define padrões de qualidade e indicadores de avaliação.
Diretrizes	2011	CAN-ADAPTT (Canadá)	Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline	Divide as evidências entre abordagem psicossocial e aconselhamento; indígenas; pacientes hospitalizados; saúde mental e outras dependências; gestantes; crianças e adolescentes. Sintetiza considerações clínicas e links de recursos. Aponta indicadores. Dirigido a profissionais e ao público em geral. Enfoque multidisciplinar.
Diretrizes	2010	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Reino Unido	NICE public health guidance 26: Quitting smoking in pregnancy and following childbirth.	Enfoca a identificação, documentação, abordagem e suporte de gestantes e seus companheiros e/ou familiares, pelo risco de morte prematura e necessidade de mudança de comportamento. Detalha o momento especial da gestação, a forma apropriada de abordagem e as especificidades do tratamento comportamental e farmacológico, designando responsabilidades e indicadores.
Diretrizes	2010	Ministry of Health Promotion, Ontario (Canadá)	Comprehensive Tobacco Control Guidance Document. Standards, Programs & Community Development Branch.	Explicita responsabilidades sob o enfoque da Promoção da Saúde: avaliação da saúde, vigilância, pesquisa, troca de conhecimento e avaliação do programa. Apresenta as necessidades, afirmações de evidências, ações sugeridas e exemplos de sucesso. Aponta oportunidades de integração com outras áreas, além do setor da saúde.
Diretrizes	2009	U.S. Preventive Services Task Force (EUA)	Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement.	Atualiza o <i>guideline</i> de 2003 de cessação do tabagismo para adultos e gestantes, de forma prática e fácil de consultar, com os tópicos: abordagem breve ("5-A"), aconselhamento, farmacoterapia e implementação.

(continua)

(continuação)

TIPO DE DOCUMENTO	ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORIA	TÍTULO	CARACTERÍSTICAS DE ENFOQUE DO TABAGISMO
Diretrizes	2008	Organização Mundial da Saúde	MPOWER: um plano de medidas para reverter a epidemia de tabagismo	Apresenta a política da CQCT da OMS para implantação nos países signatários, indicando estratégias através da sigla em inglês MPOWER: Monitorar o uso do tabaco (<i>Monitor</i>); proteger a população; oferecer ajuda; (<i>Protect</i>); oferecer ajuda para cessar o fumo (<i>Offer</i>); Advertir sobre os perigos do tabaco (<i>Warn</i>); fazer cumprir as restrições de publicidade e patrocínio (<i>Enforce</i>); aumentar os impostos sobre o tabaco (<i>Raise</i>)
Diretrizes	2008	Department of Health and Human Services (EUA) Fiore et al.	Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline.	Atualiza o <i>guideline</i> de 2000 (Fiore et al) com estratégias e recomendações em: avaliação; intervenções breves e intensivas; sistemas de saúde; populações específicas; abordagem comportamental e farmacológica, combinadas ou isoladas; pessoas com limitações econômicas ou educacionais; adolescentes; gestantes; saúde mental; outras dependências químicas; benefícios para a saúde; capacitação.
Revisão	2008	Stead et al. (Cochrane Collaboration)	Nicotine replacement therapy for smoking cessation	Revisão de 132 estudos envolvendo 40.000 sujeitos, sobre a TRN em suas diversas apresentações.
Diretrizes	2008	National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE (Reino Unido)	Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. (Public health guidance; no. 10)	Considerando a equidade, impacto na saúde, custo/efetividade, relação risco/benefício, facilidade e rapidez de implementação, apresenta evidências na forma de problematização/ considerações/ ações a serem implementadas/ metas de monitoramento. Aborda serviços de cessação do tabagismo e farmacoterapias, bem como grupos específicos.

O grande volume de documentos internacionais acessíveis restringiu a pesquisa aos mais recentes. Para isso, selecionou-se os documentos mais citados, tanto nacional quanto internacionalmente, além dos que demonstrassem relevância e características da Promoção da Saúde. Justificou-se também pela frequente atualização dos mesmos documentos (Quadros 2 e 3).

Quadro 3 – Referências em avaliações de programas e serviços de tratamento do tabagismo.

TIPO DE DOCUMENTO	ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORIA	TÍTULO	CARACTERÍSTICAS DE ENFOQUE DO TABAGISMO
Matriz Avaliativa	2013	National Institute for Health and Care Excellence – NICE (Reino Unido)	Tobacco: harm-reduction approaches to smoking: Baseline assessment tool.	Matriz avaliativa em Excel com diretrizes para redução de danos em tabagismo. Utilizando 14 planilhas com recomendações do <i>guideline</i> (NICE 2013), permite a autoavaliação, perguntando se a meta foi atingida, quais ações foram realizadas, quais são necessárias e o estabelecimento de prazos. Com isso ajuda a dirigir a implementação do serviço de modo uniforme e com base em evidências.
Guia	2013	NHS, Department of Health (Inglaterra)	2013/14 General Medical Services (GMS) Contract Quality and Outcomes Framework (QOF): Guidance for GMS contract 2013/14	Documento com indicadores gerais de várias áreas da saúde, de adesão opcional, que premia o alcance das metas definidas com base nos <i>guidelines</i> do NHS. Entre os cinco indicadores de cessação do tabagismo estão a identificação, oferta de material de autoajuda, e abordagem intensiva com prioridade para grupos especiais e portadores de outras doenças relacionadas ao tabaco.
Manual	2012	National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE (Reino Unido)	Draft quality standard for smoking cessation: supporting people to stop smoking.	Considerando as especificidades locais, define seis padrões de qualidade, objetivos para o controle do tabagismo, indicando sua lógica, diretrizes, forma de cálculo e fontes de informação.
Documento informativo	2012	National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE (Reino Unido)	National Institute for Health and Clinical Excellence. Health and social care directorate. Quality standards and indicators briefing paper.	Instrumento informativo de apoio para a melhoria do processo de tratamento do tabagismo abordado por áreas: identificação e documentação; gravidez; abordagem breve; suporte comportamental e farmacoterápico; estilo de vida; avaliação do serviço; estratégias de envolvimento dos colaboradores e organização.
Relatório anual de pesquisa	2010	Cornish DL, Lutz GM – University of Northern Iowa (EUA)	Iowa Tobacco Cessation Program Evaluation Annual Report: FY2010.	Estudo anual que relata, comparativamente, os resultados de cessação do tabagismo obtidos por serviço telefônico (<i>quitline</i>) e atendimento clínico. Apresenta a caracterização dos usuários dos serviços, níveis de cessação e características dos serviços, além da satisfação dos clientes.
Documento avaliativo	2009	NSW Department of Health (Australia)	Tobacco Action Plan 2005-2009 - Evaluation Framework	Visa avaliar o impacto das ações de controle do tabaco implementadas em New South Wales, Austrália. No modelo teórico define metas, atividades e responsabilizações, resultados esperados, estratégia e formas de avaliação em cessação, ambiente, propaganda, disponibilidade de produtos de tabaco, capacitação, pesquisa e monitoramento.

(continua)
(continuação)

TIPO DE DOCUMENTO	ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORIA	TÍTULO	CARACTERÍSTICAS DE ENFOQUE DO TABAGISMO
Manual	2008	Centers for Disease Control and Prevention (EUA)	Introduction to Process Evaluation in Tobacco Use Prevention and Control.	Manual de apoio técnico à avaliação de processo. Aborda desde a definição, suas etapas, a elaboração do modelo teórico (ou quadro teórico), orientando a condução da avaliação. Discute a relação entre avaliação de processo e de resultado.
Matriz avaliativa	2008	NHS, Department of Health, NICE (Reino Unido)	Audit support for smoking cessation services.	Documento em Microsoft Word® idealizado para que gestores possam selecionar os critérios (13) a serem avaliados. Sua referência é o Public Health Guidance n. 10 (NICE, 2008). Também apresenta um instrumento para coleta de dados clínicos no tratamento do tabagismo
Manual	2008	International Agency for Research on Cancer - IARC WHO	Measures to assess the effectiveness of tobacco cessation interventions	Apresenta indicadores relacionados a comportamento, como crenças em saúde, confiança no serviço, abordagem profissional e tipo de intervenção, de modo a qualificar o processo de cessação do tabagismo.
Manual	2006	CDC - EUA (Starr et al.)	Key Outcome Indicators for Evaluating Comprehensive Tobacco Control Programs. Chapter 4 - Goal area 3: Promoting Quitting Among Adults and Young People.	Manual de indicadores organizado por modelos lógicos, contendo os resultados esperados, definição do indicador, sugestões de fontes de dados e cálculos ou medidas. Também mostra a qualidade do próprio indicador, quanto ao custo, validação, confiabilidade e utilidade.

1.2 O CONTEXTO DO TABAGISMO

Em virtude da dependência da nicotina, considera-se o tabagismo uma doença crônica e sua prevalência, epidêmica. Está incluído na décima versão da Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID 10). A nicotina causa dependência física, química e psicológica, interferindo no organismo e no comportamento (Reichert et al, 2008; Fiore et al, 2008; Araújo et al, 2012; AMB, Brasil, INCA, ACT, 2013)

Dados da Organização Mundial de Saúde indicam haver cerca de um bilhão de fumantes no mundo, cuja maior parte ainda desconhece os malefícios causados pelo cigarro. Oitenta por cento moram em países abaixo da linha de desenvolvimento ou em desenvolvimento, têm menor escolaridade e/ou nível social mais baixo. Destes, cerca da metade poderá morrer em consequência de doenças relacionadas ao cigarro e terá a expectativa de vida abreviada em cerca de dez anos (World Health Organization, 2008, 2011).

A classe social e escolaridade também foram pesquisadas em recente estudo sobre as diferentes distribuições da prevalência do tabagismo no Brasil, correlacionadas às iniquidades. Demonstrou-se que pessoas de menor renda e escolaridade estão mais vulneráveis às doenças relacionadas ao cigarro, ao fumo passivo, a ter menor sucesso para acabar com o hábito de fumar. Além disso, percebem menos as mensagens de alerta à saúde (Costa e Silva, coordenadora, 2013)¹³.

Agendas governamentais definidas e implantadas em várias ramificações da atividade humana, e baseadas nas diretrizes de promoção da saúde, foram estabelecidas nos países signatários da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre eles, o Brasil. Suas

¹³ INCA. Atualidades em tabagismo:
<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=ver.asp?id=2275>

diretrizes partem da chamada estratégia MPOWER (Quadro 4) que define eixos de ação para enfrentar a epidemia de tabagismo.

Quadro 4 – Os seis componentes do MPOWER

M	Monitor – Monitorar o uso do tabaco e as políticas de prevenção
P	Protect – Proteger a população contra a fumaça do tabaco
O	Offer – Oferecer ajuda para cessar o fumo
W	Warn – Advertir sobre os perigos do tabaco
E	Enforce – Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoções e patrocínio.
R	Raise – Aumentar os impostos sobre tabaco

Fonte: WHO – <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>

As iniciativas da Organização Mundial de Saúde, através das medidas propostas pela Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), já alcançaram mais da metade dos países membros com uma ou mais das medidas propostas, e provocaram impacto em 3,8 bilhões de pessoas.

Tais medidas incluem: dispositivos fiscais ou relacionados aos preços como normas reguladoras da comercialização do tabaco, aumento de preços e impostos; dispositivos não relacionados aos preços, como advertências nas embalagens de cigarro, campanhas, proibição e controle da publicidade; diminuição da exposição à fumaça do cigarro; e dispositivos de controle da demanda, como a busca de atividades alternativas à produção de tabaco; redução do comércio ilegal e do acesso de menores aos produtos do tabaco (Iglesias, 2007; WHO, 2008, 2011, 2013).

O Brasil assinou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) em 2003, com a aprovação na Câmara dos Deputados em 2004, e no Senado em 2005 (Brasil, 2003).

As estratégias de marketing e publicidade vêm se transformando ao longo da história da indústria do tabaco para fomentar o consumo, adaptando-se às medidas de controle e procurando atrair o público não fumante, com especial foco nos jovens. A mídia que promove os produtos do tabaco também informa o seu controle. Isto tem sido interpretado pela Organização Mundial de Saúde como o veículo de transmissão da doença: “uma doença transmissível pela publicidade” (Cavalcante, 2005, p. 283; INCA, 2012).

Destaca-se a atuação de organizações não governamentais (ONG), como a Aliança de Controle do Tabagismo (ACTbr)¹⁴, cuja proposta é fortalecer as políticas públicas de controle do tabaco no Brasil, de acordo com as diretrizes da Convenção – Quadro, além de atuar em *advocacy*, junto a quem tem o poder de propor ou validar essas políticas. Atualmente lutam pela regulamentação da lei 12.546/2011 que garante ambientes livres de fumo em todo o País.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) fez pela primeira vez, em 2008, uma Pesquisa Especial Sobre Tabagismo, em inquérito domiciliar, como parte do Inquérito Global Sobre Tabagismo (OMS). O estudo apontou prevalência média de 17,2% entre pessoas maiores de 15 anos, variando entre 13,1% (Sergipe) e 22,1% (Acre). Manteve-se maior na faixa etária de 45 a 64 anos (22,7%) entre homens (21,6%), na região Sul do Brasil (19%), na zona rural (20,4%), em pessoas com menor escolaridade (25,7%) e de menor renda (19,9%) (INCA, 2009, 2011).

Comparando-se a primeira pesquisa nacional de inquérito domiciliar, de 1989, com a de 2003, pôde-se observar significativo e contínuo declínio da prevalência do tabagismo – 45,2% em Belém e 10,3% em Porto Alegre.

Entre 2003 e 2009, a redução média da prevalência do tabagismo foi de 0,8% ao ano. Esses dados indicam os efeitos das

¹⁴Aliança de Controle do Tabagismo (ACTbr): <http://actbr.org.br/>

medidas governamentais adotadas e confirmam que advertências nas embalagens de cigarro e campanhas contundentes e abrangentes na mídia contribuem para diminuir o uso do tabaco (WHO 2008, 2011; INCA, 2011).

O cigarro é um dos maiores fatores de risco para doenças potencialmente graves e incapacitantes, como câncer, doenças pulmonares e cardiovasculares. Está diretamente relacionado a doenças pulmonares da infância e a doenças de não fumantes expostos à fumaça do cigarro em ambientes fechados, devido ao tabagismo passivo.

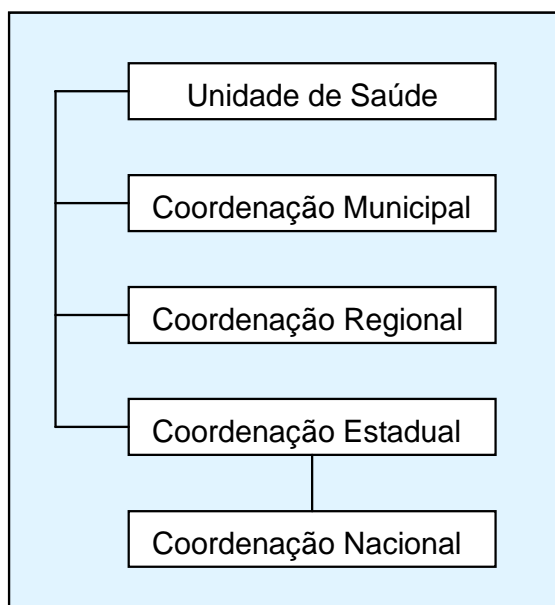
Por estas razões, suas consequências têm forte impacto social e nos gastos com a saúde, como os do SUS (Marques et al, 2001; Brasil, 2003; National Institutes of Health, 2006; Iglesias, Jha, Pinto, Silva, Godinho, 2007; Fiore et al, 2008; WHO 2011; Araújo, 2012).

O INCA é o responsável pela divulgação de protocolos sobre o tema, bem como pela capacitação da rede básica através das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais.

O PNCT e a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006) pautam a prevenção e o controle do tabagismo através da sistematização de ações educativas, legislativas e econômicas, como a lei 13.541, de 07 de maio de 2009 do Estado de São Paulo, que regula o consumo de cigarro em ambientes públicos e áreas fechadas de uso comum.

No tratamento do tabagismo, a lógica do sistema sustenta-se no fluxo de informações adotado (Figura 1), no qual a Coordenação Nacional comunica-se com referências estaduais que, por sua vez, teriam a incumbência de estabelecer os programas nos demais níveis de coordenação, até a Unidade de Saúde. Esta lógica está em fase de reformulação, dada a Portaria 571 de 2013 (Brasil).

Figura 1 – Fluxo de Informações do Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS (Brasil, 2009)



Ao descrever a lógica do PNCT, Cavalcante situa a estratégia de promoção de apoio à cessação de fumar no nível da lógica estrutural, através da descentralização da gerência do programa pelo estabelecimento de parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde, além da integração das ações com outros programas estratégicos do Ministério da Saúde com os quais há possibilidade de interface (2005, p.8).

Até 2013, as ações do PNCT tinham a finalidade de ampliar o acesso para abordagem e tratamento, segundo um “gradiente de intensidade”, conforme o nível de dependência: aos fumantes pouco dependentes, abordagens cognitivas comportamentais breves, como o Disque Pare de Fumar, ou através do atendimento de rotina de profissionais de saúde da atenção básica. E para os fumantes com maior grau de dependência ou com morbidades psiquiátricas, a “estruturação de uma rede” para “uma abordagem mais intensiva e especializada” (Cavalcante, 2005).

Em 2001, o Departamento de Dependência Química da Sociedade Brasileira de Psiquiatria publicou o documento Consenso sobre o Tratamento da Dependência de Nicotina. Este consenso recomendou a abordagem do hábito de fumar a todos os indivíduos; aconselhamento, encorajamento e auxílio na interrupção do tabagismo; terapia de reposição da nicotina (exceto para os grupos de risco, como gestantes, idosos, portadores de doenças cardiovasculares e adolescentes) com terapia comportamental breve em grupo como recurso complementar; utilização de novas medidas dirigidas a grupos especiais, como portadores de doença psiquiátrica, câncer, doença respiratória; além de jovens, idosos, gestantes e populações de baixa renda e menor escolaridade, bem como dos fumantes internados em hospitais (Marques et al, 2001).

O MS publicou a Portaria 571, de 5 de abril de 2013 (Brasil), em que reafirmou o compromisso de implantar a CQCT e alinhar o tratamento do tabagismo com programas públicos recentemente instituídos, como a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), instituindo o tratamento do tabagismo em todos os pontos de atenção do SUS.

Define cinco diretrizes básicas: o tabagismo como fator de risco para várias doenças crônicas; identificação e acolhimento de tabagistas em toda a rede pública (SUS); apoio terapêutico adequado; articulações intersetoriais de promoção da saúde na adoção de modo de vida saudável; estratégias de apoio ao autocuidado com autonomia e corresponsabilização; formação profissional no tratamento do tabagismo.

Diante deste contexto, o Brasil vive uma oportunidade de transição para melhorar o tratamento do tabagismo na rede pública brasileira.

1.2.1 Abordagens para a cessação do tabagismo

As recentes revisões dos *guidelines* de cessação do tabagismo atualizaram a abordagem medicamentosa com novos fármacos e apresentações, cuja utilização tornou-se muito mais recomendada; referendaram o estabelecimento de protocolos medicamentosos e comportamentais; as estratégias de apoio à cessação do tabagismo, como a abordagem individual ou em grupo; terapia breve e comportamental; e materiais educativos impressos ou em mídias digitais.

Mantiveram destaque aos grupos de risco (mulheres no período perinatal, idosos, jovens, diferentes grupos étnicos, dependentes de outras drogas) e mostraram a necessidade de se conhecer estratégias de abordagens individuais e coletivas que considerem diferentes contextos sociais e culturais, a fim tornar a intervenção mais eficaz.

Destacaram a importância de informar o paciente e respeitar a sua vontade; documentar o status de tabagismo de todos que afirmem fumar ou haver fumado, preferencialmente fazendo exames bioquímicos (verificação de CO ou de cotinina).

Também reafirmaram a relevância da qualificação profissional, bem como a necessidade de gestão administrativa do programa (Araújo et al, 2008; Fiore et al, 2008; Stead et al, 2008; NICE, 2008; Joanna Briggs Institute 2008; US Preventive Services Task Force, 2009; Ministry of Health Promotion, 2010; NHS 2012; Araújo et al, 2012; AMB et al, 2013).

Segundo as diretrizes e *guidelines* sobre o tratamento da dependência de nicotina, a abordagem a todos os indivíduos na atenção primária visa diagnosticar o tabagismo, aconselhar os fumantes e prevenir o início do consumo de cigarro. Mesmo considerada de menor sucesso quando comparada à abordagem por especialistas, sua abrangência tem muito significado para a Saúde Pública (NHS Department of Health, 2012).

A intervenção recomendada em uma abordagem inicial é conhecida como os 4 A ou 5 A (*ask, advise, assess, assist and arrange*) ou abordagem breve/ mínima, que consiste em: perguntar (nível de dependência, histórico como tabagista); aconselhar (de modo personalizado, enfatizar as vantagens de parar de fumar); negociar (investigar o desejo de tentar parar); preparar (orientar o planejamento e o que pode acontecer para aumentar as possibilidades de sucesso); acompanhar (orientar e prover recursos para enfrentar a abstinência); e avaliar a eficácia da intervenção (Kenford, Fiore, 2004; Fiore et al, 2008; WHO, 2008; NICE, 2008; Araújo, 2008).

Pesquisas mostram que devido ao elevado poder de adição da nicotina, uma pessoa que tenta parar de fumar sem ajuda profissional tem menos de 2% de possibilidade de sucesso, porém, com abordagem profissional este índice pode aumentar significativamente (The Health Service Executive, 2010).

A abordagem multidisciplinar amplia a chance de se obter êxito na cessação do tabagismo. E o enfermeiro é profissional estratégico, quer na abordagem mínima, quer na condução de intervenções de apoio à interrupção de fumar (Chaves, Mendonça, 2005; Lopes, 2008; RNAO, 2007; Lotufo, 2007, 2008; NICE, 2008).

Para o diagnóstico dos aspectos comportamentais, a avaliação do grau de dependência, através das seis perguntas do teste de Fagerström, auxilia o indivíduo a refletir sobre seus hábitos e rotinas. Além disso, dá indícios do quanto ele está dependente, o que influencia a sua maior ou menor facilidade para abandonar cigarro. Já o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente indica o nível de prontidão para mudar, como estágios de mudança. Baseia-se na premissa de que toda mudança comportamental é um processo: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (Fagerström, Heatherton, Kozlowski, 1990; Reichert et al, 2008; Araújo et al, 2008; Araújo, 2012).

A entrevista motivacional (EM) é uma técnica dirigida para ajudar o fumante a perceber e enfrentar suas ambivalências, estimulando a mudança de estágio comportamental (Reichert et al, 2008; Araújo, 2012).

O tratamento farmacológico é uma importante intervenção na cessação do tabagismo. No sistema público, consiste predominantemente na Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), cujas apresentações no Brasil são os adesivos, a goma de mascar e as pastilhas¹⁵, além do uso da bupropiona. Considerada uma droga segura, a TRN pode ser aplicada e acompanhada por profissional de saúde treinado (Marques et al, 2001; JBI, 2008; Araújo, 2012).

Evidências mostram que a TRN é significativamente mais eficaz do que placebo no abandono do tabaco. O INCA disponibiliza a reposição de nicotina para o público através de serviços cadastrados, obedecendo a um protocolo específico que recomenda tentativas prévias de cessação sem medicamentos (Marques, 2001; Fiore et al, 2008; AMB, ANS, 2009; CAN-ADAPTT, 2011; NCSCT, NHS, 2012; NHS, 2012; Araújo et al, 2012; Brasil, 2004, 2013).

Estudos apontam que intervenções centradas no paciente, com conhecimento de sua situação social e dos seus pontos de vista, são mais efetivas na interrupção do tabagismo do que dar informação de modo genérico e pedir ao indivíduo que mude o seu comportamento (Lendahls, 2002; Pullon et al, 2003; JBI, 2008; Lopes, 2008).

A ampliação do foco dos sujeitos para o contexto familiar e comunitário, principalmente durante o período perinatal, é considerada medida fortalecedora (Lendahls, 2002; Pullon et al, 2003; Chalmers et al, 2004; Mofatt, 2004; JBI, 2008; Lopes, 2008).

As recomendações dos *guidelines* concentram interesse no desenvolvimento de intervenções “que sejam especificamente planejadas e desenhadas para determinadas populações”, uma vez que para aumentar a demanda por tratamento o fumante precisa

¹⁵ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Metodologia_do_tratamento_do_tabagismo_no_SUS.pdf

“desejá-lo, ter expectativas pelo tratamento e solicitar ser tratado” (Iglesias et al, 2007, p. 844).

A necessidade de se contextualizar as intervenções e a população-alvo dos programas de cessação de tabagismo implica a construção de serviços que empreguem as melhores práticas e tenham características específicas segundo o país, as políticas de saúde, os estabelecimentos de saúde e sua cultura, recursos, missão e profissionais envolvidos, bem como foco em usuários de tabaco na sua singularidade, com especificidades variáveis (RNAO 2007; NICE, 2008; JBI, 2008).

Empiricamente, observamos e escutamos profissionais de tratamento do tabagismo afirmarem que, considerando-se a significativa diminuição da prevalência de fumantes, aqueles que procuram ajuda atualmente necessitam muito mais apoio medicamentoso e comportamental, visto que, em geral, trata-se de pessoas que não conseguiram parar de fumar sem ajuda, dependentes de álcool ou outras drogas, ou já com algumas doenças associadas. Tal percepção confirmou-se nos estudos sobre iniquidade no controle do tabagismo de Costa e Silva e colaboradores (2013), e na modificação do programa do sistema de saúde da Inglaterra (Bauld, 2007).

Estes aspectos devem ser contemplados nas iniciativas de avaliação dos serviços, a fim de reconhecer diferenças de recursos, capacitação, variações culturais, sociais e capacidade logística.

Por sua característica multifacetada, diferentes níveis de intervenção, e diversidade de cenários e atores, a política antitabaco reflete a complexidade de se proceder a processos de avaliação em promoção da saúde, referencial teórico no qual se situa a autora para esta pesquisa.

Assim, apreendendo as concepções de Hartz sobre avaliação em promoção da saúde para o contexto do apoio à cessação de fumar, afirma-se que a “complexidade,

contingencialidade e multiplicidade de componentes adotados nas intervenções” [...] de cessação do tabagismo proporcionam [...] “cenário oportuno à avaliação, que tem como foco a intervenção e seu contexto de inserção na produção de efeitos”, favorecendo a análise do “por que e o como” da efetividade ou não destas ações (Hartz, Vieira da Silva, 2005, p.11).

1.3 O SERVIÇO DE TRATAMENTO DO TABAGISMO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Sob a influência das agendas governamentais, surgiu o atendimento de cessação do tabagismo do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Esta influência foi reforçada pela inquietação de profissionais quanto à necessidade de organizar a abordagem e o apoio aos tabagistas, seja no contexto hospitalar e ambulatorial, como medida terapêutica às crianças com doenças respiratórias em virtude do tabagismo passivo, seja sob o aspecto de uma política de recursos humanos voltada aos trabalhadores do HU-USP.

As atividades iniciais objetivaram livrar do cigarro o ambiente do HU-USP e sensibilizar os profissionais de saúde para falar com seus pacientes a respeito do consumo de cigarro a cada contato diagnóstico ou terapêutico. E, além disso, convidar o trabalhador do HU-USP fumante a refletir sobre o seu hábito, considerar parar de fumar ou procurar ajuda profissional.

Estas intervenções ensejaram, a partir de 2004, a organização de um serviço regular de cessação do tabagismo aberto à comunidade universitária e à população em geral, com atendimento individual e em grupo.

A necessidade de capacitar os profissionais envolvidos e de se alinhar às iniciativas públicas de controle do tabagismo no

Estado de São Paulo proporcionou o vínculo dos profissionais do HU-USP com a Coordenação Estadual de Controle do Tabagismo, o CRATOD (Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas), órgão da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo responsável pela implantação da agenda antitabaco do Ministério da Saúde. Resultou também no treinamento de profissionais a partir de 2006 e o credenciamento do serviço em 2009.

Desde então, o serviço vem se ampliando por meio de divulgação (mídia, internet e participação em eventos); da demanda de pacientes internados e ambulatoriais; da comunidade universitária e do público; bem como pela missão de ampliar o conhecimento e promover o ensino.

Este trabalho baseou-se em algumas hipóteses:

Considerou-se haver certa autonomia em relação às condutas técnicas e de gestão, devido à inserção de um serviço de atenção primária em um hospital-escola, sob a influência do meio universitário, tendo como referência e credenciamento as políticas públicas, traduzidas por requisitos, normatizações e fluxo de informações estabelecido no âmbito do SUS para o tratamento do tabagismo.

Na condução desta pesquisa, situamos a prática de cessação do tabagismo do HU-USP como um serviço que, tendo suas especificidades por estar contido no meio acadêmico, aplicava as linhas gerais estabelecidas pelo Programa Nacional do Controle do Tabagismo, inserindo-se no sistema público sob orientação e supervisão das coordenações do PNCT.

Entendendo a qualidade do serviço de tratamento do tabagismo como um fator determinante do processo saúde-doença (Labonte, 1993; Nemes, 1991, 2005; Challmers et al, 2004), inferiu-se que, no decorrer dos anos, as modificações ocorridas no serviço (de estrutura e processos e resultados) influenciaram nos resultados obtidos.

Tomando como referência o serviço de tratamento do tabagismo do HU-USP e os modelos avaliativos em promoção da saúde, elaborou-se uma matriz avaliativa de indicadores, buscando responder as seguintes questões:

1. Considerando que o Programa Nacional de Controle do Tabagismo fundamenta-se nas pesquisas e práticas baseadas em evidências, e nos modelos e diretrizes da promoção da saúde, quais são os indicadores que podem apontar o quanto um serviço aproxima-se ou se distancia destas bases?

2. Quais são os elementos que indicam ou não a qualidade de um serviço público de tratamento do tabagismo?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Desenvolver a matriz de indicadores de um serviço de tratamento do tabagismo

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a percepção de *experts*, usuários e profissionais sobre serviços de tratamento do tabagismo.
- Caracterizar as práticas e bases de um serviço de cessação do tabagismo.
- Construir o modelo lógico avaliativo do serviço estudado com base nas perspectivas da promoção da saúde.
- Formular as bases teóricas e práticas para a construção de matriz avaliativa de indicadores de um serviço de tratamento do tabagismo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS AVALIAÇÕES DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE SOB O PARADIGMA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Com velocidade cada vez maior, novas tecnologias, processos e serviços em saúde vêm sendo colocados à disposição. Isto requer sistemas de avaliação que forneçam a profissionais, instituições públicas ou privadas dados que assegurem a melhor tomada de decisão em diversos parâmetros, como eficácia, efetividade, segurança, economia, equidade e ética, custos, entre outros (Cesar, Tanaka, 1996; Hartz, 1999; Vianna, Caetano, 2001; Tanaka, Melo, 2004; Hartz, Vieira da Silva et al, 2005; Sullivan et al, 2009).

Tal tendência vem acompanhando o desenvolvimento do Movimento de Pesquisa Baseada em Evidências, que sistematiza a validação dos resultados de estudos sobre determinada questão, a fim de subsidiar a decisão clínica, gerencial, política ou epidemiológica (Vianna, Caetano, 2001; Lopes, 2008; Castro et al, 2002). O CDC define avaliação como prática destinada a compreender o que um programa faz, e quão bem o faz, num ciclo que inclui planejar, implementar e avaliar, visando melhorar a qualidade pela movimentação contínua com base em evidências (2008).

O campo da avaliação é delimitado por Contandriopoulos como “um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões” (1997, apud Hartz, Vieira da Silva et al, 2005, p.16), seja através de critérios e normas, o que caracteriza uma avaliação normativa, seja a partir de procedimentos científicos, o que caracteriza a pesquisa avaliativa (Contandriopoulos, 1997).

Já Hartz e Vieira da Silva ampliam esta definição. Utilizando o conceito de Bourdieu de “práticas sociais” (das quais a prática de saúde é uma particularidade) no lugar de intervenção, e

destacando o significado dicotômico da palavra julgamento, esses autores consideram avaliação como “a formulação de um juízo de valor (qualitativo ou quantitativo) e análise do significado sobre uma prática social ou sobre qualquer um de seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão” (2005, p. 30).

A avaliação é um processo sistemático de coleta de dados a respeito de uma prática social para a produção de juízo de valor, com a intenção de melhor compreender e contribuir para a tomada de decisões. Ao ser conduzida de modo a responder a uma pergunta específica, deve proporcionar elementos para a análise crítica, fornecendo resultados concretos sobre a compreensão do êxito ou fracasso (e de todas as graduações entre um ou outro extremo) a respeito de determinado objeto, cenário e população em determinado período de tempo (Nemes, 2001; Nutbeam, 2004; Hartz, Vieira da Silva et al, 2005; Becker et al, 2011).

Segundo Deslandes¹⁶, avaliações são investimentos que podem ser conduzidos, visando a obtenção de legitimidade pública e institucional; ganho de competência técnica e gerencial; busca de financiamentos e recursos (competitividade); melhor reflexão crítica; além do compartilhamento de saberes e experiências.

Devem pautar-se pelos princípios de:

- Utilidade: atender as necessidades de informação dos usuários pretendidos.
- Viabilidade: ser realista, prudente, diplomática e frugal.
- Propriedade: agir legal e eticamente, considerando o bem-estar dos envolvidos e dos afetados.
- Precisão: revelar e transmitir informações tecnicamente precisas¹⁷.

¹⁶ Deslandes SF. Avaliação. Material e Microsoft PowerPoint na internet. FIOCRUZ Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_109751840.pp

¹⁷ Program Development and Evaluation, Ways to Improve the Quality of Your Program Evaluations, Quick Tips #9, University of Wisconsin-Extension, Madison, WI. © 2002 Available in PDF format at <http://www.uwex.edu/ces/pdande/resources/index.html> or contact: pdande.webmaster@ces.uwex.edu Last updated November 6, 2002

A avaliação de programas/ serviços de saúde é definida por Cesar e Tanaka como o instrumental para

[...] medir as condições existentes, o processo de trabalho e os resultados obtidos, fazendo as comparações tanto com as condições e as tecnologias previstas, quanto com os resultados e metas a serem alcançados, para a emissão de um juízo de valor (2004, p. 48).

O processo de adoção, implementação e difusão das tecnologias, programas e serviços em saúde sofre influência de muitas variáveis (clínicas, culturais, econômicas, tecnológicas, de relação custo-benefício, de políticas, poder e de negociação), (Vianna, Caetano, 2001; Cecílio, Mendes, 2004; Brownson et al, 2006).

Na mesma medida, o campo da avaliação expande-se em “diversidade conceitual e terminológica, pluralidade metodológica e multiplicidade de questões pertinentes” (Hartz, Vieira da Silva, p. 30).

Tais considerações e as crescentes tensões em torno do uso de evidências em políticas públicas, aliadas às limitações dos ensaios epidemiológicos e conceitos administrativos na avaliação de intervenções e políticas sociais, vêm estimulando a construção de marcos teóricos avaliativos específicos, que atendam os princípios preconizados na avaliação de iniciativas de promoção da saúde (Hartz, 1999; Nemes, 2001; Akerman, Mendes, Bógus, 2004; Carvalho et al, 2004; Hartz, Vieira da Silva, 2005).

No processo de implementação de mudanças, o uso de técnicas participativas e de modelos de avaliação que também contenham avaliadores internos favorece melhores resultados (Nemes, 2001; Cecílio, Mendes, 2004; Jordan et al, 2009; CDC 2008; NICE, 2012).

A avaliação é constituída por etapas que podem ser agrupadas nas ações de medir, comparar e emitir juízo de valor. Os componentes de abordagem mais comumente utilizados em avaliação da qualidade dos serviços de saúde são os preconizados por Avedis Donabedian (1988), para a avaliação da qualidade do

cuidado médico com base no enfoque sistêmico: a dimensão de estrutura, que avalia os recursos materiais, humanos e organizacionais existentes para a execução dos serviços.

A dimensão de processo, considerada a mais dinâmica, visto que envolve a atitude, avalia a execução das atividades e a sua dinâmica na interação entre profissional e usuário. Esta dimensão implica naturalmente a participação do indivíduo a quem se destina cada atividade do processo.

Já a dimensão de resultado refere-se tanto aos efeitos (modificação do estado de saúde) quanto aos produtos das ações realizadas (consultas, visitas, exames) que modificaram a situação de saúde dos usuários ou da comunidade. Esta dimensão favorece o registro de resultados comportamentais e de saúde, a comparação entre os resultados desejados e os reais, conforme a modificação da atividade. É usada para informações com base populacional (CDC, 2008).

Nesta tríade, a relação processo-resultado é a mais frágil e depende de conhecimento prévio do objeto, de modo a possibilitar o estabelecimento de relações de imputabilidade (Nemes, 2001; Tanaka, 2004). O CDC (2008) aponta que a avaliação de processo é mais efetiva quando aplicada com a avaliação de resultado.

Entendendo que a dimensão de resultado é influenciada pelas variações de processo, medir esta dimensão fornece informações diretas sobre a qualidade do cuidado em saúde, favorecendo a conexão entre os progressos das atividades do programa e os resultados, cuja ligação nem sempre é simples. Normalmente, necessita conhecimento do campo avaliado e da ajuda de outros (Donabedian, 1988; Nemes, 2001; NHS, NICE, 2002; CDC, 2008).

A informação obtida na forma de dados é, em si, neutra, até que lhe sejam atribuídos significado e valor, ou seja, esta não significa qualidade enquanto não for comparada a padrões, normas e critérios (CDC 2008).

Embora seja um modelo clássico mundialmente reconhecido, reproduzido e estudado, que facilita ao avaliador organizar o desenho da pesquisa e o julgamento dos dados obtidos, a abrangência desta classificação e o reducionismo da realidade pela restrição do objeto estão entre as limitações apontadas (Hartz, Vieira da Silva, 2005, p. 21), uma vez que sua sistematização tende a “compartimentar fenômenos que não estão separados na realidade concreta” (Tanaka, 2004).

Entre as diferentes formas de se desenhar e conduzir pesquisa avaliativa em saúde – entendida como avaliação conduzida a partir de procedimento científico, gerando conhecimento científico para a melhoria dos efeitos de práticas de saúde, de modo a influenciar os resultados nos indivíduos e promover impacto na população – há necessidade de coerência na utilização de desenhos, instrumentos e técnicas (como a produção de parâmetros e de indicadores), bem como de se especificar o modelo teórico de referência (Hartz, 1999; Nemes, 2001; Akerman, Mendes, Bógus, 2004).

As pesquisas avaliativas podem ser classificadas em: análise de estratégia; análise da intervenção; análise da produtividade; análise da implantação; análise dos efeitos e análise do rendimento (Contandriopolous, 1997).

No Brasil, as políticas públicas vêm desenvolvendo progressivamente iniciativas para a avaliação em saúde, cujo interesse ampliou-se do plano acadêmico para se inserir no conjunto de estudos encomendados pelo Ministério da Saúde, visando obter informações dos resultados de medidas e programas implementados (Hartz, Vieira da Silva, 2005).

Sob o paradigma da Promoção da Saúde estabelecido a partir da Carta de Otawa em 1986 (Brasil, 2001), as intervenções de saúde passam a ter uma perspectiva ampliada, que implica participação social, ação intersetorial, fortalecimento das capacidades individuais e coletivas, configuração de ambientes

saudáveis, definição de políticas públicas e reorientação dos serviços de saúde.

Implica, necessariamente, um modo diferente de pensar e intervir no processo saúde-doença-cuidado, considerando suas determinações sociais e históricas, bem como uma gestão participativa, democrática e cooperativa (Brasil, 2006; Hartz, 1999). A implantação de agendas programáticas e assistenciais sob esta perspectiva demanda a adoção de modelos avaliativos ampliados.

Como campo em construção, a promoção da saúde já se consolidou como marco capaz de superar o modelo biomédico para expandir o conceito de saúde como produção e determinação social e econômica, além de favorecer práticas interdisciplinares e intersetoriais (Carvalho et al, 2004). Como campo aplicado de conhecimentos e práticas, as abordagens avaliativas representam um instrumento relevante de legitimação de seu caráter inovador e ampliado dos problemas de saúde e de qualidade de vida.

Na promoção da saúde, os desenhos metodológicos ultrapassam o setor saúde e buscam avaliar os resultados e processos, bem como a participação dos diferentes sujeitos e sua capacidade de reflexão crítica no contexto e seus determinantes sociais; o conhecimento obtido deve instrumentalizar ações para fortalecer a intersetorialidade, mobilização social, parcerias, sustentabilidade e defesa pública da saúde (Brasil, 2006).

A Política Nacional de Promoção da Saúde destaca a importância de se avaliar as ações de promoção da saúde que operem nas estratégias definidas em Otawa. Aponta que as interações intersetoriais com outras políticas públicas implicam uma nova forma de avaliar o trabalho em saúde, e não dispensam a necessidade de conhecer a eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas (Brasil, 2006).

O processo de avaliação é considerado parte das iniciativas de promoção da saúde para garantir tecnologias adequadas. Preconiza-se a avaliação nos âmbitos federal, estadual

e municipal e, desde o planejamento, o estabelecimento de indicadores e monitoramento. Deste modo, as avaliações que envolvem a implantação e a condução de intervenções com base na Política Nacional de Promoção da Saúde incluem a consideração deste paradigma (Brasil 2006).

Nesta perspectiva, pesquisadores e protagonistas ligados à promoção da saúde discutem não apenas a necessidade de se avaliar intervenções com objetivo de demonstrar a efetividade de procedimentos, dar visibilidade aos resultados e promover a reflexão. Eles também se preocupam em adotar desenhos avaliativos que privilegiem o aprendizado, a ação e a transformação das práticas sociais durante a sua condução através de caminhos plurimetodológicos.

Buscam superar o paradigma cartesiano de recorte da realidade, com modelos capazes de abarcar a complexidade, o dinamismo e as singularidades dos contextos, ampliando-os para além da dimensão instrumental dos critérios normativos, que mesmo sendo indispensáveis são considerados insuficientes (Akerman, Mendes e Bogus, 2004; Chiesa et al, 2009).

Ao comentar a experiência de avaliação na promoção da saúde em Bertioga (Cidades Saudáveis), bem como a reunião da OPAS em 2001 para definir parâmetros avaliativos de políticas/programas, Akerman, Mendes e Bógus (2004) apontaram a necessidade de se contemplar modelos que privilegiem os princípios de interdependência, intersetorialidade, multidisciplinaridade, solidariedade, transparência e resgate ético, a fim de não se restringir a promoção da saúde apenas como modelo de informação e capacitação de indivíduos e organizações. Entre os valores, princípios e condições descritos como norteadores da avaliação na promoção da saúde, os autores destacaram (p. 610):

- Equidade, justiça social e solidariedade.
- Contextualizar a iniciativa que se quer avaliar.
- Ter sentido prático.

- Possibilitar a participação como espaço para a inclusão social.
- Ancorar-se em múltiplos métodos.
- Comprometer-se com o fortalecimento de grupos sociais.
- Conduzir para um processo de aprendizagem dos atores sociais envolvidos.
- Ser consistente com os propósitos da promoção da saúde.

Também descreveram três variáveis críticas na busca de caminhos metodológicos para avaliação em programas de promoção da saúde:

1. Definição metodológica capaz de captar a elaboração de agendas locais participativas e o fortalecimento de sujeitos sociais. Para esta etapa, os autores propuseram um conjunto de técnicas participativas com oito estágios: compartilhar uma história comum; criar uma visão comum de futuro; identificar os diversos atores com interesse no processo avaliativo; identificar metas, objetivos e indicadores; identificar estratégias para se alcançar metas; coletar dados e construir (indicadores); analisar dados; comunicar resultados.
2. Definição quanto ao foco da avaliação, que significa rever o escopo das próprias metas propostas pelos projetos. Na busca de consenso na comissão intersetorial, Akerman e colaboradores descrevem a procura de um modelo lógico de definição de atividades, estratégias, objetivos e metas. Os autores consideraram esta a variável crítica mais difícil de superar, em vista da interdependência, amplitude de ação e indefinição de indicadores de resultados.
3. Incorporação na gestão de elementos decorrentes da prática avaliativa: a falta de mediação entre comunidade, técnicos, financiadores e gestores locais dificulta a implantação de projetos.

Considerando-se a complexidade de se avaliar serviços, práticas e ações desenvolvidos no campo da saúde e a implicação de haver tanto “atores prestadores de serviço quanto atores

usuários”, Tanaka e Melo (2004, p.115) propõem a abordagem transversal e a transdisciplinaridade nas avaliações tecnológicas em saúde, como forma de se aproveitar ao máximo o conhecimento surgido da prática e da inclusão dos processos relacionais e interativos dos programas e serviços, utilizando conceitos e técnicas da Epidemiologia, Administração, Estatística, Ciências Sociais etc., uma forma de avaliação para além de modelos preestabelecidos e rígidos (Tanaka 2000, 2004).

Para a avaliação de resultados (estudo menos comumente conduzido com base populacional), Cesar e Tanaka (1996) sugerem inquéritos locais como forma de construir “linhas de base” que permitam comparar tanto as condições de saúde quanto o modo de usar os serviços, com emissão de juízo de valor que forneça elementos à avaliação de tais serviços.

A avaliação de sistemas, serviços ou programas/projetos deve começar pela abordagem advinda da administração (cuja principal referência em saúde é Avedis Donabedian), seguida de estudo de impacto epidemiológico, e aprofundada por meio da abordagem qualitativa com os usuários e profissionais envolvidos nas atividades (Tanaka, 2000).

Portanto, as intervenções em promoção da saúde, por sua complexidade, diversidade epistemológica e de práticas, evidenciam as diversas perspectivas dos problemas de saúde-doença-cuidado (relativos a aspectos sociais, econômicos, culturais, históricos e humanísticos) de suas causas e diferentes modos de abordagem. Isto torna desafiadora a análise de resultados avaliativos, cujos indicadores podem não apontar uma, mas múltiplas causas, ou ainda não indicar relações de imputabilidade entre as intervenções e seus efeitos (Nemes, 2001; Akerman, Mendes, Bógus, 2004; Tanaka, 2004).

3.1.1 A avaliação de serviços

Para situar o foco deste projeto de pesquisa como o da construção de uma matriz avaliativa para um serviço de cessação do tabagismo, apresenta-se a distinção entre programas e serviços (Novaes 2000, 2004; Hartz, Vieira da Silva, 2005).

Programas são um “conjunto de recursos que proporcionam serviços para uma população-alvo de um modo organizado em relação ao tempo e ao espaço” (Champagne et al, 1986, apud Nemes, 2001, p.14). Ou, ainda, “processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos especificados”, como “propostas voltadas para a realização de um macro objetivo como a implantação de formas de atenção para populações específicas”, por exemplo, “atenção domiciliar para idosos, vacinação, propostas terapêuticas para doenças e doentes priorizados” ou propostas que “envolvem instituições, serviços e profissionais diversos” (Shortell & Richardson, 1978, apud Novaes, 2000, p. 552).

Já Hartz (1999, p.342) define programa como um “conjunto de ações visando a favorecer comportamentos adaptativos requeridos pelas diferentes áreas ou atividades humanas relacionadas com vida comunitária, escola, trabalho, saúde e bem-estar”. A finalidade original de suas atividades se dá “sob e sobre coletivos” (Novaes 2000; Nemes, 2001).

As avaliações mais comumente realizadas referem-se às de implantação ou de impacto dos programas.

A avaliação de programas tem tanto interfaces com a avaliação tecnológica e de qualidade quanto com a ciência social, política e planejamento, pois “objetivos programáticos realizam-se por sistemas, serviços e procedimentos concretos” (Novaes, 2000, p. 553). Daí a necessidade de explicitação clara do objeto (qual programa, quais componentes) bem como do seu escopo (objetivos e limites) (Donabedian, 1888).

Serviços são entendidos como um dos níveis ou objetos de avaliação, definido por Vieira da Silva como correspondente a “um grau de maior complexidade de organização das ações onde diversos agentes se articulam para desenvolver atividades, coordenadas ou não, voltadas para um grupo etário ou problema de saúde” (Hartz, Vieira da Silva, 2005, p. 22).

A diversidade destes serviços abrange desde “consultórios individuais e unidades básicas até hospitais terciários e especializados, bem como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico” (Novaes, 2000). Identifica-se por “ser o espaço onde se localizam os profissionais e as tecnologias materiais responsáveis pela realização da atenção à saúde da população” (Novaes, 2004, p.S147).

Trata-se da atenção à saúde traduzida em práticas para atender pessoas – *health services research ou quality of health care* – cuja relevância é estar entre os determinantes das condições de saúde e de vida das populações (Nemes, 1995; Novaes, 2004).

A avaliação constitui instrumento essencial da gestão de serviços de saúde pela sua capacidade de trazer melhorias qualitativas à tomada de decisão.

Os objetivos de avaliar serviços de saúde envolvem a produção de conhecimento e/ ou instrumentos visando melhorar a assistência prestada através das “técnicas (e não técnicas)” – práticas de saúde – desenvolvidas pelos profissionais dessa área (Novaes, 2004).

Por essa razão, os serviços de saúde são o foco mais frequente das avaliações de qualidade, a qualidade do serviço prestado, traduzida de *quality of health care* (Donabedian, 1988; Novaes, 2004; Scott, Campbell, 2002). Como todas as demais vertentes da avaliação (tecnologias e programas), a de serviços pode privilegiar desde a produção de conhecimento (pesquisa avaliativa) até a gestão e melhoria da qualidade.

Serviços de saúde são estruturas organizacionais complexas, diversificadas, constituídas por profissionais e tecnologias materiais responsáveis pela realização de atenção à saúde da população e que constituem “objetos que desafiam categorizações e dificultam as análises que buscam identificar e mensurar a sua participação e o seu impacto sobre os problemas de saúde de populações especificadas” (Novaes, 2004, p. S147).

É um campo multidisciplinar de pesquisas (Scott, Campbell, 2002; Novaes, 2004) com características diversificadas, que exigem abordagens avaliativas específicas e complexas. Porém, tem dois aspectos comuns: “os serviços de saúde como objeto privilegiado e a orientação para a utilidade potencial do conhecimento produzido nos processos de decisão nos sistemas e serviços” (Novaes, 2004, p.S150).

Para Deslandes (1997) a unidade de análise é a “totalidade que o serviço representa”, que inclui a “atuação do serviço”. Uma proposta dialética e compreensiva, advinda das ciências sociais, em que a avaliação vai além da descrição das “condições, fatores ou mecanismos que interferem na produção daquele fenômeno ou processo social, procurando evidenciar as conexões existentes entre os elementos que o determinam”, contemplando as bases empíricas das ações, as relações e os processos, e incluindo o “conjunto de representações articuladas pelos atores sociais sobre esta ação e suas contradições” (p.106).

3.1.2 A avaliação da qualidade

Sob a perspectiva de “se conhecer para melhorar”, a finalidade básica de toda avaliação é apontar caminhos para melhorar a qualidade. No entanto, as avaliações de serviços de saúde têm a explicitação dos conceitos de qualidade como ponto de partida, com o propósito de “olhar mais de perto” a ação concreta, o trabalho dos profissionais de saúde (CDC, 2008).

Suas bases clássicas estão na obra de Avedis Donabedian, como *quality of care*, voltada ao serviço médico. A definição do que será considerado qualidade é o ponto de partida, que, por ser variável e estabelecida a cada avaliação, é concreto e mensurável pelos sete pilares ou dimensões da qualidade por ele preconizados: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Tanaka, 2004).

Ainda que o principal foco das pesquisas seja principalmente a qualidade técnica, a satisfação dos usuários de serviços de saúde vem se apresentando cada vez mais como um importante indicador da qualidade da atenção. (Mendonça, Guerra, 2007).

O sistema de saúde do Reino Unido destaca três valores: segurança, efetividade e experiência do paciente (Lord Darzi & NHS, 2008). Já os Estados Unidos da América incluem: segurança, efetividade, centramento no paciente e pontualidade/ oportunidade (*timeliness*), (Institute of Medicine, 2001).

A qualidade tem um caráter multidimensional que deve ser explicitado para definir e delimitar, antes do início da avaliação, a qualidade e o padrão de qualidade que se está avaliando. Além disso, a qualidade tem caráter mutável à medida que, para determinado objeto em que o padrão de qualidade é atingido, a exigência por qualidade eleva-se e se sofisticada, de modo que novas metas passam a ser referência de qualidade para este mesmo objeto (AHRQ, 2009).

Enquanto no campo de gestão há a aplicação de métodos para incrementar a qualidade (gestão, garantia da qualidade, qualidade total, além de modelos de avaliação externa ou interna). Na pesquisa avaliativa de serviços de saúde, define-se a qualidade, validam-se instrumentos para avaliar a qualidade e se faz a avaliação propriamente dita (Nemes, 2001; Tanaka, 2004). Nesta pesquisa definimos a qualidade e criamos um instrumento de avaliação.

3.1.3 Modelo teórico (ou lógico): como construir?

A necessidade de se obter um produto avaliativo final que contemplasse tanto os resultados estatisticamente mensuráveis (validade interna) quanto as relações entre os objetos, os “como e por quê, em que circunstâncias” de determinada prática atuar em um grupo populacional, incluindo as perspectivas teóricas e éticas da promoção da saúde, levaram pesquisadores a propor e praticar o uso de modelos teóricos avaliativos (ou modelos lógicos) a fim de contribuir para a reprodutibilidade das intervenções (validade externa) (Hartz, 1999; Hartz e Vieira da Silva, 2005).

Ao refletir na rigidez dos desfechos dos modelos avaliativos convencionais por estes não considerarem o contexto, Denis e Champagne (1997, apud Hartz, 1999, p. 343) apresentaram as vantagens do uso do modelo teórico na orientação de avaliações (*TDE: theory-driven evaluation*), que basicamente incluem as razões de determinada intervenção funcionar ou não em dada população, possibilitando sua reprodutibilidade e validade externa.

Etapa crucial no processo avaliativo, trata-se de construção lógica de relações (vista como trama, rede), que explicita de modo articulado e hierarquizado o problema ou comportamento visado pelo programa, a população-alvo e as condições de contexto, o conteúdo do programa e os atributos necessários para produzir os efeitos esperados e as atividades interdependentes. Tem potencial

para dar maior clareza à escolha de indicadores e ao nível de análise utilizados, adequando-se aos desenhos metodológicos de estudo de caso (Hartz, 1999, p. 343).

Considerado o primeiro passo no planejamento de uma avaliação, o modelo teórico avaliativo (ou modelo lógico, ou teórico/lógico) é um esquema visual de representação de como um programa deve ser implementado ou como idealmente funciona e quais são os resultados esperados. Estes, geralmente, são apresentados na sequência de recursos (*inputs*), atividades produzidas (*activities and outputs*) e resultados a curto, médio e longo prazos – *short, intermediate and long term outcomes* (Fernandes, Saccardo, 2008; Hartz et al, 2005; Furtado, 2001; Hartz, 1999; Chen, 1990).

Tal modelo avaliativo pode estar entre os considerados de quinta geração, quando se considera o processo avaliativo sob a perspectiva mais que participativa, emancipadora, ao utilizar estratégias que fortaleçam os grupos avaliados¹⁸ de modo a promover mudanças a seu favor (Furtado, 2001; Hartz, 1999).

Adotado pelos governos do Canadá e Estados Unidos da América para avaliação de programas, o modelo teórico inclui fatores e relações que influenciam o sucesso de uma intervenção e sua complexidade (Hartz, 1999).

Este processo implica a “coleta de informações a partir de várias fontes (documentos, entrevistas, revisão de literatura); definição clara do objeto da intervenção e seu contexto; identificação dos elementos e desenho do modelo lógico; validação junto aos grupos envolvidos quanto à sua representatividade” (Mc Laughlin e Jordan, 1999, apud Hartz, 2005, p. 49).

Considerando que são raros os serviços que descrevem seus processos e intervenções, e que não é possível fazer uma boa avaliação se o objeto (programa ou serviço) não estiver devidamente

¹⁸ Developing a logic model: teaching and training guide - <http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/pdf/lmguidcomplete.pdf>

planejado, o uso do modelo lógico pode melhorar o desenho do programa, tornando a avaliação mais efetiva¹⁴ (Furtado 2001).

Quando sua construção é coletiva, beneficia os grupos implicados na observação da pluralidade dos componentes e racionalidades daquilo que se avalia¹⁹ e de como estes se articulam, explicitados através da busca de definições de qualidade destes componentes, seja pela opinião de especialistas, seja pela inclusão de informações de pesquisa, “favorecendo estabelecer acordos, bem como a definição do que deve ser medido, e dos resultados da avaliação” (Hartz, 2005, p.46).

O olhar coletivo sobre o objeto auxilia a explicitar as opiniões, o compromisso e o consenso; valida o compartilhamento de novos valores e interpretações, que deixam de ser unilaterais, sob a ótica exclusiva do avaliador²⁰.

A comparação entre a situação real e os critérios estabelecidos de recursos, atividades, produtos e resultados viabiliza a identificação de discrepâncias, o estabelecimento de estratégias de gestão e o entendimento da contribuição do programa para o alcance dos resultados desejados (CDC, 2008).

A construção do modelo lógico tem o atributo de relacionar a teoria prescritiva, ou seja, o que idealmente o programa deveria ter com a teoria descritiva, evidenciando os mecanismos causais que influenciam sua implementação, além de explicitar valores e poder incorporar os saberes científicos e práticos dos implicados na avaliação (Hartz, 2005; Chen, 1990). Assim, avalia-se sobre um modelo mais real, diferente do idealizado, ainda que a referência de qualidade possa se aproximar do que é ideal.

Pela oportunidade de reflexão para os profissionais e como resultado de uma negociação, a construção do modelo lógico (ou teórico) expressa um conhecimento novo (Fernandez, Saccardo, 2008).

¹⁹ Community Tool Box: <http://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/overview/models-for-community-health-and-development/logic-model-development/main>

²⁰ Enhancing Program Performance with Logic Models: <http://www.uwex.edu/ces/lmcourse/#>

As principais dificuldades comumente encontradas na construção de modelos lógicos são: a natureza multifacetada dos programas; a ausência de consenso entre objetivos, metas e resultados; e a descentralização resultante das variações de características locais. Entre os desafios está a capacidade de articulação do(s) pesquisador(es) e dos implicados em descrever e criar indicadores, por exemplo, para práticas sociais transformadoras, um dos impactos esperados nas intervenções de promoção da saúde (Hartz, 2005).

A autora optou pelo uso do termo “modelo lógico” porque parece ter mais afinidade com a característica participativa e moldada a partir da realidade, proposta no desenho desta pesquisa.

Na avaliação de serviços, o componente “qualidade” deve ser traduzido em indicadores que tenham sensibilidade e especificidade para apreender seus diferentes graus (Nemes, 2001).

Considerado o momento mais criativo e difícil da avaliação de serviços, a construção de indicadores precisa produzir inferências aceitáveis sobre a qualidade, de modo a possibilitar o julgamento da qualidade de um serviço de saúde (Nemes, 2001).

Indicadores são medidas (razões, escalas) predominantemente obtidas de métodos estruturados (revisão de prontuários, auditorias, questionários). Já os indicadores qualitativos são medidas obtidas de métodos qualitativos, ou seja, para oferecer dados para julgamento de qualidade, necessitam de certa estruturação, ainda que dicotômica (sim/não). Portanto, indicadores sempre são mensuráveis (Nemes, 2001; Hartz, Vieira da Silva, 2005).

Hartz aponta que indicadores devem provocar esperança e fazer convergir o maior número de atores, sem a necessidade de consenso de todos, e privilegiar a comunicação interpessoal do sucesso ²¹.

²¹ Aula da Prof. Dra. Zulmira Hartz: Desafios na Avaliação de Programas e Projetos Sociais, disponível em: http://www.prac.ufpb.br/anais/lcbeu_anais/anais/conferencias/zulmirahartz.ppt

Uma possível explicitação da qualidade para se estabelecer indicadores ocorre através da construção de modelo específico, proposto por Nemes (1995) na seguinte sequência:

- Definição da Norma: explicita valores do plano ético, normativo ou técnico do serviço.
- Determinação da Dimensão/Critério: componente do trabalho ou tecnológico da assistência com boa sensibilidade para verificar a objetivação da norma.
- Construção do Indicador: é a característica deste componente, que é probabilística ou plausivelmente capaz de avaliar adequadamente a objetivação do valor normativo.
- Indicação do Padrão: especificação valorativa do indicador que delimita um determinado grau de realização, aceito como satisfatório.

Através das dimensões de “estrutura, processo e resultado”, busca-se estabelecer relações probabilísticas ou de plausibilidade, utilizando indicadores baseados em inferências aceitáveis sobre a qualidade, tanto com base em evidências, quanto com base em noções socialmente consagradas. Por sua complexidade, uma avaliação de qualidade implica sempre o uso de vários indicadores.

Donabedian (1986), apud Hartz e Vieira da Silva (2005), aponta que os indicadores devem ter validade (científica ou consensual, que confere legitimidade), relevância, registro disponível e de qualidade, adaptabilidade, capacidade de ser mais ou menos estrito e eficiência em rastrear o problema.

Já Malin et al (2000) consideram que os indicadores precisam medir desempenhos com benefícios de saúde potenciais para o paciente; ser apoiados por evidência científica ou consenso profissional; estar sob controle ou influência do prestador de cuidados de saúde; basear-se em informações tipicamente

encontradas no prontuário médico, de modo que a simples ausência de registro possa ser considerada um indício da má qualidade.

Ampliando estes critérios diante da abrangência multidimensional do fenômeno saúde-doença, Hartz e Vieira da Silva (2005, p. 55) consideram que os indicadores devem:

1. Representar aspectos importantes da Saúde Pública;
2. Ser mensuráveis (válidos e confiáveis);
3. Ser compreensíveis para as pessoas que necessitam agir;
4. Galvanizar a ação de indivíduos, grupos organizados e organizações públicas ou privadas, em níveis nacional, estadual ou local;
5. Ser relevantes para a política e a prática dos serviços, a fim de avaliar ações que podem melhorar a saúde, alterando o curso do indicador;
6. Refletir resultados de ações quando medidos no tempo;
7. Ser coletados e analisados de forma oportuna e exequível, quanto ao custo-benefício;
8. Ser coerentes com processos nacionais de definição de dados

Bons indicadores de qualidade devem ter: validade de face (ser julgados como bons indicadores por especialistas) e conteúdo (formar um conjunto coerente e abrangente). Precisam, ainda, ter viabilidade (aceitabilidade e factibilidade), confiabilidade (intra e intercritérios) e propriedades psicométricas, além de se fundamentar em avaliação qualitativa por meio de entrevistas, observações, grupos focais (Hartz e Vieira da Silva, 2005).

Na validação da pesquisa para a opinião de especialistas, os métodos mais usados são a técnica Delphi (inquérito enviado uma ou mais vezes a muitos especialistas que julgam os indicadores) ou a técnica nominal (discussão e julgamento presencial com menor grupo de especialistas).

O método RAND (*research and development*) estabelece as seguintes etapas: revisão sistemática da literatura, grupos de *experts*, proposta de indicadores, desenvolvimento da técnica Delphi, análise dos resultados e submissão a grupo nominal ²².

Numa primeira aproximação para eleger e desenvolver indicadores da qualidade de determinado objeto, há o levantamento das melhores práticas de saúde em pesquisas baseadas em evidências, que podem ser verificadas através de consensos, *guidelines* e diretrizes, considerando-se seus contextos, limites e vieses, uma vez que geralmente tratam de processos específicos e recortados, referentes a condições isoladas para a pesquisa (Nemes, 2001; Tanaka, 2004; Hartz e Vieira da Silva, 2005).

É também possível buscar indicadores já construídos tanto na literatura (bases de dados), quanto em documentos oficiais ou de agências governamentais. Deve-se considerar que tais indicadores estão vinculados a contextos específicos, e nem sempre podem ser transferidos diretamente para cenários diferentes sem avaliação crítica, ou seja, são “contexto-dependentes”.

A avaliação de políticas/ tecnologias/ programas e serviços na promoção da saúde deve considerar modelos quantitativos que contemplem a participação dos envolvidos e a abrangência técnica, humana, comunitária, multidisciplinar e multissetorial de suas práticas. Deste modo, privilegia-se metodologias para eleger indicadores que combinem evidências com a opinião de especialistas, podendo incluir pacientes (Cesar, Tanaka, 1996; Nemes, 2001; Hartz e Vieira da Silva, 2005; CDC, 2008).

Assim, o campo de avaliação em saúde tem como matéria- prima a interface entre diversos temas e disciplinas (Hartz e Vieira da Silva, 2005). Além disso, há uma “polissemia conceitual” e diversas formas de abordagem, bem como várias matrizes

²² Aula da Profa. Dra. Maria Inez Baptistella Nemes, 2010, na disciplina Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo.

conceituais e opções técnicas e teóricas que podem atuar complementarmente, deixando para cada abordagem “suas próprias potencialidades” (Hartz, 1999).

Esta pesquisa pretendeu formular indicadores que contemplassem diferentes realidades, procurando elaborar uma matriz avaliativa capaz de obter dados comparáveis, não apenas do número de pacientes ou quantos pararam e quantos insumos receberam, mas de outros fatores que pudessem interferir no sucesso da iniciativa.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de pesquisa avaliativa formativa que adotou o modelo de estudo de caso exploratório, qualitativo, tendo como produto final o desenvolvimento de matriz para serviços de cessação do tabagismo, contemplando as dimensões de estrutura, processo e resultado, com indicadores qualitativos e quantitativos.

A unidade de análise foi o serviço de tratamento do tabagismo do Hospital Universitário da USP, conhecido como Grupo Anti Tabágico do HU-USP ou Grupo de Tratamento do Tabagismo do HU-USP.

Os objetos de estudo foram o serviço, entendido como “atenção à saúde traduzida em práticas para atender pessoas”, e a qualidade, tida como “a qualidade do serviço prestado, traduzida do termo *quality of health care* (Donabedian, 1988; Nemes, 1995; Novaes, 2000, 2004).

O referencial teórico situou-se no desenho orientado por modelo teórico (TDE – *theory-driven evaluation*) sob a perspectiva da Promoção da Saúde, utilizando-se a estratégia da pesquisa-ação e da triangulação de dados, métodos e técnicas. Já para a apresentação da matriz, optou-se pela tipologia Donabediana de estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1988; Hartz, 1999; Hartz et al, 2005; Minayo, 1999, 2008).

Investigou-se a opinião de atores sociais direta e indiretamente implicados. Estas opiniões foram confrontadas com as evidências e diretrizes vigentes, além das manifestações dos sujeitos participantes do estudo, resultando na formulação de novo modelo teórico e de nova matriz avaliativa, específicos para o serviço estudado.

4.1.1 A pesquisa avaliativa e o estudo de caso

Entende-se por pesquisa avaliativa:

[...] ao julgamento de uma prática social a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada, uma lacuna no conhecimento sobre as características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular, através do recurso a metodologias científicas (Hartz, Vieira da Silva et al, 2005, p.16).

Ou, ainda, a “aplicação sistemática de procedimentos das ciências sociais para analisar programas de intervenção” (Rossi, Freeman, 2004, apud Hartz, Vieira da Silva et al, 2005, p.15) a partir dos quais torna-se possível estabelecer relações de plausibilidade (Nemes, 1995, 2001; Novaes, 2004).

Com potencial para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, os estudos de caso estão entre as estratégias quase experimentais, consideradas como semiestruturadas ou “sob medida” (Yin, 2005). Permitem flexibilidade (com rigor metodológico) na adoção de “diversas técnicas de dados qualitativos tais como: observação etnográfica, grupos focais, entrevistas em profundidade, histórias de vida e análise documental” (Hartz, Vieira da Silva et al, 2005, p. 23).

Os estudos de caso permitem compreender situações mais amplas e não generalizáveis através de perguntas: quem são? O que fazem? Por quê? Como se relacionam com o seu contexto? É estratégia indicada “quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real” (Yin, 2005, p.19). Favorece inferências teóricas sobre as regularidades do processo e estruturas sociais, pela “construção do conhecimento através da exploração em profundidade da singularidade de um caso” (Becker, 1994, apud Furtado, 2009, p. 78).

4.1.2 A pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa e quantitativa

A pesquisa qualitativa caracteriza-se por perfil naturalístico, descrição e interpretação dos dados coletados, intencionalidade e preocupação com o processo, tanto em antecipação quanto como determinante do produto.

Concentra-se no significado dado aos fenômenos pelos sujeitos da pesquisa e na análise em profundidade, indutiva e interpretativa. Dirige-se a um nível de realidade que não pode ser quantificado, como motivos, aspirações e atitudes, característicos das relações humanas, promovendo a sistematização de tais experiências, além de indicar as razões de determinados resultados (Minayo, 2002; Fernandez, Sacardo, 2008; Pope, Mays, 2009, 2009a; Souza, 2010) ²³.

No campo da avaliação em saúde, a pesquisa qualitativa tem o potencial de expandir os limites do enquadramento do objeto em eixos ou tipologias (como a Donabedian) para a dinâmica e interação entre os elementos (de estrutura, processo e resultado em diferentes contextos, programas, tecnologias) e variáveis do objeto, prestando-se ao estudo de:

Valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; e para avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista da sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destinam (Minayo, 2002, p.134).

Já os estudos quantitativos medem a quantidade, intensidade, prevalência, frequência e analisam as relações causais entre as variáveis, e não os processos, num esquema livre de valores, segundo quem os propõe. Apreendem os fenômenos no quê se pode expressar concretamente, em geral através de

²³ Moysés, ST. Atenção às Condições Crônicas em Saúde. Avaliação dos Cuidados Crônicos. Manejo em Condições Crônicas. CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. 2013. Acesso: 18/12/2013. Disponível em: www.conass.org.br/CURSO%20Cronicas%20.../5%20-%20Simone.pptx

equações, médias e estatísticas, destacando de registros e levantamentos uma lógica que dá significado e importância às mudanças, enquanto expressa a “dimensão de seus efeitos”, o que favorece generalizações e análise das relações entre resultados e processos (Minayo, 2004; Souza, 2010, p. 2522) ²⁴.

A complementaridade dos dados obtidos por estratégias qualitativas e quantitativas indica sua aplicação em avaliações na promoção da saúde, visto que se dá no dinamismo interacional de ambos pela expressão de um mesmo cenário real, refletindo a “complexidade, especificidade e diferenciações que os problemas (ou objetos sociais) apresentam” (Fernandez, Sacardo, 2008, p. 25). Ou seja, evidencia diferentes formas de ver um mesmo objeto, podendo ser aplicada de modo integrado, seja no *design*, na amostra, na análise, seja na documentação (Minayo, 1993; Pope, Mays, 2009a; Souza, 2010).

Assim, os indicadores quantitativos da matriz resultante deste estudo apontariam, por exemplo, o número de vagas, profissionais de saúde e participantes, quantidade de encontros, prevalências de abandono, redução ou de cessação, pontuações para as respostas, entre outros, de modo a permitir comparação, além de valorar os resultados dos processos.

Já os métodos qualitativos se traduziriam em entrevistas com pessoas de referência e usuários do serviço; em grupos focais com profissionais e na categorização temática (Minayo, 2008; Pope, Mays, 2009).

Além disso, buscou-se uma expressão através de indicadores de base qualitativa para situar os achados no contexto específico do serviço avaliado, permitindo localizar os “porquês, com que modos, com e quais estratégias”, aproximando resultados de

²⁴ Moysés, ST. Atenção às Condições Crônicas em Saúde. Avaliação dos Cuidados Crônicos. Manejo em Condições Crônicas. CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. 2013. Acesso: 18/12/2013. Disponível em: www.conass.org.br/CURSO%20Cronicas%20.../5%20-%20Simone.pptx

contextos: as denominadas “não técnicas” (Donabedian, 1988; Scott, Campbell, 2002; Westphal, 2004).

4.1.3 A pesquisa-ação como estratégia de avaliação formativa

Construiu-se uma matriz avaliativa como meio de apoiar o desenvolvimento de um programa/serviço, buscando favorecer a melhoria das práticas de saúde (Hartz, Vieira da Silva et al, 2005; Flick, 2004).

Entre os preceitos de avaliação em promoção da saúde destacam-se o envolvimento de todos os participantes no projeto, o respeito ao saber local, a geração de novas aprendizagens. Pretendeu-se que o processo avaliativo fizesse parte da intervenção, em vez de sobrepor-se a ela (Becker et al, 2004).

A adoção de estratégias que proporcionassem a prática crítica, reflexiva e emancipatória dos próprios atores para a reorganização do serviço, bem como a inserção da pesquisadora na realidade a ser avaliada, indicou o instrumental metodológico da pesquisa-ação (Grittem, Marineli, Zagonel, 2008).

Considerada valiosa na construção de conhecimento pela interação e participação dos atores, a pesquisa-ação é um estilo, um modelo de pesquisa associado a ações coletivas (com destaque para a saúde) que pretendam solucionar problemas ou transformar a realidade, de modo a tornar as propostas de mudança exequíveis, por meio de alterações, instrumentos, conceitos ou comportamentos, além de viabilizar a inserção do pesquisador e da pesquisa no mundo real (Pope, Mays, 2009; Grittem, Marineli, Zagonel, 2008).

Caracteriza-se pela participação de um grupo com um objetivo comum em uma proposta de ação planejada, realizada explicitamente “com e para as pessoas” em vez de pesquisa apenas “sobre as pessoas” (Reason e Rowan, 1981, apud Meyer in Pope, Mays, 2009, p.71).

Entre as diversas definições e etapas da pesquisa-ação, há três princípios: o caráter participativo, o impulso democrático e a contribuição simultânea às ciências sociais e à mudança social (Car e Kemmins, apud Meyer in Pope, Mays, 2009, p. 72).

O caráter participativo demanda a percepção da necessidade de mudança e do desejo de atuar tanto na pesquisa quanto no processo de mudança. Implica a negociação do *design* com os participantes, bem como a admissão da possibilidade de conflitos e abertura para resolvê-los.

Tal atributo incorpora um dos principais pressupostos da pesquisa qualitativa – uma vez que todos os atores, e não apenas o pesquisador, são modificados pela pesquisa em si, admite que esta modificação possa resultar em reflexão e mudança intencional, real e perene, beneficiando tanto os atores quanto o cenário em si, para além do sistematizado de dados na produção de resultados, que dificilmente influenciariam a realidade. Um dos valores da pesquisa-ação, além de conseguir ou não promover mudanças, está no próprio aprendizado originário da experiência de participação.

O impulso democrático requer que os participantes sejam vistos como iguais ao pesquisador, que é um facilitador do processo. Ao longo do estudo, pressupõe-se a devolução dos achados aos participantes. Permite a abordagem simultânea de vários problemas diferentes, sem perder o foco no assunto principal. Exige habilidade do pesquisador, capacidade de auscultar e negociação.

A pesquisa-ação é considerada boa para profissionais que se engajam na pesquisa para viabilizar mudanças na qualidade de atenção dada ao paciente. Vai ao encontro da tendência de pesquisa clínica profissional de avaliação, auditoria, gestão, administração e estudo de caso. Pode contribuir simultaneamente para a mudança e as ciências sociais, na medida em que dá oportunidade de autonomia pelo exercício de julgamento profissional, em ambiente dirigido a tais mudanças.

Como deve incorporar nos achados, relatórios e em suas devolutivas a perspectiva do participante, estes resultados adquirem consistência, estatura, confiabilidade e validação pelo “[...] choque do reconhecimento – a qualidade do relato em permitir que leitores avaliem sua relevância, tanto para si, quanto para sua própria situação de prática” (Car e Kemmins apud Meyer in Pope, Mays, 2009, p.75).

Enquanto aproxima o pesquisador da realidade estudada e dá maior abrangência ao conhecimento gerado “não se tornando assunto para poucas pessoas” (Grittem, Marineli, Zagonel, 2008, p.769) a pesquisa-ação exige rigor metodológico e imparcialidade do pesquisador no decorrer do estudo.

Considerando as tipologias para pesquisa-ação, propostas por Hart e Bond (1995, apud Meyer in Pope, Mays, 2009, p.77-80), situamos o presente estudo como profissionalizante.

4.1.4 A triangulação dos dados

O conceito de *triangulation* foi trazido para o campo da avaliação de programas sociais por Denzin e significa:

[...] uma combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista, a cooperação de vários pesquisadores com formação diferenciada, a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coletas de dados (aprofundamento teórico-metodológico dialeticamente integrado e distinto) que acompanham o trabalho de investigação na pesquisa qualitativa (Denzin, 1970, apud Gurgel, 2007, p.10).

Ao pretender capturar a realidade (impossível de ser apreendida em sua plenitude através de pesquisa) e na tentativa de assegurar uma compreensão profunda do fenômeno em questão, a triangulação “adiciona rigor, amplitude e profundidade, a qualquer investigação” (Yin, 2005, p.128).

Esta é a base da “avaliação por triangulação de dados” proposta por pesquisadores como Minayo, Deslandes e Tanaka, entre outros (Furtado, 2009).

Compreende-se avaliação por triangulação de métodos (epistemológico, teórico, morfológico e técnico) como “a expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra análise de estruturas, processos e resultados, compreensão do programa em pauta, de relações envolvidas na implementação de ações e visão que os atores constroem sobre o objeto em investigação” (Gurgel, 2007, p.10). Trata-se da exposição simultânea de realidades múltiplas, refratadas (Minayo, 2004).

Utilizar a triangulação proporciona o desenvolvimento de “linhas convergentes de investigação” e maior “validade do construto”, uma vez que “várias fontes de evidências fornecem essencialmente várias avaliações que convergem para um mesmo fenômeno”. Longe de ser uma justaposição, deve ser combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista, não podendo prescindir da capacidade reflexiva e crítica do pesquisador (Hartz, 1999; Yin, 2005; Furtado, 2009).

Ao focar a saúde a partir da ótica do indivíduo, do sistema produtivo e do ponto de vista técnico, Lefèvre e Lefèvre (2004) apontam várias inter-relações que revelam o indivíduo e/ou consumidor e/ou usuário, e em nível menor, o profissional de saúde, como os elos mais fracos e, portanto, mais carentes de uma ação empoderadora. Para enfrentar esta problemática, recomendam pesquisas empíricas que tragam as representações sociais dos profissionais e dos indivíduos como matéria-prima de apoio a processos empoderadores.

Assim, este estudo – além de usar a triangulação de dados através da investigação da documentação existente e das evidências e diretrizes para a operação de serviços de cessação de tabagismo – também buscou aplicar estratégia empoderadora na investigação, a partir da opinião de gestores do programa no âmbito estrutural (ponto de vista do sistema produtivo), da participação dos profissionais de saúde envolvidos no processo (ponto de vista

técnico) e da expressão dos usuários do serviço (ponto de vista do indivíduo).

4.1.5 A avaliação em promoção da saúde e a pluralidade metodológica

A avaliação na promoção da saúde implica a perspectiva participativa (que inclui a capacidade de inovação e transformação), o interesse pela natureza socialmente construída da realidade, a captação dos sentidos e das subjetividades presentes nas falas (linguagem) dos sujeitos, o desejo de compreender os valores, bem como a representação de determinado grupo. Por isso, a construção da matriz de indicadores desta pesquisa avaliativa adotou métodos quantitativos e qualitativos, assumindo a indissociação entre os atores e “o mundo real e sua dinamicidade, bem como a conexão e interdependência dos dados coletados” (Cohn, Westphal, 2005; Denzin, Lincoln, 2006; Fernandez, Sacardo, 2008, p.25).

Para validar a construção da matriz do serviço de tratamento do tabagismo do HU-USP, além de combinar e cruzar os diversos pontos de vista apreendidos dos atores envolvidos, utilizou-se a triangulação de métodos e dados.

Associaram-se os resultados provenientes das abordagens qualitativas, como grupos focais com os profissionais, a construção do modelo lógico do serviço, entrevistas semiestruturadas com pessoas de referência e usuários do serviço (Minayo, 2002; Pope, Mays, 2009).

Entre as variáveis quantitativas foram utilizados dados secundários extraídos de documentos, de páginas na internet, fichas de inscrição, relatórios, normas técnicas, padrões de avaliação adotados no sistema público brasileiro e em outros países (Hartz et al, 1999; Minayo, 2004, 2005; Lefèvre, 2004; Cohn, Westphal, 2005; Bottari, 2008).

Uma das intenções da abordagem qualitativa foi obter pistas para tornar a matriz avaliativa elaborada capaz de considerar fatores qualitativos de grande impacto no sucesso da cessação do tabagismo, como o acesso ao serviço, ao fármaco, o nível de escolaridade e/ou econômico, ou gênero, por exemplo.

Assim, não se restringir à perspectiva de resultado de “grupo que parou ou que não parou de fumar”, ampliando seu alcance para a formação de sujeitos críticos com capacidade de refletir nas políticas, contextos e na sua relação com processos de trabalho, bem como conter as perspectivas de Promoção da Saúde (Hartz, 1999; Marques et al, 2001; Paiva, Gomes, 2007; JBI, 2008; Lotufo, 2009; WHO, 2011).

Portanto, adotou-se uma pluralidade metodológica, visando maior contextualização (Hartz, 1999): um conjunto de estratégias complementares entre si, segundo a concepção descrita por Vieira da Silva (Hartz et al, 2005), “buscando explicar variações nos resultados a partir das variações na implantação e no contexto”, com ênfase no modelo teórico avaliativo e utilizando técnicas conhecidas como “semiestruturadas (no sentido de flexibilidade possível)” e qualitativas, privilegiando, na opção por abordagens qualitativas ou quantitativas, “a construção do objeto e a mobilização de todas as técnicas possíveis para analisá-lo” (Bourdieu, 1998, apud Hartz, 2005, p. 28).

Tais atributos adequaram-se às pretensões desta pesquisa de avaliação aprofundada no cenário natural, com possibilidades de se obter muitos dados descritivos, de *design* aberto e flexível, com foco nas manifestações cotidianas das interações do objeto, bem como na “captação da perspectiva dos participantes através da interpretação da realidade em contexto, ou seja, multidimensional e historicamente situada” (Ludke, André, 1986, apud Furtado, 2009, p.78).

4.2 FONTES DE DADOS

Considerando que os indicadores de qualidade transitam desde a evidência nível “1A” até a opinião de especialistas, ou mesmo noções de qualidade socialmente aceitas, os instrumentos de coletas de dados investigaram diferentes fontes (Novaes, 2000).

Além de procurar na literatura, buscou-se abordar as diversas dimensões e os distintos interesses quanto ao tratamento do tabagismo entre usuários, profissionais de saúde, e pessoas de referência na área, como gestores e ativistas da causa antitabagista, captando suas opiniões e percepções por meio de entrevistas semiestruturadas, roteiros de grupos focais e informações colhidas em dados secundários, como manuais, publicações, instrumentos do serviço e banco de dados (Pope, Mays, 2009; Hartz et al, 2005).

Para a análise e definição dos critérios, padrões e indicadores da matriz final, pesquisou-se na literatura as diretrizes e os instrumentos de avaliação vigentes no Brasil, Reino Unido, Estados Unidos da América, Canadá, Austrália, privilegiando o contexto das políticas nacionais de controle e tratamento do tabagismo (PNCT), a organização do serviço de tratamento do tabagismo no HU-USP e sua trajetória.

4.3 POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DO ESTUDO

A seleção de sujeitos para compor o estudo considerou a relevância em se obter um conjunto de visões, pontos de vista e variações de experiências na área de tratamento do tabagismo, optando-se pela amostra nominal de três diferentes grupos de informantes-chave.

4.3.1 Pessoas de referência ou *experts*

Compôs-se uma amostra nominal por julgamento de formadores de opinião de estabelecimentos públicos e organizações não governamentais, ligados ao controle e tratamento do tabagismo no âmbito federal ou estadual, além de coordenadores ou profissionais de outros serviços públicos e ativistas da causa antitabagista, que concordaram em participar do estudo.

Os critérios para definir *expert* ou pessoa de referência incluíram a necessidade de o indivíduo ser pesquisador ou profissional atuante na definição de políticas e programas públicos de tratamento do tabagismo. Ou, ainda, estar envolvido com o tema no âmbito da ação comunitária ou política. Tais critérios não abrangeram o coordenador do serviço do HU que, embora seja pessoa de referência na área e tenha indicado outros *experts*, foi considerado como implicado nesta pesquisa.

A busca de *experts* que pudessem participar do estudo deu-se através da indicação dos coordenadores do serviço estudado, de pesquisa na literatura nacional e da indicação de nomes feita pelos próprios *experts*, ao final de cada entrevista semiestruturada.

Esta estratégia, conhecida como “bola de neve”, possibilitou validar nomes significativos. Assim, obteve-se uma composição amostral de reconhecido saber e influência no controle do tabagismo, segundo os seus próprios pares (Cohen, Crabtree, 2006).

Houve cuidado na composição do grupo de *experts*, de modo a contemplar os âmbitos federal, estadual, local e de ação comunitária. Foram entrevistados neste estudo cinco *experts*.

4.3.2 Usuários do serviço, ou “usuários”

A partir do banco de dados de todos os pacientes atendidos no serviço, selecionou-se pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos, matriculadas no serviço de tratamento do tabagismo do HU-USP entre 01 de janeiro de 2011 e 31 de dezembro de 2012, que frequentaram, no mínimo, três das quatro reuniões que compunham o programa.

Para a seleção nominal da amostra de usuários adotou-se o método de amostragem estratificada proposital (Cohen, Crabtree, 2006), que oferecia a possibilidade de representação dos diferentes tipos de pacientes atendidos no serviço, de acordo com o tipo de vínculo com o HU-USP (funcionário ativo ou aposentado, aluno, dependente de funcionário, comunidade residente na região ou fora dela). Ou, ainda, segundo o uso ou não de medicamento para apoiar a cessação; usuários com e sem subsídios para medicamentos; com diferentes níveis de dependência; gênero ou faixa etária; perfil sociodemográfico; usuários que pararam ou não de fumar. Foram entrevistados neste estudo cinco usuários.

4.3.3 Profissionais diretamente ligados ao serviço ou “implicados”

A amostra nominal de implicados no serviço para participação nas reuniões de grupo focal contou com profissionais (incluindo o coordenador do serviço) ou estagiários que atendiam diretamente os pacientes no momento da coleta de dados.

Como critério de inclusão acordado entre os participantes, propôs-se que estes deveriam atuar diretamente nas definições de rotinas, organização, condução e acompanhamento operacional do serviço de tratamento do tabagismo do HU-USP. Tal critério é concordante com o CDC (2008), em que uma avaliação eficaz começa com a identificação das partes interessadas (*stakeholders*

ou implicados), entre 8 e 10 pessoas, as mais envolvidas, para que as informações, bem como os resultados da avaliação, tenham maior utilidade.

A adesão foi voluntária e procurou reunir, de modo intencional, os atores-chave mais representativos (Cohen, Crabtree, 2006; Pope, Mays 2009; CDC, 2008).

A realização de técnica de grupo focal visou proporcionar o diálogo e a interação entre os implicados sobre temas propostos, explicitação de valores e prioridades – uma estratégia para que os implicados se tornassem parte ativa, expressando críticas e buscando soluções negociadas (Kitzinger in Pope, Mays, 2009). Oito implicados participaram do grupo focal.

4.3.4 Outras fontes de dados

Observou-se fontes primárias, como reuniões de rotina do serviço e dados secundários, tais como a expressão do serviço via internet, manuais publicados, *folders*, ficha de matrícula e o banco de dados dos pacientes atendidos pelo serviço.

Examinou-se as literaturas internacional e nacional referentes a diretrizes e processos avaliativos de serviços e programas de tratamento do tabagismo nas bases disponíveis no Serviço Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo (SIBI-USP).

4.4 LOCAL DO ESTUDO

O estudo deu-se predominantemente na UBAS do HU-USP, onde ocorreram as reuniões de grupos focais com os profissionais do serviço (setembro a dezembro de 2012), também local do serviço de cessação do tabagismo do HU-USP.

Agendou-se as entrevistas semiestruturadas aos usuários do serviço por telefone. Elas aconteceram entre maio e junho de 2013, no mesmo lugar.

As pessoas de referência (*experts*) foram inicialmente contatadas por e-mails para agendamento e entrevistadas pessoalmente pela pesquisadora nos locais, datas e horários de suas conveniências: três em seus locais de trabalho, na cidade de São Paulo, e outros dois durante evento científico, também em São Paulo. Estes encontros ocorreram entre julho e outubro de 2012.

4.5 ETAPAS DA PESQUISA

1ª Etapa: investigar, na literatura, os padrões de qualidade descritos nas diretrizes, *guidelines* e consensos, além dos roteiros avaliativos nacionais e internacionais, legislação vigente e referências do Programa Nacional de Controle do Tabagismo dirigido ao tratamento da população adulta. Elaborar um esboço de modelo teórico e da matriz de indicadores avaliativos, classificada por dimensões (estrutura, processo e resultado), temas e fontes de dados como ponto de partida.

Observação: tanto o conteúdo da investigação na literatura quanto o esboço do modelo lógico e da matriz avaliativa nortearam o desenvolvimento do roteiro de entrevista semiestruturada com os *experts* e os roteiros para as reuniões de grupo focal com os implicados, que ocorreram concomitantemente.

2ª Etapa: elaborar roteiro semiestruturado (Anexo1) e entrevistar pessoas de referência na gestão e formulação de políticas, em busca dos parâmetros de qualidade e das expectativas de desempenho de um serviço de tratamento do tabagismo, na perspectiva destes *experts*.

As entrevistas ocorreram entre julho e outubro de 2012 e duraram entre uma e duas horas. Depois de gravadas e transcritas²⁵, procedeu-se à análise temática de conteúdo.

3ª Etapa: elaboração de roteiros (Anexos 2 e 3) e realização de grupo focal com os profissionais diretamente implicados no serviço avaliado, a fim de identificar informações que colaborassem para construir o modelo lógico, definir as normas de qualidade e os principais indicadores a serem considerados. As sessões do grupo foram gravadas e transcritas diretamente em Planilha Microsoft Excel for Windows Office, através da categorização temática, pela própria autora. Houve quatro encontros com a presença de sete, cinco, sete e cinco participantes, respectivamente.

4ª Etapa: construção e apresentação do modelo lógico, com detalhamento descritivo do serviço estudado: estrutura, capacidade de gestão, práticas de saúde, processos de trabalho e objetivos. A apresentação do modelo lógico aconteceu na última reunião com os implicados. O resultado definiu quais seriam os componentes e subcomponentes da matriz avaliativa final.

5ª Etapa: elaboração de roteiro semiestruturado (Anexo 4) e entrevistas com usuários do serviço, em busca de indicadores que representassem seus valores para a qualidade. Com a intenção de evitar constrangimentos aos *experts*, as entrevistas foram feitas pela colaboradora do projeto, com apoio da pesquisadora. A colaboradora também transcreveu o conteúdo destas entrevistas²⁶. Após a análise temática de conteúdo, feita pela autora, seus resultados foram considerados no desenvolvimento da matriz avaliativa de indicadores, principalmente nos subcomponentes em que a perspectiva do usuário deveria ser considerada.

²⁵ Transcrição das entrevistas com os *experts*: aluna de graduação Ariane Souza do Nascimento, bolsista do programa Aprender com Cultura e Extensão da Universidade de São Paulo entre outubro de 2012 e março de 2013.

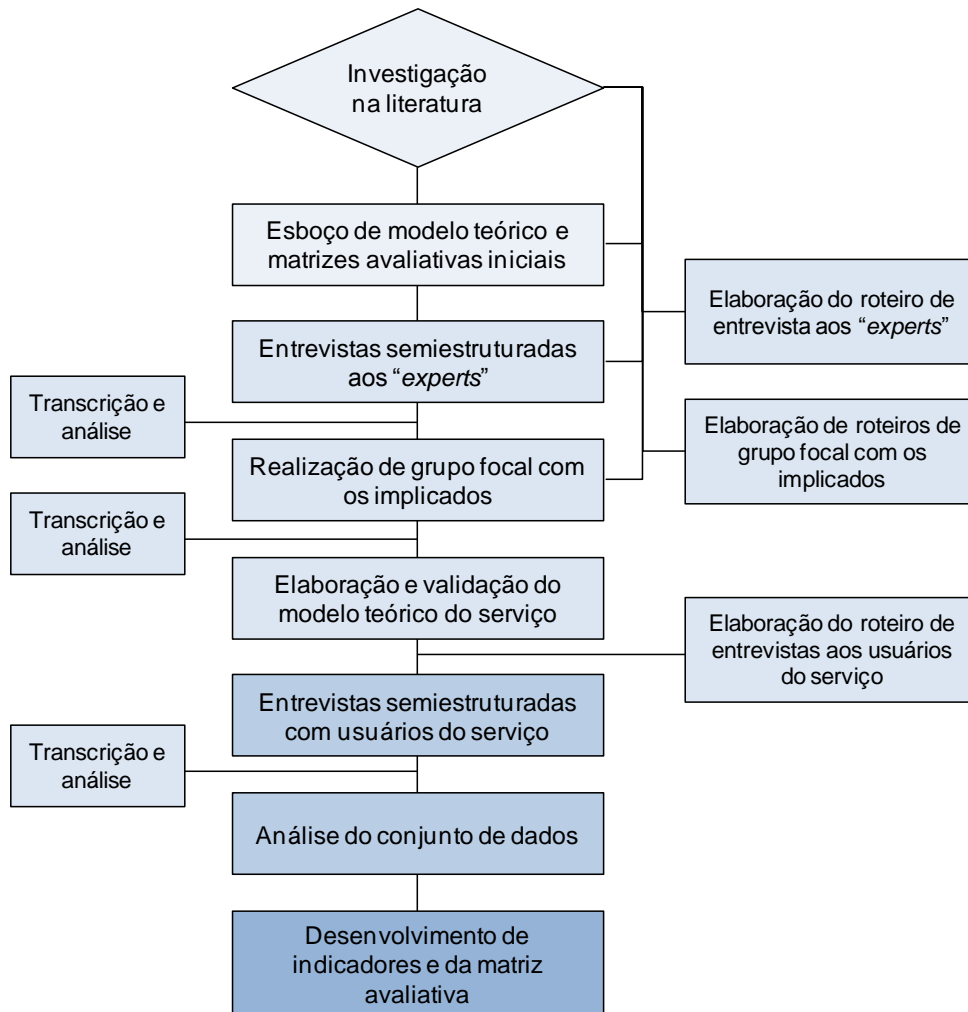
²⁶ Aluna de graduação Ariane Souza do Nascimento, bolsista do programa Aprender com Cultura e Extensão da Universidade de São Paulo entre julho de 2012 e junho de 2013.

6ª Etapa: triangulação dos dados com detalhamento dos critérios e parâmetros de qualidade, tendo como norteador o modelo lógico para eleger os componentes a serem avaliados. Os resultados das entrevistas semiestruturadas com pessoas de referência e usuários do serviço, além dos resultados dos grupos focais com os profissionais, foram relacionados às evidências na literatura, às normas do PNCT e ao contexto do serviço estudado.

7ª Etapa: construção de indicadores e finalização da matriz avaliativa de estrutura, processo e resultado, correlacionando as percepções de qualidade investigadas, o modelo teórico do serviço, a literatura, a matriz inicial e as bases da promoção da saúde.

A Figura 2 apresenta modelo esquemático das etapas da pesquisa.

Figura 2 – Síntese das etapas da pesquisa



4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Classificou-se os dados das transcrições através da análise temática de conteúdo, como “unidade de significação”, “os núcleos dos sentidos com significação para o objetivo analítico escolhido”, que se “liberta naturalmente de um texto analisado” (Bardin, 1977, p.77), definida como:

Uma unidade de significação complexa, de comprimento variável; a sua validade não é de ordem linguística, mas antes de ordem psicológica: podem constituir um tema, tanto uma afirmação quanto uma alusão; inversamente, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações (ou proposições). Enfim, qualquer fragmento pode reenviar (e reenvia geralmente) para diversos temas... MC D’Unrug (apud Bardin, 1977, p.105).

Iniciou-se pela pré-análise (leitura flutuante, constituição do corpus, e formulação de hipóteses e objetivos), a operacionalização da codificação temática e o tratamento dos resultados obtidos da inferência, interpretação e triangulação das manifestações dos grupos focais com profissionais, ou das entrevistas com *experts* e usuários, separadamente. Posteriormente, as categorias foram dispostas tematicamente em planilhas independentes no software Microsoft Excel for Windows Office (Minayo, 1994; 2002; 2005; 2008;).

Para a construção do modelo lógico, privilegiou-se a apresentação visual clássica, utilizando-se o padrão da Universidade de Wisconsin²⁷.

Nas planilhas da matriz avaliativa final, organizou-se os indicadores visando favorecer a apresentação estatística na forma de prevalências e frequências, a amplitude (como as do Teste de Fagerström, de atividades de divulgação ou inscrição), no momento da efetiva aplicação da matriz proposta. Tencionou-se beneficiar a relação entre os escores dos mesmos indicadores e a padronização na coleta de dados em diferentes serviços, para além do serviço de referência deste estudo, num eventual caso de interesse em sua aplicação.

4.7 CONSIDERAÇÕES RELATIVAS À ÉTICA EM PESQUISA

Observou-se os princípios éticos e a legislação relativa à pesquisa, envolvendo seres humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde).

Consultados e informados, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 5, 6 e 7), segundo o

²⁷ University of Wisconsin, Extension. Program Development and Evaluation: <http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/evallogicmodel.html>

grupo a que pertenciam (*experts*, profissionais implicados, usuários do serviço).

Cada sujeito recebeu uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em linguagem acessível contendo dados da pesquisa, endereço, telefone e e-mail da pesquisadora, bem como a declaração de que ele poderia desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

O projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem e da Câmara de Pesquisa e Comissão de Ética do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão relatados a seguir foram organizados em três partes:

- (a) características do serviço traduzidas como modelo lógico.
- (b) a percepção dos *experts*, usuários do serviço e profissionais sobre a qualidade do serviço prestado.
- (c) protótipo da matriz avaliativa.

5.1 CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO TRADUZIDAS COMO MODELO LÓGICO

Coordenado por um médico pneumopediatra responsável pelo serviço nas instâncias coordenadoras do PNCT em São Paulo, o serviço usado como referência para a formulação do modelo teórico e dos indicadores da matriz avaliativa tem caráter multidisciplinar.

Seu núcleo de atuação direta sofreu apenas algumas alterações desde a implementação: inicialmente composto por dois médicos, uma enfermeira e uma psicóloga, passou a contar com mais enfermeiras e também com um farmacêutico, desde 2010.

Nenhum dos profissionais dedica-se exclusivamente ao serviço, eles têm outras atividades em setores diferentes do hospital.

Ainda fazem parte do grupo de profissionais três enfermeiras do ambulatório, uma psiquiatra, uma nutricionista, um cirurgião dentista.

Na recepção aos pacientes, o serviço dispõe da estrutura ambulatorial já existente no HU-USP, com funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

Para organizar seus dados, conta com o apoio de uma técnica administrativa que, junto com os farmacêuticos, prepara relatórios trimestrais de reposição dos insumos e faz o registro dos indicadores de processo e resultado, estabelecidos pelo PNCT (Brasil, 2009). Também contou com uma prestadora de serviços

eventual, que organizou planilhas no Microsoft Excel for Windows Office e as informações de evolução dos grupos.

Esta equipe desenvolveu a rotina e os protocolos de atendimento com base nas políticas públicas estabelecidas pelo INCA e nas diretrizes da SBPT. Divulga o serviço através da mídia, palestras, cartazes.

Os profissionais do serviço também criaram e mantêm um site aberto (<http://www.tabagismo.hu.usp.br/>), acessível a partir da homepage do HU-USP; participam de eventos e ministram palestras, cursos e trabalhos científicos; e também publicaram um livro sobre tabagismo passivo (Lotufo, 2007)¹. Em 2009, o coordenador participou da elaboração do manual do HU-USP dirigido aos profissionais de saúde (Lotufo et al, 2009).

A partir do trabalho desenvolvido pelo coordenador da equipe em outros projetos, há cinco livretos dirigidos às crianças (Tabagismo Passivo, Dr. Bartô e os Doutores da Saúde, Alcoolismo, O Sumiço do Vovô, entre outros)²⁸, apresentações performáticas em eventos ligados ao tema (os doutores da saúde), além da instalação no museu de Anatomia da USP²⁹.

Os pacientes tabagistas internados no hospital contam com apoio à cessação do tabagismo, desenvolvido segundo protocolo de reposição de nicotina prescrito pelas equipes médicas conforme avaliação médica ou de enfermagem. Na alta hospitalar são estimulados a continuar o tratamento, inserindo-se com prioridade no grupo que estiver em andamento ou, no caso de espera, em atendimento individual.

Pelas características mistas de elegibilidade para atendimento no HU-USP e devido à divulgação na mídia eletrônica e de entretenimento, os usuários do serviço antitabagismo do HU-USP

²⁸ Dr. Bartô e os doutores da saúde. Publicações. <http://drbarto.com.br/publicacoes/>

²⁹ SP Notícias. Seg, 25/08/08 - 11h00: USP alerta estudantes sobre malefícios do cigarro com visita a museu [página na internet. [Acesso: 02/04/ 2011]. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=98050&c=5225&q=USP+alerta+e+estudantes+sobre+malef%EDcios+do+cigarro+com+visita+a+museu>

têm características peculiares: podem ser da comunidade universitária – alunos, docentes, funcionários da USP e seus dependentes; podem ser moradores do Butantã e Jaguaré, na zona oeste de São Paulo; podem ser interessados de outras regiões da cidade ou de cidades vizinhas, atendidos exclusivamente para a cessação do tabagismo.

O atendimento em grupo do serviço de tratamento do tabagismo do HU-USP é uma atividade contínua de rotina assistencial, ou seja, não está sujeito a alterações vinculadas à existência ou não de pesquisa.

As reuniões em grupo e atendimentos são concentrados em um dia da semana específico (às segundas-feiras, mediante calendário previamente estabelecido), quando os profissionais envolvidos dedicam-se exclusivamente ao serviço.

Qualquer tabagista que manifeste vontade de parar de fumar pode procurar espontaneamente ou ser encaminhado ao HU-USP para se inscrever no próximo ciclo de reuniões.

Atualmente, a inscrição dos interessados ocorre principalmente a partir da reunião de sensibilização, coordenada pelas enfermeiras do Ambulatório e aberta a qualquer pessoa. Esta reunião é semanal (também às segundas-feiras), no mesmo formato, nas dependências do Ambulatório do HU-USP e tem caráter informativo e avaliativo. Através do preenchimento de matrícula elaborada pelos profissionais do serviço e periodicamente reformulada (Anexo 8) procura-se detectar em qual estágio de motivação o interessado se encontra, qual é o seu nível de dependência (teste de Fagerström)³⁰ e a presença de comorbidades. Neste momento faz-se um exame clínico com medição da pressão

³⁰ O teste de Fagerström de dependência da nicotina foi elaborado pelo psicólogo sueco Karl Fagerström. É um instrumento padrão para avaliar a intensidade da dependência e a necessidade de TRN: quanto mais alta a pontuação, maior é a dependência. Fontes: American Academy of Family Physician (AAFP) e 2013, 6Th Annual Global Research Awards for Nicotine Dependence. [Acesso: 28/05/2013] Disponíveis em: <http://www.aafp.org/afp/2000/0801/p579.html> e http://grand2013.org/review_process_2013/KarlFagerstrom.asp?languageID=1&gu_id=19398274927hd8392

arterial, altura e peso. Em seguida, informa-se ao inscrito como será o processo terapêutico, agenda-se, então, o primeiro encontro.

Cada grupo tem entre 30 e 35 vagas. Desde 2004 até a hoje pouco mais de 2000 pessoas participaram.

O atendimento em grupo consiste em quatro, eventualmente cinco encontros semanais, que duram de uma a duas horas. Essas reuniões abordam vários temas, como riscos do tabagismo, por que o cigarro causa dependência, estratégias para parar de fumar e as principais dificuldades envolvidas no processo. As reuniões ocorrem em auditório localizado na UBAS-HU-USP (Unidade Básica de Assistência à Saúde), edifício anexo ao HU, destinado ao atendimento de funcionários da Universidade.

Durante essas reuniões, o tabagista recebe orientação e aprende dicas e estratégias de apoio para aplicar no seu dia a dia, em suas tentativas de parar. Em todas as reuniões os usuários têm oportunidade de falar e trocar experiências.

A reunião começa com o acompanhamento semanal do número declarado de cigarros consumidos. Mais recentemente, implantou-se a verificação do nível de monóxido de carbono expirado, para que tanto o indivíduo quanto a equipe possam observar as mudanças.

A primeira reunião tem enfoque motivacional genérico, visando estimular a tomada de decisão. A segunda tem como tema a indicação e a contraindicação de medicamentos. Havendo necessidade de medicamento, o usuário pode receber a quantidade suficiente para a semana, após esta reunião ou outra.

No HU-USP, a reposição de nicotina é oferecida desde 2005 aos funcionários ativos da Universidade (como política patronal de cuidado ao trabalhador), seguindo protocolo descrito em manual (Lotufo et al, 2009) e, desde 2007, aos pacientes tabagistas internados no hospital.

Até setembro de 2010, os demais participantes precisavam providenciar o próprio remédio quando indicado, uma vez que o HU-USP não recebia os insumos medicamentosos do INCA, embora já estivesse cadastrado no PNCT havia alguns anos.

Atualmente o HU-USP recebe os insumos medicamentosos conforme disponibilidade. Não há, no entanto, regularidade no fornecimento, embora os relatórios e exigências sejam devidamente observados pelo Serviço de Farmácia e Terapêutica do HU-USP.

O conteúdo básico da terceira reunião envolve o estímulo ao esforço de parar, a apresentação de dicas que ajudam a vencer a fissura, comentários sobre as diversas apresentações do tabaco para mostrar que não adianta substituí-las por outras, já que todas oferecem risco. Dá-se oportunidade para que os participantes relatem suas experiências de sucesso ou de dificuldades, durante o processo.

Já a quarta e última reunião tem caráter de desfecho desta primeira fase, com a apresentação dos resultados através de relatos dos participantes. A psicóloga discorre sobre os aspectos psicoemocionais relacionados ao vício de fumar.

Nesta oportunidade há também a captação de interessados no acompanhamento psicológico em grupo, uma vez que os fatores psicoemocionais podem emergir ou ter destaque durante o processo. Os usuários são então convidados a participar espontaneamente de reuniões quinzenais com a psicóloga.

Portanto, nas semanas subsequentes, o paciente passa a ser acompanhado individualmente pelo médico e/ou em grupo pela psicóloga, conforme a indicação: os forte-dependentes continuam a ser acompanhados em consultas médicas individuais, enquanto os fraco-dependentes mantêm reuniões em grupo periódicas para reforço e orientação, coordenadas por psicóloga ou, eventualmente, enfermeira.

A previsão desejada de acompanhamento longitudinal depois da participação nos encontros é de doze meses após a cessação. Os tabagistas que não pararam podem continuar em reuniões de grupo com a psicóloga (acompanhamento) ou, em casos específicos, individualmente com o médico.

No decorrer do programa, há desistências por motivos diversos: distância, preço dos medicamentos, fracasso nas tentativas de parar, falta de apoio da família, chefia ou companheiro(a), pouca afinidade com o método utilizado ou dificuldades logísticas de conciliar agenda.

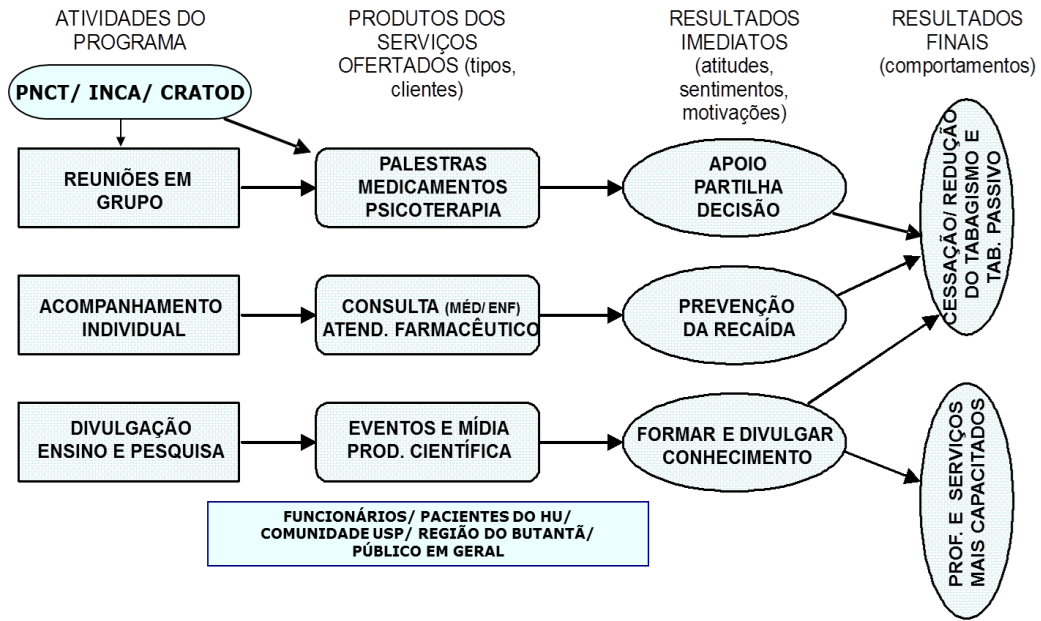
Durante os anos de atividade do serviço de controle do tabagismo do HU-USP, observou-se modificações em sua estrutura e processo quanto à forma de abordagem inicial, divulgação, modo de fazer a matrícula, variações no fornecimento de medicamentos, aumento ou diminuição do número de profissionais capacitados, presença ou não de profissionais específicos na equipe (farmacêutico, dentista, clínico geral, psiquiatra, psicólogo, clínico, nutricionista), realização de um ou dois grupos concomitantes, de quatro ou seis reuniões, entre outras.

Pelo conhecimento da pesquisadora sobre o serviço estudado, a investigação inicial na literatura e a expectativa de incluir elementos da promoção da saúde no processo de elaboração da matriz avaliativa, acreditou-se que o serviço tenderia para um diagrama semelhante ao “esquema de modelo lógico com objetivos de implementação e de resultados demarcados, proposto por Wong Rieger e David” (Figura 3), cuja finalidade é a mudança de comportamento e o contexto da saúde coletiva.

Assim, elaborou-se um modelo lógico preliminar, a partir das atividades do programa, os produtos ofertados, resultados imediatos envolvendo atitudes, sentimentos e motivações com os resultados finais, relativos à mudança de comportamento esperado (cessação do tabagismo) e aprimoramento da capacitação profissional e do serviço.

Figura 3 – Esquema de modelo lógico para conscientização na área de saúde (Wong Rieger; David, 1995, apud Hartz, Vieira da Silva et al, 2005, p. 51)

Serviço de Cessação do Tabagismo do Hospital Universitário da USP



Para se estabelecer estratégias de mensuração que evidenciassem as relações de causa-efeito presumidas no modelo lógico (testar a hipótese), elaborou-se uma matriz inicial de indicadores avaliativos classificados por tipologia, temas, perguntas avaliativas, o modo de obter a informação e fontes de dados (Anexos 9, 10 e 11).

Nesta etapa, a definição dos indicadores, critérios e parâmetros relacionados ao serviço estudado basearam-se nas clássicas dimensões de abordagem de estrutura, de processo e de resultado desenhada em matrizes, bem como no construto das sete dimensões da qualidade (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade) descritas por Avedis Donabedian (1988).

O modelo lógico e a matriz compuseram o projeto de pesquisa original deste estudo. O conteúdo da matriz norteou tanto a

elaboração do roteiro de entrevista semiestruturada com os *experts* quanto os roteiros de reuniões de grupo focal com os profissionais do serviço.

5.2 A PERCEPÇÃO DOS *EXPERTS*, USUÁRIOS DO SERVIÇO E PROFISSIONAIS SOBRE A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO

5.2.1 A percepção dos *experts*

Os formadores de opinião de estabelecimentos públicos e organizações não governamentais que concordaram em participar do estudo (*experts*) foram inicialmente contatados por correio eletrônico (e-mail), por meio de profissional do serviço de tratamento do tabagismo do HU-USP ou, ainda, através de algum *expert* entrevistado, possibilitando o acesso da pesquisadora a essas pessoas.

Contatou-se sete *experts* entre as 26 pessoas indicadas, cinco dos quais foram entrevistados. Três receberam indicação de todos os entrevistados (Cohen, Crabtree, 2006). O número de entrevistados (cinco) resultou da dificuldade de conciliar agendas e de restrições de deslocamento para entrevistas, além da capacidade de trabalho para cumprir a transcrição e análise dos dados, respeitando os limites do cronograma.

A elaboração do roteiro (Anexo 1) seguiu a mesma sequência dos componentes e temas da matriz inicialmente esboçada (Anexos 9, 10 e 11), propondo questões abertas e com estrutura flexível, a fim de nortear o diálogo, manter o foco no objeto e estimular a manifestação (Pope, Mays, 2009), sem, contudo, abranger obrigatoriamente todas as perguntas. Cada entrevistado podia abordar os temas sobre os quais se sentisse mais à vontade (Pope, Mays, 2009).

Todos os *experts* contatados receberam muito bem a proposta da pesquisa, manifestando a sua relevância.

Dos cinco entrevistados, quatro eram do sexo feminino, três trabalhavam na cidade do Rio de Janeiro e dois, em São Paulo. Quanto à formação, três eram da área da saúde (medicina) e dois da área de humanas (psicologia e sociologia). O Quadro 5 apresenta as características profissionais mencionadas pelos próprios entrevistados.

Quadro 5 – Caracterização profissional dos *experts* entrevistados quanto à sua formação, atuação e nível de envolvimento com o controle do tabagismo

EXPERT	FORMAÇÃO	ATUAÇÃO E NÍVEL DE ENVOLVIMENTO
E1	Medicina Pneumologia Mestrado e Doutorado Especialização em Saúde Pública Especialização em Medicina do Trabalho	. Diretoria de serviço público de tratamento do tabagismo . Tratamento do tabagismo . Pesquisa, ensino e capacitação . Atuação em sociedade científica/profissional relacionada ao tema . Políticas/ Programas de controle do tabagismo: . <i>Advocacy</i> no Brasil . Organização de livro sobre o tema
E2	Psicologia Especialização em Psicologia Hospitalar Mestrado em Psicologia Clínica	. Atuação em ONG que atua nas políticas de Controle do Tabagismo . Pesquisa, ensino e capacitação . Experiência no atendimento de tabagistas em serviço público . Políticas/ Programas de controle do tabagismo: . <i>Advocacy</i>
E3	Medicina Hematologia Especialização Em Oncologia Mestrado Em Saúde Pública	. Atuação na implementação da CQCT . Políticas/ Programas de controle do tabagismo . Pesquisa, ensino e capacitação. . Experiência no PNCT . Experiência no tratamento de tabagistas em serviço público
E4	Medicina Cardiologia Homeopatia Especialização em Dependência Química	. Gestão de serviço público e privado de tratamento do tabagismo . Coordenadoria de serviço de tratamento do tabagismo em instituição estadual Capacitação de profissionais para credenciamento. . Cardiologia . Pesquisa, ensino e capacitação . Atuação em sociedades científicas/profissionais relacionadas ao tema . Ação comunitária: organização e participação em campanhas . Políticas/ Programas de controle do tabagismo . Atuação em ONG relacionada ao tema . Contribuição em sites/blogs nacionais e internacionais
E5	Sociologia	. Atuação em ONG de políticas de Controle do Tabagismo . Políticas/ Programas de controle do tabagismo . Atuação em entidade internacional relacionada ao tema . Formulação de políticas públicas relacionadas ao tema, desde as rurais (cultivo do tabaco) quanto as que afetam o fumante. . Ação Comunitária: formulação de campanhas e eventos. . <i>Advocacy</i> . Pesquisa, ensino e capacitação

*FCA – Framework Convention Alliance: <http://www.ftct.org/>

5.2.1.1 A estrutura e organização dos serviços

As respostas dos *experts* foram tematicamente categorizadas, inicialmente respeitando a pergunta feita. Após a definição das categorias temáticas, também foram resgatadas as manifestações mencionadas em perguntas diferentes daquele tema, pela expressão livre do entrevistado.

Observou-se uma tendência entre as perguntas e respostas – o entrevistado colocava-se segundo a sua vivência, mesmo quando perguntado genericamente sobre algum tema. Isto se deve ao fato de a entrevista mobilizar o sujeito a olhar e avaliar a si mesmo enquanto responde.

Para a disposição das respostas nas planilhas, apoiamo-nos na experiência de Lefèvre, Cavalcanti Lefèvre e Costa Marques (2009) do discurso do sujeito coletivo. Utilizamos os conceitos de expressão-chave e de ideia central para distinguir diferentes posicionamentos e valores (representações). Por isso, dispôs-se para cada entrevistado, na Planilha Microsoft Excel for Windows Office, duas colunas por tema: afirmação e argumentação. Esta iniciativa visou o melhor aproveitamento dos conteúdos abrangentes e profundos das respostas.

Grande parte das manifestações dos *experts* para cada tema apresentado foi congruente. Pelas diferenças entre as experiências pessoais e os níveis de atuação, eles tenderam a expor diferentes aspectos, complementares entre si.

As manifestações que deram subsídio à formulação de indicadores serão destacadas nos detalhamentos específicos da matriz.

Os Quadros 6, 7 e 8 mostram uma síntese por dimensão (estrutura, processo e resultado), visando oferecer um panorama dos temas abordados pelos *experts*.

Quadro 6 – Categorias temáticas relacionadas à estrutura do serviço

Critérios estruturais que fundamentam o serviço	Organização estrutural/ econômica
LEGISLAÇÃO	RELAÇÕES EXTERNAS
PROGRAMA	FINANCIAMENTO
AVALIAÇÃO DO PNCT	SUSTENTABILIDADE
PREMISSA	CADASTRAMENTO
INTERFACE	ABRANGÊNCIA
HISTÓRICO	ESPECIFICIDADES DO SUS
Recursos humanos	Instalações
TIPOS DE PROFISSIONAIS	UNIDADES EM FUNCIONAMENTO
PERFIL	CONSULTÓRIOS
ATITUDE DO PROFISSIONAL QUE FUMA	OUTROS ESPAÇOS
CAPACITAÇÃO	EQUIPAMENTOS
DIVERSIDADE DISCIPLINAR	INSUMOS MEDICAMENTOSOS
FORMA DE ORGANIZAÇÃO DOS RH	Apoio
RENOVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	
Educação	APOIO
ESTRATÉGIA	Estrutura de acessibilidade/ adesão
CARTÃO	ADESÃO
CARTILHAS DO PROGRAMA DO INCA	ACESSIBILIDADE
MATERIAL ESPECÍFICO	CONTEXTO SÓCIOECONÔMICO
Estrutura de registro dos atendimentos	OFERTA DE VAGAS GRUPO/INDIVIDUAL
	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTOS	Estrutura de divulgação e de transmissão de conhecimento
DOCUMENTAÇÃO DOS RESULTADOS	
RELATÓRIOS	DIVULGAÇÃO

No período de realização das entrevistas (segundo semestre de 2012) o INCA havia organizado um encontro para discutir os rumos e a organização do PNCT no tratamento do tabagismo:

[...] o que nos mostra que assim, as pessoas de alguma maneira estão pedindo que essa área seja melhor cuidada (E2).

[...] dentro dessa estrutura de programa nacional há muitas críticas de parte, em relação ao programa nacional, a efetividade do tratamento, então eu sinto que tem... é muito importante que haja uma avaliação (E5).

[...] o INCA já está refletindo sobre isso o que me tranquiliza, porque eles são muito sérios no que eles fazem (E4).

Sobre o cadastramento no PNCT:

[...] As pessoas falam que apesar de existir um programa que prevê todas essas medidas à disposição da população do serviço de cessação ao tabagismo, que exista a capacitação de profissionais, que exista uma possibilidade desse serviço se credenciar e deles receberem todo o material de trabalho e eventualmente os medicamentos, isso não é regular porque existe muita burocracia para se conseguir o cadastro (E2).

Quanto aos recursos humanos, entendiam que o profissional não precisava de perfil especial para a abordagem breve, mas sim para a intensiva (E1), devendo estar motivado e preparado (E3), com “um limite muito alto de lidar com frustrações” (E4).

Preocuparam-se com a renovação dos profissionais (E1) e que as academias (psicologia, enfermagem, medicina, economia, publicidade) deveriam preparar alunos, já na graduação, sobre o tema e ensinar técnicas de TCC para que saibam como abordar (E2, E4, E5). Destacam haver um vasto campo para a diversidade disciplinar em tabagismo (E1), sendo imprescindível profissionais da área de psicologia, medicina e enfermagem (E1, E2, E4, E5) e desejável de odontologia, fisioterapia, serviço social, farmácia, entre outros.

[...] Justamente por ser aquela questão comportamental, toda aquela dificuldade, mudança de hábito, mudança de estilo de vida envolve várias situações que... o psicólogo é uma pessoa muito instrumentalizada (E5).

Quadro 7 – Categorias temáticas relacionadas ao processo de trabalho

Alcance da cobertura do serviço oferecido	Diagnóstico do tabagismo
ATUAÇÃO	DIAGNÓSTICO
COBERTURA	ANAMNESE
Processo decisório do serviço com relação aos requisitos do PNCT	TESTES/ COMORBIDADES
VISÃO AMPLIADA	Acompanhamento
SEGUIR AS DIRETRIZES	ACOMPANHAMENTO
INSUMOS MEDICAMENTOSOS	TERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVA
Adesão/ Acesso	PREVENÇÃO DE RECAÍDA
	ESTRATÉGIA
ACOLHIMENTO	CONTEXTO FAMILIAR
DISPONIBILIDADE	Abordagem
CONTROLE	
CONDUTA NAS FALTAS	CONTEXTOS SOCIAIS E CULTURAIS
AGENDA	INTERVENÇÕES MAIS ATRATIVAS
ORGANIZAÇÃO	PREFERÊNCIAS DO PACIENTE RESPEITADAS
Contexto	O INDIVÍDUO COMO UM TODO
	AUTOCUIDADO
GÊNERO	ESTRATÉGIA AMPLIADA
PERFIL DOS PARTICIPANTES	REDUÇÃO DE DANOS
PERFIL DO SERVIÇO	Educação
Integralidades da prática de atenção à saúde	
REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	PROMOVER O AUTOCONHECIMENTO
HIERARQUIZAÇÃO	COMPREENDER PARA RESPEITAR
AMPLIAÇÃO	PROFISSIONAL DE SAÚDE E MÍDIA
PARCERIAS	INFORMAR
Avaliação	Divulgação e comunicação
	DIVULGAÇÃO
AVALIAÇÃO	

Durante as entrevistas, quando se perguntava sobre o que é qualidade em serviços de cessação do tabagismo, nas diversas dimensões e componentes propostos no questionário semiestruturado, a tendência dos *experts* era olhar a partir de sua própria experiência e contribuir com sugestões relativas a dúvidas frequentes. Por exemplo: o que fazer para ajudar os sujeitos a criar uma nova identidade? Como lidar com a condição do tabagismo no contexto da privação econômica e social, da violência, da privação de acesso a recursos de saúde de qualidade? Assim, trouxeram em suas falas as diferentes dimensões pessoais que levam uma pessoa a voltar a fumar.

[...] análise do entorno social desses indivíduos para você avaliar isso aqui: eu estou falando até de efetividade, os familiares fumam, não fumam, o ambiente de trabalho desse indivíduo também precisa ser considerado nessa análise. Isso também é um indicador e precisa ser considerada essa questão da efetividade, porque quem está deixando de fumar e tem pessoas fumando em casa é muito mais difícil. Você trabalha em um ambiente em que existe uma política de restrição ao fumo, então claro que ele vai ter mais dificuldade em deixar de fumar se ele trabalhar ou conviver com fumantes eu acho que isso é importante considerar até no resultado em que você tem. (E3).

[...] a gente considera esses contextos e não é simples: são contextos de muita violência, são situações muito complexas e muito diferentes na perspectiva social de cada um. Pessoas que voltam a fumar porque teve o filho assassinado, enfim, gente que recaiu porque não conseguiu viajar esse ano para a Europa ficou frustrada; enquanto outra porque teve que ir para debaixo da cama porque o tiroteio estava comendo (E1).

Os *experts* destacaram a importância do tratamento de tabagismo em ampliar os recursos dos sujeitos para os enfrentamentos na vida:

[...] processo educativo, dialógico segundo a formação dialógica é de trazer elementos para um diálogo de vida em que o núcleo central da discussão passa a se desviar do tabaco para o significado que tem para a vida enfrentar desafios inclusive parar de fumar (E1).

Quadro 8 – Categorias temáticas relacionadas aos resultados

Efeito do serviço sobre a população atendida	Impacto social
TAXA DE CESSAÇÃO	IMPACTO SOCIAL
ACESSO	IMPACTO NA INICIAÇÃO
PRODUÇÃO	IMPACTO NA CONDIÇÃO DE SAÚDE
PERFIL	INFLUÊNCIA
Efetividade	EMPODERAMENTO
	IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA
ADESÃO	Resgate ético
ACOLHIMENTO	
REGULARIDADE DO SERVIÇO	JULGAMENTO
MONÓXIDO DE CARBONO	AUTONOMIA
Disseminação do conhecimento	FORMAÇÃO
	Impacto operacional
DISSEMINAÇÃO	
	SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Uma das perguntas pedia ao *expert* para apontar as variáveis que melhor indicassem a qualidade de um serviço público no tratamento do tabagismo. O Quadro 9 relaciona as categorias mencionadas.

Quadro 9 – Categorias temáticas selecionadas pelos *experts* como melhores indicadores da qualidade

4. De todas as variáveis mencionadas, quais podem, em sua opinião, indicar a qualidade de um serviço público de tratamento do tabagismo? Poderia sugerir indicadores de qualidade?
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO
SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
ESTRUTURA
CULTURA DA ORGANIZAÇÃO
ACOLHIMENTO
PROFISSIONAIS BEM CAPACITADOS
VOLTA DAS PESSOAS EM EVENTOS
ABSTINÊNCIA
RECAÍDA
QUALIDADE DE VIDA
IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA
INFLUÊNCIA SOBRE OUTRAS PESSOAS

5.2.2 A percepção dos usuários do serviço

Nesta fase, a condução da entrevista semiestruturada visou apreender as opiniões e impressões manifestas sobre os temas relativos à organização do serviço, acessibilidade e aspectos da relação profissional-paciente, atitudes, bem como as práticas educativas sob a perspectiva dos usuários do serviço. A finalidade foi obter pistas a respeito das percepções de qualidade que poderiam contribuir com a construção da matriz avaliativa, contemplando a perspectiva do paciente.

A autora fez os convites por telefone, explicando os objetivos da pesquisa e a importância da entrevista. Cinco convidados compareceram para a entrevista semiestruturada, que

duraram cerca de 1h30min e aconteceram em ambiente de consultório, feita por uma estagiária³¹ bolsista.

Os Quadros 10 e 11 apresentam as características sócio-demográficas, o histórico e o *status* como tabagistas dos usuários entrevistados. A origem da informação foi o próprio banco de dados do serviço, complementado com informações obtidas nas entrevistas.

Quadro 10 – Caracterização dos usuários do serviço de tratamento do tabagismo do HU-USP – características sócio-demográficas

USUÁRIOS	SEXO	IDADE	ATIVIDADE PROFISSIONAL	ORIGEM	COMO SOUBE DO SERVIÇO
U1	F	60	aposentada	Butantã	jornal
U2	F	42	auxiliar de laboratório	funcionário USP	colega trabalho
U3	F	54	bibliotecária	funcionário USP	UBAS-HU
U4	F	57	aposentada	fora da região (Cotia)	internet
U5	M	58	engenheiro mecânico	Butantã	médico

Dos entrevistados, um era do sexo masculino. A maior faixa etária situava-se entre 51 e 60 anos. Quanto à atividade profissional, havia duas pessoas aposentadas, um auxiliar de laboratório, um engenheiro e uma bibliotecária. Dois entrevistados eram funcionários ativos da Universidade (que fornece medicação para tratamento do tabagismo), dois eram da região do Butantã e um morava em cidade vizinha.

³¹ Aluna de graduação Ariane Souza do Nascimento, bolsista do programa Aprender com Cultura e Extensão da Universidade de São Paulo entre julho de 2012 e junho de 2013.

Tomaram conhecimento do serviço através de jornal (1); internet (1); profissionais de saúde (2) e colega de trabalho (1). Embora a amostra seja reduzida para inferir quantitativamente, nota-se a importância de se utilizar diferentes meios de divulgação; de o profissional de saúde saber abordar e oferecer ajuda consistente; da influência que outras pessoas podem ter, como uma rede, para ajudar na tomada de decisão, no caso, o colega de trabalho.

Quadro 11 – Caracterização dos usuários do serviço de tratamento do tabagismo do HU-USP – histórico e *status* de tabagismo

USUÁRIOS	QUANTOS ANOS FUMANDO	SCORE DE FAGERSTRÖM *	Nº de CIGARROS NA ENTRADA	Nº de CONTATOS COM O SERVIÇO	USO DE MEDICAMENTO	STATUS NO ÚLTIMO CONTATO	Nº de CIGARROS NA DATA DA ENTREVISTA
U1	33	10	35	6	Sim	0	0
U2	24	6	20	7	Sim	0	0
U3	34	5	15	11	Sim	fumando	15 A 20
U4	44	7	25	7	Sim	0	0
U5	44	6	20	7	Sim	fumando	15

* Nível de dependência no teste de Fagerström: 0-2: muito baixo; 3-4: baixo; 5: médio; 6-7: elevado; 8-10: muito elevado

Quando procuraram ajuda no serviço de tabagismo do HU-USP, dois dos entrevistados (40%) fumavam havia mais de 40 anos. Oitenta por cento (4) tinham score de Fagerström³² com níveis de elevada dependência e um com dependência muito elevada. Ao procurar o serviço, 80% eram fumantes de mais de 20 cigarros por dia. O usuário com maior nível de dependência era justamente o que mais consumia (35 cigarros).

³² O teste de Fagerström de dependência da nicotina foi elaborado pelo psicólogo sueco Karl Fagerström. É um instrumento padrão para avaliar a intensidade da dependência e a necessidade de TRN: quanto mais alta a pontuação, maior é a dependência. Fontes: American Academy of Family Physician (AAFP) e 2013, 6Th Annual Global Research Awards for Nicotine Dependence. [Acesso: 28/05/ 2013] Disponíveis em: <http://www.aafp.org/afp/2000/0801/p579.html> e http://grand2013.org/review_process_2013/KarlFagerstrom.asp?languageID=1&gu id=19398274927hd8392

Novamente, sem considerar o aspecto de representatividade estatística da amostra, há indícios da tendência dos que procuram ajuda atualmente: são pessoas com maior nível de dependência, com maior dificuldade em parar de fumar sem apoio profissional. Todos os usuários tiveram mais de cinco contatos com o serviço, pois participaram de sessões de terapia de grupo com a psicóloga. Todos necessitaram e utilizaram medicamentos. Três pararam de fumar e se mantiveram abstinentes até a data da entrevista. Dos dois que não pararam, um reduziu o consumo diário.

A seguir, uma síntese das manifestações dos usuários nos eixos de estrutura, processo, resultado e aspectos gerais. As manifestações que contribuíram com a formulação de indicadores da matriz final serão destacadas nos detalhamentos específicos. Houve perguntas genéricas. Em suas falas, procurou-se captar a qualidade.

Estrutura

- Ambiente limpo, agradável, mas com desconforto térmico.
- Necessidade de melhorar a sinalização e informação aos usuários.
- Às vezes havia lugar para todos, às vezes a sala estava muito cheia.
- A fila para pegar medicamento incomodava, mas foi considerada por um usuário “algo do dia a dia, da vida cotidiana”.
- Quantidade suficiente de profissionais.
- Equipe muito bem vista, desde a recepcionista até os profissionais da farmácia.
- Informações pontuais e boa orientação, com destaque para o carisma, segurança, atitude de encorajamento, decisões do médico.
- Psicóloga encoraja, é disponível e apoia, pode ter atitude mais inclusiva diante de pessoas com menor escolaridade.
- Enfermeiras mencionadas quanto à informação, orientação, disponibilidade.
- Materiais considerados de fácil compreensão, bom conteúdo e simples.
- Dificuldade de acessar a internet por parte de alguns e facilidade para outros.
- Pessoas de diferentes níveis de escolaridade.
- Palestras atrativas, os profissionais explicavam maravilhosamente bem.
- A abordagem usava uma linguagem comum.

- Havia alguns materiais educativos velhos, mas com excelente conteúdo.
- Os grupos devem ter um número de participantes que favoreça a expressão de todos e a comunicação entre eles, sendo importante a habilidade do profissional.
- Os que precisaram comprar medicamentos eram informados do motivo.
- Foram orientados quanto à dosagem e como usar, por médico, farmacêutico e enfermeiras, mas poderia haver mais informação sobre os efeitos colaterais.

Processo

- Facilidade de se matricular e rapidez de resposta ajuda o indivíduo a não ter desculpas.
- Cada entrevistado teve contato com o grupo por veículos de divulgação diferente.
- Três pessoas consideraram a recepção organizada, duas consideraram desorganizada.
- A enfermagem recebia bem, sorrindo, falando, mas... “é difícil dar atenção para tantas pessoas”.
- Um usuário apontou dificuldades no fluxo de atendimento, durante a matrícula, enquanto outro considerou o processo normal.
- Todos se sentiram acolhidos e bem recebidos.
- As pessoas desejavam informar quantos cigarros estão fumando, não se constringendo com a pergunta.
- Já o teste de monóxido de carbono, visto como importante, causava expectativa.
- As enfermeiras às vezes explicavam sobre o teste, às vezes, não.
- Reparavam que o número de pessoas ia diminuindo.
- Sabiam que a ficha era um modo de controlar a frequência.
- Eram aconselhados a não faltar.
- Enquanto não havia preocupação com o individual, havia disponibilidade para conversa individual.
- Consideraram ter havido preocupação com relação aos resultados alcançados, por exemplo, com perguntas: vocês estão estimulados?
- Cada um comentava suas dificuldades, facilidades, inseguranças, ou se já se sentia preparado para marcar o Dia D.
- O médico sugeria agendamento individual àqueles que pareciam ter dificuldade
- A psicóloga perguntava: “O que desencadeou isso? Por quê?”
- O atendimento individual foi considerado importante: “Em algumas situações o usuário não quer compartilhar sua dúvida ou sentimento

com o grupo”.

- Um usuário manifestou não ser função do serviço "ficar correndo atrás de quem não vem", entendendo “ser uma fiscalização buscar contato com os faltantes”.
- Havia oportunidade de todos se expressarem, algumas pessoas falavam mais, outras menos. Houve respeito.
- Alguns lembraram que havia perguntas que investigavam doenças, preenchidas na primeira consulta (sensibilização e matrícula). Dois usuários não se lembraram de um momento de investigação das doenças.
- Descreveram diversas estratégias ensinadas pelos profissionais para lidar com a abstinência e o processo de parar de fumar. Tais estratégias eram partilhadas no grupo, sendo muitas vezes os usuários as fontes de informação entre si. Destaque para o médico e a psicóloga.
- Houve relato sobre o apoio e o encorajamento da psicóloga na recaída.
- Enquanto alguns afirmaram que não houve acompanhamento, houve um relato das idas às consultas com a psicóloga e de um telefonema perguntando sobre o *status* de tabagismo e como estava o tratamento.
- Os entrevistados foram unânimes em considerar a forma de abordagem excelente e de fácil compreensão, referindo sobre o empenho dos profissionais em se fazer compreender por todos, em especial da psicóloga, para lidar com qualquer tipo de situação ou eventualidade.
- Os profissionais tinham habilidade na condução de situações em que muitos queriam falar e a dúvida de um podia ser a mesma que a de outra pessoa
- Uma entrevistada mencionou não considerar adequado o nível de escolaridade ou a atividade profissional ser perguntada em público, sugerindo que se verifique previamente na ficha do usuário.
- Consideraram que a opinião e os valores de todos foram respeitados.
- Uma usuária considerou que algumas senhoras (idosas) talvez tenham tido mais dificuldade para compreender os assuntos.
- O material audiovisual foi considerado um pouco impressionante, ou mesmo horrível, "não proporcionou um momento de tédio para os participantes que o assistiam", mas vistos como importantes, "como forma de conscientização e de sensibilização com a realidade".
- Mencionaram que “as imagens são mais impactantes do que ler um texto sobre o assunto”, portanto, os *slides* com figuras ou os desenhos do Mickey e do Pateta foram lembrados.
- Os slides e textos usados pela psicóloga foram considerados ótimos.

Resultado sob a ótica do usuário

- Os entrevistados sentiram-se respeitados e observaram haver respeito aos demais usuários.
- As abordagens individuais foram consideradas como aquelas que respeitaram o sigilo.
- As intervenções e o tratamento foram vistos como igualitários, exceto por uma manifestação sobre a atuação da psicóloga e do fornecimento de medicamentos.
- Os medicamentos não foram distribuídos de modo igualitário, porém, as razões desta conduta (diferentes políticas institucionais e irregularidade no fornecimento de medicamentos) foram explicadas.
- Quanto à preocupação com a satisfação dos usuários, houve uma menção de um momento formal na avaliação do serviço em que não se observou qualquer preocupação, enquanto três pessoas citaram a atitude dos profissionais que expressavam interesse na satisfação do usuário.
- Quanto às mudanças após participar do grupo: conscientização em grupo; conhecimento do tema; ter recursos pessoais para enfrentar o desejo de fumar; não mais estar impregnado com cheiro de cigarro; a vitória de haver conseguido parar;
- Efeitos positivos: parar de fumar, economia, respirar melhor, cansar-se menos, alimentar-se mais e melhor, sentindo melhor os aromas e perfumes, o aroma e o sabor dos alimentos, atividade física, melhora da autoestima, melhora do odor corporal, do hálito e do cheiro das próprias roupas, não afastar nem incomodar as pessoas.
- Efeitos negativos: ganho de peso corporal, dificuldade em emagrecer, aumento da pressão arterial em consequência do aumento de peso, aumento da ingestão de chocolate e açúcar, deixar de frequentar o grupo por não haver se identificado com determinada intervenção profissional, entender que a culpa por não parar de fumar deve ser atribuída à própria pessoa.
- A influência para buscar ajuda foi: “minha vontade de parar de fumar só aumentou com a chegada do meu neto”; “uma escravização que o tabaco provoca no usuário... eu queria me libertar dessa escravização”; “eu estava me sentindo incomodada por fumar”.
- Cinco pessoas recordaram haver influenciado ao menos outras nove, das quais quatro pararam.

Aspectos gerais

- Do que mais gostaram: o tratamento e o respeito dispensados pelos profissionais; a determinação e recepção do médico do grupo; a troca de informações com base na experiência de cada um; a qualidade da equipe.
- Do que menos gostaram: três usuários apontaram a desorganização no primeiro dia de reunião; o dia da semana e o horário em que o grupo é formado; um usuário apontou a atuação da psicóloga em algumas situações.
- Todos se consideraram satisfeitos com o serviço, apontando as instalações, o respeito, as bases do grupo, o bom atendimento, a não discriminação, importando estar com vontade de parar de fumar.
- Todos indicariam e já haviam indicado o serviço para alguém.
- Quanto ao site do serviço: três conheciam e usaram, enquanto dois não foram informados pela equipe sobre a existência do site; difícil para quem não está familiarizado com computador.
- Quanto ao uso do e-mail: um usuário teve contato com o serviço pelo e-mail; um conhecia, mas não havia usado; três não conheciam e não se lembravam de ter divulgado o e-mail durante as reuniões.
- Quanto ao uso de telefone: além do convite para a pesquisa, dois nunca receberam ligações da equipe; um foi avisado pela farmácia que o medicamento havia chegado; outro recebeu dois telefonemas da equipe: “me perguntavam como eu estava, se eu havia tido mais alguma recaída, se eu ainda estava em tratamento, essas ligações são importantíssimas porque em momentos como esses você percebe que existem pessoas preocupadas com seu bem-estar”; um usuário recebeu telefonema para desmarcar algo.
- “Um ponto relevante, em minha opinião, é que através desse contato os profissionais poderiam convidar o usuário para vir dar um depoimento para o grupo antitabagismo que está em desenvolvimento porque é uma forma de motivação para os novos usuários.”

O acompanhamento depois do fim do módulo de tratamento (as quatro reuniões) e a necessidade de abordagens individuais foram apontados como necessários, confirmando a manifestação dos profissionais do serviço e *experts*, como também os *guidelines* e processos avaliativos de programas de tabagismo (Araújo et al, 2008, 2012). São oportunidades para a participação de médicos, psicólogas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, entre outros profissionais, com o estabelecimento prévio de protocolos.

5.2.3 A percepção dos profissionais envolvidos na prestação direta de assistência

A realização de grupo focal com os profissionais diretamente implicados no serviço (em inglês, *stakeholders*, a partir da referência administrativa, ou seja, o grupo implicado no processo), teve como finalidade construir seu modelo lógico, além de captar os valores da equipe, a *expertise* clínica e os parâmetros de qualidade considerados relevantes no cenário real, ajudando assim a definir as normas e os indicadores a ser considerados (CDC, 2008; Hartz, 2005; Furtado, 2001; Hartz, 1999).

Apresentou-se esta proposição aos implicados como uma primeira fase (esta tese) de pesquisa, cuja futura continuidade propõe-se verificar a qualidade da matriz avaliativa resultante através de técnica de consenso e então aplicá-la no próprio serviço estudado.

Os profissionais foram convidados individualmente para participar da pesquisa. Receberam com entusiasmo a proposta e se esforçaram para comparecer, participando das discussões com contribuições consistentes para o cenário real, oferecendo sugestões e mediando contatos com alguns dos *experts*.

Frequentemente faz-se uma pausa para reunião da equipe entre os módulos de tratamento (as quatro reuniões). Foi este o momento proposto pelo coordenador do serviço para duas das quatro reuniões de grupo focal. Para colaborar com o cronograma, houve outras duas reuniões no horário do almoço, ao final do atendimento (segundas-feiras).

Estavam previstos quatro encontros com cerca de duas horas de duração: um encontro de apresentação, dois de discussão e um de validação do modelo teórico.

A pesquisadora atuou como facilitadora em todas as reuniões – na segunda e terceira, consideradas as mais decisivas, a orientadora também atuou como observadora.

Na primeira reunião, duas participantes não compareceram. Fez-se nova reunião à parte para transmitir o conteúdo e a escuta a estas participantes, uma vez que se tratava da apresentação da proposta. O desenvolvimento de temas relativos aos implicados da farmácia ficou comprometido porque a presença destes foi mais irregular. A farmacêutica veio apenas à primeira reunião, por questões de saúde, a estagiária de farmácia veio à primeira e terceira reuniões. A nona pessoa, que havia sido elegível como implicada, era um profissional da farmácia que não pôde participar da pesquisa nesta fase por indisponibilidade de horário. A última reunião não contou com nenhum representante da área de farmácia.

O médico, a psicóloga, a técnica administrativa e uma enfermeira participaram de todas as reuniões. As demais enfermeiras participaram de três das quatro reuniões.

Na primeira reunião, nove implicados foram considerados elegíveis pelo critério de “implicados”, estabelecido pelo próprio grupo³³ para compor o grupo focal. Destes, oito participaram, de fato, do processo.

O Quadro 12 mostra a composição dos implicados que aceitaram participar da pesquisa, obtida pelo instrumento *Stakeholders* Reunião 2: dados de identificação (Anexo 3).

³³ Profissionais (incluindo o coordenador do serviço) ou estagiários atuantes no atendimento direto aos pacientes no momento da coleta de dados. Estes deveriam atuar diretamente na definição das rotinas, na organização, condução e acompanhamento operacional do serviço de tratamento do tabagismo do HU-USP (vide percurso metodológico).

Quadro 12 – Caracterização dos profissionais do serviço de tratamento do tabagismo do HU-USP em setembro de 2012

IMPLICADOS	FORMAÇÃO	ATUAÇÃO PROFISSIONAL	PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES NO SERVIÇO	ANOS DE SERVIÇO	HORAS DE DEDICAÇÃO	CAPACITAÇÃO
I1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina ▪ Mestrado ▪ Doutorado em andamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pediatria ▪ Serviço de Tratamento do Tabagismo ▪ Atividade de Consultório 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordenação do Serviço ▪ Médico do Serviço ▪ Condução de Reuniões 	8	6	CRATOD
I2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicologia ▪ Psicanalista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicoterapia de Grupo ▪ Serviço de Tratamento do Tabagismo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicóloga do Serviço ▪ Condução de Reuniões ▪ Psicoterapia de Grupo 	4	15 a 20	CRATOD
I3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Farmácia ▪ Especialização em Farmacologia Clínica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de Gerenciamento do Serviço de Farmácia ▪ Serviço de Tratamento do Tabagismo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispensa de Medicamentos ▪ Orientação Sobre o Uso de Medicamentos 	1	6	NÃO
I4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudante de Farmácia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estagiária no Serviço de Farmácia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispensa de Medicamentos ▪ Orientação Sobre o Uso de Medicamentos 	1	10	NÃO
I5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermagem ▪ Especialização em Gerenciamento de Serviços de Saúde ▪ Especialização em Reabilitação ▪ Mestrado em Ciências da Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira da UBAS ▪ Serviço de Tratamento do Tabagismo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento ▪ Orientação ▪ Teste de CO* ▪ Condução de Reuniões 	0	7	SBPT

(continua)

(continuação)

IMPLICADOS	FORMAÇÃO	ATUAÇÃO PROFISSIONAL	PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES NO SERVIÇO	ANOS DE SERVIÇO	HORAS DE DEDICAÇÃO	CAPACITAÇÃO
16	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermagem ▪ Especialização em Obstetrícia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulatório de Obstetrícia e Uroginecologia ▪ Tratamento do Tabagismo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento ▪ Orientação ▪ Teste de CO* ▪ Condução de Reuniões 	2	1	NÃO
17	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermagem ▪ Especialização em Gerontologia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulatório de Clínica Médica ▪ Tratamento do Tabagismo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condução de Reuniões ▪ Avaliação Inicial do Fumante ▪ Inscrição no Programa 	5	4	CRATOD
18	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Segundo grau 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnico de Assuntos Administrativos ▪ Serviço de Tratamento do Tabagismo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cadastro de Pacientes ▪ Manutenção de Dados nas Planilhas do Serviço 	5	7	NÃO

* Teste do Teor de Monóxido de Carbono Expirado

Os oito implicados participantes eram das seguintes áreas: medicina, 12,5%; psicologia, 12,5%; farmácia, 25%; enfermagem, 37,5%; área administrativa, 12,5%.

Quanto ao gênero, um dos participantes era do sexo masculino.

Os participantes exerciam atividades profissionais diversas e em locais diferentes, que coincidiam apenas no dia do atendimento semanal ao tabagista. As atividades estão descritas acima em “principais atribuições no serviço”.

Quanto ao tempo, em anos, atuando no tratamento do tabagismo, considerou-se o grupo experiente. Uma participante, com menos de um ano de experiência, havia sido transferida para o setor cerca de dois meses antes do início da coleta de dados. Mesmo assim, com o tempo de experiência do médico, enfermeira e técnico administrativo, a média de anos de experiência somou três anos e três meses.

Quanto ao número de horas semanais destinadas ao serviço, apenas a estagiária de farmácia e a psicóloga dedicavam quase a totalidade de sua carga horária.

Dos oito participantes, três (37,5%) foram capacitados pelo CRATOD e um (12,5%) pela SBPT. A estagiária já havia participado de uma disciplina sobre Drogas Psicoativas e Redução de Danos. Assim, metade dos participantes tinha capacitação específica em cessação do tabagismo e 62,5% possuía algum tipo de capacitação.

5.2.3.1 Organização e estrutura do serviço

Do mesmo modo que nas entrevistas com os *experts*, os roteiros das reuniões foram elaborados a partir da investigação inicial na literatura, do esboço do modelo lógico e da matriz avaliativa inicial (Anexos 2 e 3).

A cada reunião fazia-se uma síntese dos principais aspectos da reunião anterior e se propunha o tema de discussão.

A seguir, a síntese descritiva das manifestações dos implicados em cada uma das quatro reuniões. As manifestações que contribuíram com a formulação de indicadores da matriz final serão destacadas nos detalhamentos específicos (itens 5.5 a 5.8), para além do modelo lógico (item 5.3.4).

Temas discutidos nas sessões de grupo focal

- Apresentação do projeto e convite à participação.
- Relacionamento do grupo no contexto multidisciplinar.
- Necessidade de busca por telefone dos faltantes e para acompanhamento.
- A tentativa de busca de financiamento para esta pesquisa (o que não se concretizou) e o papel da estagiária que será contratada para ajudar na pesquisa (Bolsista do Programa Aprender com Cultura e Extensão).
- Banco de dados montado; há um bom banco de dados de resultados de 2009 para frente: eficácia – evolução do serviço – estão relacionados à estrutura – processos que mudam com o tempo.
- Intervenção breve – verificação no grupo de sensibilização.
- Quanto maior a permanência do paciente (em tempo), maior o nível de cessação.
- Cessação aguda e não de um ano.
- Adesão: o número de reuniões do grupo psicológico.
- Banco de dados/ estatístico.
- Programa de padrinho iniciado pela psicóloga e uma enfermeira.
- Evitar a fila no atendimento farmacêutico: proposta em formá-la dentro da sala – melhorar a orientação em grupo, evitando repetição.
- Escassez dos medicamentos fornecidos pelo SUS (TRN).
- Fazer orientações impressas para o grupo de sensibilização.
- Como o grupo estruturou-se melhor em 2009.
- Maior capacitação.
- Evolução.
- Combinadas mais três reuniões
- Definiu-se que os profissionais diretamente implicados são pessoas que decidiam sobre o grupo, na organização, na definição de rotinas e normas, bem como na condução dos destinos do serviço, no momento

da avaliação. São nove pessoas.

- Dados estarão à disposição de futuros trabalhos de profissionais do grupo e segundo as possibilidades; os estagiários ou técnicos que eventualmente sejam contratados podem trabalhar dados de interesse.

CARACTERIZAÇÃO E ESTRUTURA

- Histórico do serviço, cujo início se dá pela iniciativa de pessoas envolvidas:
- Fase 1: sala, pacientes, psicóloga, médico, enfermeira.
- Fase 2: mais profissionais, banco de dados, página na internet.
- Mudança de perfil dos pacientes, mudança no modo de abordar.
- Importância no modo de divulgar e informar: site do grupo na internet.
- Diferentes formas de trabalhar para a USP e não USP.
- Comparação com um serviço de referência no Rio de Janeiro/ hospital privado com serviço de tabagismo que presta consultoria ao médico do paciente internado.
- Serviço com vocação de ensino/pesquisa/ assistência.

PROCESSO

- Necessidade de organização, padronização e sinalização, acesso.
- Grande volume de informação para o paciente.
- Como informar, como entrar, como matricular.
- Padronizar protocolos, normas e rotinas do serviço.
- Articulação entre os setores do HU para a proposta de trabalho concretizar-se.
- Fornecimento de medicação como política pública (Estado, município)
- Estar disponível e prestativo é fundamental no tratamento de droga e dependência.
- Importância do seguimento, convite e convocação por telefone.
- Projeto de apadrinhamento.
- Processo de trabalho: começa na dependência química e passa para a dependência comportamental.
- Importância da abordagem psicológica/comportamental.
- Comorbidades psicológicas/ psiquiátricas – tratamento.
- Documentação: importância dos dados de seguimento.
- Papel do médico, da psicóloga e do enfermeiro.
- Teste do monóxido de carbono.

- Grupo de sensibilização: além disso, estar disponível.
- Senha conforme a chegada para organizar a distribuição de medicação.

PERSPECTIVAS

- Exemplo: só ter alta após conversar com um enfermeiro do grupo.
- Financiamento do grupo com projeto de pesquisa.
- Projetos de cultura e extensão submetidos à USP: programa de prevenção nas escolas/graduação/ escola pública/ traz perspectiva de crescimento do serviço.
- Perspectivas de participação da enfermagem: visita do enfermeiro nas unidades para detectar tabagistas e intervir, discutir com a enfermeira na Unidade de internação, prescrição da reposição de nicotina mediante protocolo.
- Envolver os profissionais.
- Conversar com chefes do Alojamento Conjunto e da Clínica Cirúrgica.
- Convidar as pessoas-chave para participar da primeira reunião do grupo.
- Dois locais diferentes: proposta de centralizar tudo num lugar só.
- Proposta de fazer o grupo de sensibilização em outro dia, mas faz sentido o grupo regular manter-se às segundas-feiras.

DESAFIOS

- Baixo engajamento: médicos e enfermeiros não encaminham, não recebemos pacientes das UBS.
- Necessidade de renovação de profissionais.
- Irregularidade na distribuição de medicamento/ diferença entre o discurso oficial e a realidade diante da necessidade de controle.
- Falta de recursos humanos.
- Necessidade de entrosamento com os profissionais da internação e das UBS.
- Alta da enfermagem sem o adesivo, em um cenário no qual não se fornece a medicação relativa à patologia principal.
- Dificuldade de adesão da puérpera por causa do bebê.

- Necessidade de ampliar o acesso.
- Pronta resposta à demanda do usuário com acesso fácil aos profissionais do serviço.
- Pode-se aumentar a captação nas áreas ou aumentar um novo grupo – divulgação nas áreas para aumentar a captação.
- Em média, 20% para de fumar até a quarta reunião, enquanto 60%

diminuiu o número de cigarros: se continuar no programa, 50% dos pacientes vão parar em até um ano.

- Sucesso terapêutico: estar sem fumar há um ano.
- Fatores relacionados à documentação no banco de dados.
- Dificuldade de seguimento/acompanhamento sistematizado.
- Necessidade de captar os desistentes: por que vão embora?
- Entender o motivo de não haver parado: por que não parou?
- A irregularidade da medicação interfere nos resultados.
- Organizar protocolo e rotina de prescrição de reposição de nicotina.
- Organizar sistema de visita às unidades de internação.
- Organizar sistema de tratamento pós-alta, articulado com a informação da farmácia.
- Organizar o sistema de informação ao paciente matriculado/interessados – folhetos, *banners*.
- Rever o conteúdo dos folhetos.
- Importância da enfermagem na busca ativa aos pacientes.
- Sensibilização dos profissionais do HU.
- Capacitação do grupo/ profissionais do HU sobre como abordar o fumante.

- Comentários sobre a participação das enfermeiras ouvidas em curso em Belo Horizonte e evento no Rio de Janeiro.
- Houve dificuldade inicial em usar o equipamento de projetor disponível, não se usou o projetor com Microsoft PowerPoint: cópias impressas coloridas do modelo lógico foram aproveitadas para favorecer a apresentação e discussão.
- Síntese da facilitadora (autora) sobre o processo de transcrição das gravações e a elaboração do modelo teórico.

Observações relativas ao modelo lógico, aprovado com as seguintes sugestões de alteração:

- Interessante colocar também o caminho que queremos seguir, mas ainda não temos, como implantação do protocolo de prescrição de TRN e estratégias de captação dos pacientes internados, por exemplo, visita às áreas.
- Quanto à apresentação do quadro do modelo lógico: colocar um título em cada quadro: captação, recepção, atitude, etc., para facilitar a visualização; nível de detalhamento: enxugar; fazer o esquema só com os títulos e destrinchar.
- Colocar o acompanhamento psicológico em até um ano (colocar em processo) – para cessação e manutenção da cessação.

Como se fará o preparo da matriz:

- Quais aspectos poderiam ser avaliados: exemplo: forma de organização e o que se pode melhorar em termos de seguimento.
- As queixas dos usuários: falhas, desigualdade na distribuição de medicamentos entre funcionários da USP e o público em geral. Pegar um final de grupo e fazer um questionário, como uma avaliação, um questionário fechado. Exemplo: notas em cinco níveis – o que você acha do grupo? As críticas dos pacientes.
- Importância de buscar os que desistiram e perguntar – talvez os estagiários façam isso em 2013.
- Reunir os projetos de pesquisa para saírem do grupo e não isoladamente, para não haver repetições.
- A necessidade de organizar melhor a recepção: fazer ficha, os pacientes chegam em cima do horário; proposta de a ficha já estar pronta.
- Confecção de *folders* de orientação sobre a primeira reunião.

Durante as quatro reuniões observou-se um grupo coeso, com forte liderança do médico e intensa participação da psicóloga. Houve muito entusiasmo com as propostas da pesquisa e o compromisso de participação no processo.

Um assunto levava a outro e o grupo já tinha amadurecimento crítico sobre os pontos fortes, o potencial e as vulnerabilidades do serviço. Assim, naturalmente, os diálogos nunca se restringiam ao tema proposto pela autora, iam de estrutura para resultado, de propostas para processo.

O ambiente, cordial e animado, teve brincadeiras, respeito e incentivos da parte de cada um dos implicados.

No decorrer das reuniões, o grupo de enfermeiras e a técnica administrativa passaram a participar com mais desenvoltura e a formular, junto com o médico e a psicóloga, iniciativas concretas de ampliação de suas atribuições e de reorganização do serviço.

Os temas de Promoção da Saúde de maior destaque foram os relativos ao contexto multidisciplinar, equidade, *empowerment*, estratégias de captação e de acompanhamento de

pacientes, bem como de envolvimento dos demais profissionais de saúde da instituição.

Como já descrito, as sínteses do grupo focal que apontaram para uma reformulação do modelo lógico teve o envolvimento dos implicados através da reflexão, na prática, pela apresentação do modelo lógico na última reunião.

Para sua construção, utilizou-se o referencial do curso³⁴. Os modelos foram adaptados na Planilha Microsoft Excel for Windows Office e em Word for Windows Office, todos disponibilizados no site da Universidade de Wisconsin.

O modelo, apresentado na quarta reunião, foi aprovado com sugestões de modificação, descritas na síntese da quarta reunião com os implicados:

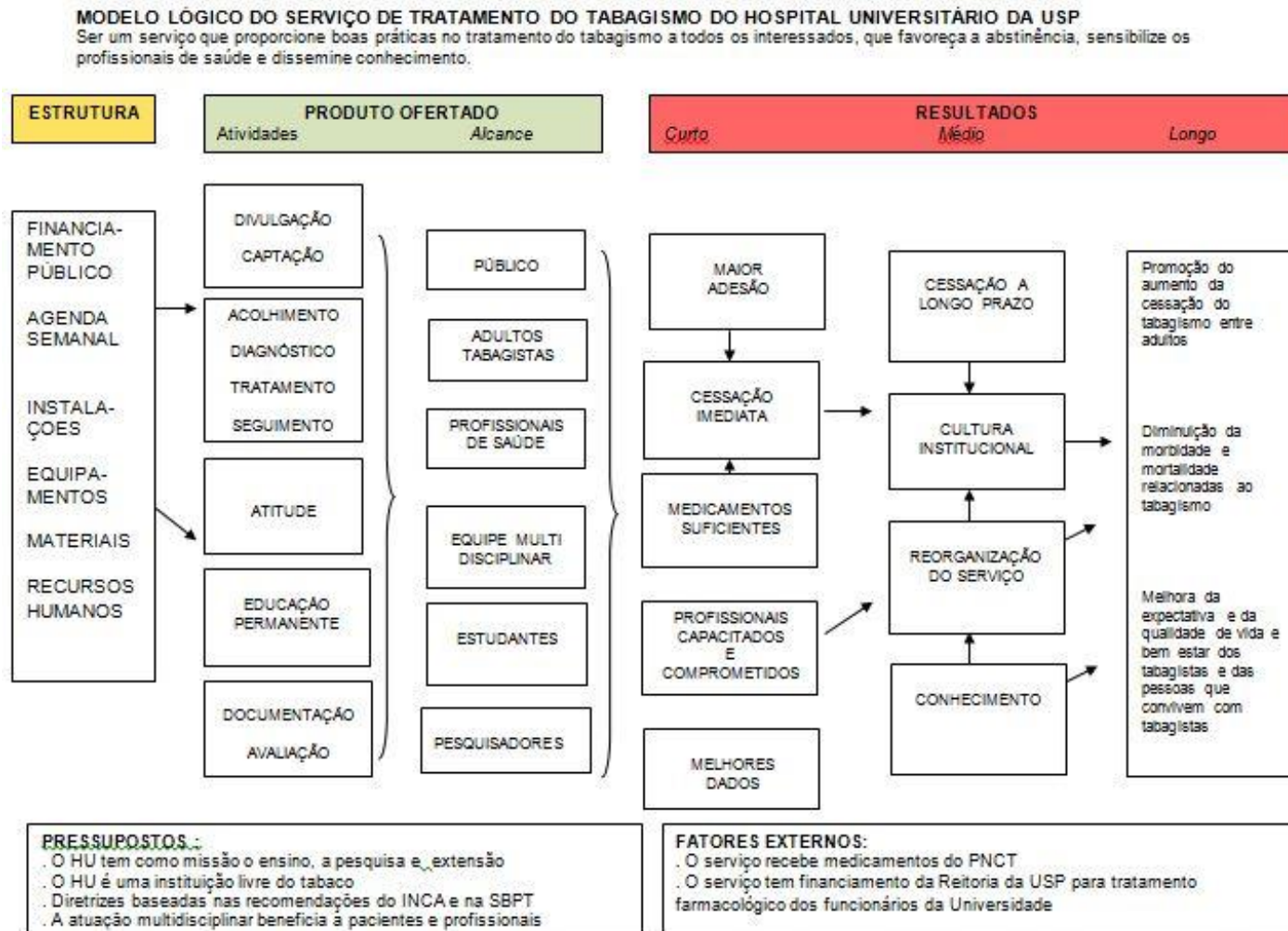
1. Quanto à apresentação do quadro do modelo lógico: colocar, em cada quadro, o título correspondente na lateral: captação, divulgação, diagnóstico, atitude, etc., para facilitar a visualização; na apresentação, diminuir o nível de detalhamento em um modelo lógico esquemático só com os títulos.
2. Quanto às atividades: acrescentar, ao modelo lógico, as atividades que o serviço ainda não faz, mas cujo objetivo era fazer, como a implantação do protocolo de prescrição de TRN (por médicos ou enfermeiros), as estratégias de captação dos pacientes internados, visitas às áreas, a sensibilização dos profissionais, o acompanhamento telefônico.
3. Acrescentar o acompanhamento psicológico em até um ano (colocar em processo) para cessação e manutenção da cessação.

Após as alterações solicitadas, obteve-se o diagrama do modelo lógico validado. A Figura 4 apresenta o modelo lógico esquemático em Word for Windows Office. Já a Figura 5 mostra o modelo lógico detalhado em Microsoft Excel³⁵.

³⁴ University of Wisconsin, Extension. Program Development and Evaluation: <http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/evallogicmodel.html>.

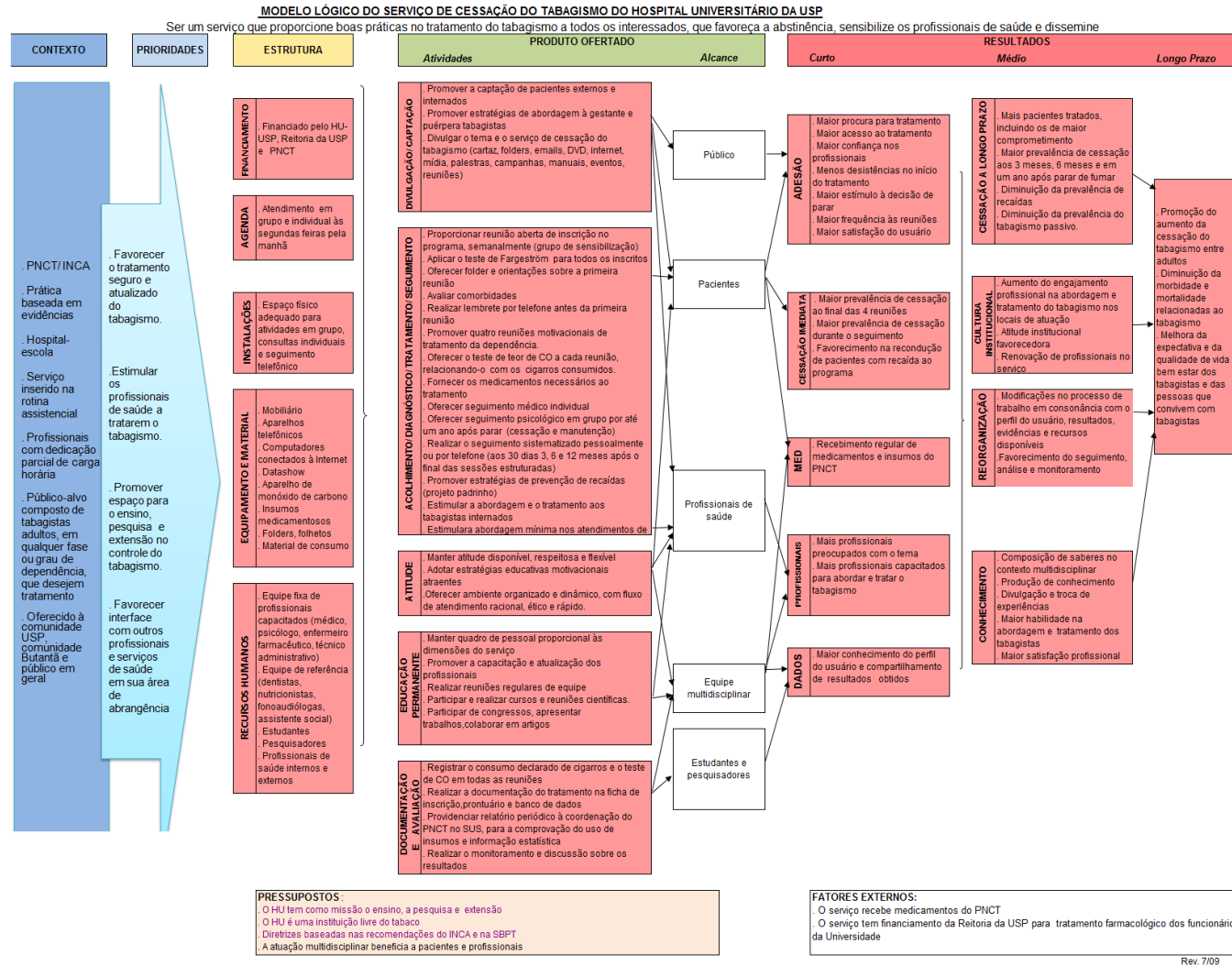
³⁵ University of Wisconsin, Extension. Program Development and Evaluation: LOGIC MODEL – Templates. <http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/evallogicmodelworksheets.html>

Figura 4 – Modelo Lógico Esquemático do Serviço de Tratamento do Tabagismo do Hospital Universitário da USP



Baseado em: <http://www.uwex.edu/oes/pdande/evaluation/evallogicmodelworksheets.html>

Figura 5 – Modelo Lógico Detalhado do Serviço de Tratamento do Tabagismo do Hospital Universitário da USP – modelo detalhado



O modelo lógico apresenta uma visão geral das influências externas e características da instituição, que emoldura a existência do serviço de tratamento do tabagismo (CONTEXTO, PRESSUPOSTOS E FATORES EXTERNOS). A atuação multidisciplinar foi um valor reconhecido pelos implicados.

Nos espaços de ESTRUTURA, há peculiaridades do serviço, como haver duplo financiamento para a aquisição de medicamentos (USP para funcionários e SUS para o público em geral); recursos humanos que envolvem profissionais do serviço, profissionais de referência, estudantes e pesquisadores; características de um hospital-escola.

As ATIVIDADES dizem respeito ao processo, o “como fazer”. Tem como principal espaço aquele composto por ACOLHIMENTO/ DIAGNÓSTICO/ TRATAMENTO/ SEGUIMENTO. Os implicados observaram, em vários momentos, a necessidade de melhorar o acolhimento (organização e atitude); de distribuir de modo equânime e regular os medicamentos (organização e intersetorialidade); de buscar ativamente os faltantes; dar seguimento nos momentos preconizados pelo PNCT e a literatura.

Considerou-se fundamental para atrair os tabagistas a ATITUDE disponível e acolhedora. A captação e divulgação foram muitas vezes mencionadas, com propostas de estratégias, através de cartazes, *folders*, e-mails ou sensibilização e capacitação dos demais profissionais. Reichert et al salientam que atitudes de acolhimento, escuta, respeito, compreensão, demonstração de tranquilidade, redução da angústia são essenciais “para compreender o universo ambivalente vivenciado pelo fumante” (2008).

Valorizou-se a DOCUMENTAÇÃO, registro dos resultados em um banco de dados com várias informações, obtidas com melhor acurácia a partir de 2009.

Quanto ao ALCANCE, há o público em geral e os pacientes tabagistas. Uma equipe multidisciplinar conduz o serviço,

com equipe de referência e profissionais da saúde de modo geral, além de estudantes e pesquisadores.

Entre outras ligações, destaca-se que o modelo lógico indica que, se o público for atingido pelas atividades listadas em DIVULGAÇÃO, haverá maior ADESÃO (resultado imediato).

Se a equipe multidisciplinar e os profissionais da saúde tiverem as atividades listadas em EDUCAÇÃO PERMANENTE, haverá, como resultado imediato, mais profissionais preocupados e capacitados.

Se a equipe fizer corretamente a DOCUMENTAÇÃO, terá maior chance de receber regularmente medicamentos e insumos do PNCT, como resultado imediato (MED).

Os temas que emergiram no modelo lógico foram determinantes na definição dos principais componentes da matriz avaliativa. A partir destes componentes analisou-se a literatura, a manifestação dos *experts* e dos usuários do serviço para a composição de indicadores.

5.3 O PROTÓTIPO DA MATRIZ AVALIATIVA

A matriz avaliativa elaborada apresenta-se como objetivo deste estudo, descrevendo seus componentes e explicitando o raciocínio na relação da literatura com os dados colhidos das diferentes fontes.

Seus indicadores foram desenvolvidos com o material temático advindo das contribuições dos *experts* e usuários, e dos grupos focais com os implicados (modelo lógico do serviço) cotejados com a literatura investigada.

Sua concepção temática baseou-se nos componentes do modelo lógico, como recomendado (Hartz, Vieira da Silva, 2005). Os indicadores foram dispostos em planilhas, seguindo basicamente os elementos principais do modelo lógico. Também se organizou a matriz nas clássicas dimensões de abordagem de estrutura,

processo e resultado, de modo a facilitar sua compreensão e aplicação (Donabedian, 1988; Nemes, 2001). A Figura 6 exibe a configuração geral da matriz avaliativa.

Figura 6 – Concepção da matriz avaliativa para serviços de tratamento do tabagismo

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO
<ul style="list-style-type: none"> •A- Organização econômica/ institucional •B- Caracterização e resultados dos pacientes atendidos no período •C- Perfil dos profissionais que atuam no serviço 	<ul style="list-style-type: none"> •Fundamentos do serviço •Acessibilidade do serviço •Organização institucional •Instalações •Equipamentos •Insumos 	<ul style="list-style-type: none"> •Divulgação/ captação •Acolhimento •Diagnóstico •Tratamento/ acompanhamento •Atitude •Recursos humanos/ educação permanente •Documentação •Avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> •Adesão •Cessação imediata •Medicamentos e insumos •Profissionais •Dados •Cessação em longo prazo •Cultura Institucional •Reorganização •Conhecimento

A caracterização do serviço contou com três instrumentos avaliativos (A, B e C), que reuniram informações sobre a base organizativa institucional, a demanda, prevalência e cobertura, informações sobre pacientes e profissionais. É também um conjunto de dados de referência para os indicadores das demais dimensões (estrutura, processo e resultado). Foram organizados na seguinte disposição:

Instrumento A (Quadro 13) – Organização econômica/ institucional: composto por 19 itens, associados às principais particularidades institucionais e epidemiológicas do serviço, como o tipo de instituição (2), sua localização (3 e 4), o período de avaliação (5 e 6), a coordenação (9), a população-alvo (7) e as fontes de financiamento (12) (CDC, 2008).

Os itens 8 e 10 referem-se a dados epidemiológicos: a cobertura (8), que é calculada usando como referencial a prevalência do tabagismo na região (10), conforme sugere a Portaria 571 (Brasil, 2013) e diretrizes internacionais (NHS, 2008; NICE,

2008). Determinar a prevalência local ajuda a comparar o dimensionamento do serviço com as reais necessidades. O sistema de saúde do Reino Unido tem, como meta, cobertura de 5% ao ano, proposta considerada parâmetro para o indicador de número 8 (NICE, 2008; NHS, 2008).

Ainda inspiradas na Portaria 571 e pela oportunidade de conhecer a relação demanda/ recursos, elaboramos o indicador de aproveitamento do recurso - acesso (11), que associa a capacidade de atendimento (vagas) ao número de pacientes realmente atendidos no período avaliado, por modalidade de intervenção possível (individual, grupo, telefone). Indica se há bom aproveitamento da capacidade do serviço, favorecendo o acesso do maior número de interessados.

Quanto aos grupos, o número de pessoas recomendado pelo *expert* E1 seria entre 10 e 15. Já os implicados entenderam que todos os grupos poderiam ser iniciados com cerca de 30 pessoas ou um pouco mais, considerando as desistências no decorrer do programa, fato também observado pelos usuários. Isto mostra que diversos serviços e abordagens podem ser diferentes no número de vagas oferecidas. Em comum, espera-se que a sua capacidade de atendimento sempre resulte em bom aproveitamento.

Para os usuários “os grupos devem ter um número de participantes que favoreça a expressão de todos e a comunicação entre si”. Por esta razão, considerar a capacidade e a ocupação real evidencia se há ociosidade ou não.

Os itens de 12 a 15 expressam as características financeiras, parcerias, referência e contrarreferência, intersetorialidades do serviço na instituição e fora dela (CDC 2008). A RNAO (2008) destaca que é necessário financiamento para a implementação de evidências, treinamentos, material educativo.

Os *experts* E2 e E5 entenderam ser importante “fazer essa interface com as políticas de controle, a política do controle de tabaco, acompanhar as mudanças na legislação”. Explicitar tais

características mostra o porte do serviço, suas conexões com outros recursos, a comunidade e a participação social.

Sobre estes temas os *experts* chamaram a atenção para a necessidade de

Financiamento público de ações com recurso alocado pra isso e que seja apropriado e acessível a todos e não só de cobertura do usuário em termos de insumos, como para o programa de educação. Os recursos humanos, instalações e materiais devem ter financiamento público/ (E1, E2).

Para garantir sustentabilidade, enxergaram nos impostos uma possível via de financiamento, além de uma punição às indústrias do tabaco, para garantir “*para quem está lá, lutando contra esses problemas gerados (E1)*”...

[...] levar informação que transforma para as camadas da população que mais precisam: as camadas mais pobres da população, de menor renda e de menor ingresso socioeconômico (E1).

Já os itens de 17 a 19 remetem ao instrumento C (profissionais do serviço).

Um *expert* comentou o item 18, visto que o sistema de saúde brasileiro mantém diferentes vínculos profissionais com seus colaboradores: considerou que ao menos 25% do pessoal deve ter vínculo estável, a fim de garantir a regularidade e a continuidade do serviço, parâmetro adotado neste quesito: ao menos parte da equipe precisa ter vínculo empregatício com a instituição, a fim de garantir a regularidade (continuidade e reprodutibilidade) do serviço.

Quadro 13 – Instrumento de caracterização do serviço A: Organização econômica/ institucional

MATRIZ AVALIATIVA PARA SERVIÇOS PÚBLICOS DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO
A. ORGANIZAÇÃO ECONÔMICA/ INSTITUCIONAL

1. INSTITUIÇÃO:		2. TIPO DE INSTITUIÇÃO UBS () CAPS () HOSPITAL () OUTRO () _____		3. ENDEREÇO:		4. CIDADE/ESTADO:		
5. PERÍODO DA AVALIAÇÃO:	6. DATA DE INÍCIO:	7. POPULAÇÃO ALVO:		8. COBERTURA: estimativa da população a ser atendida (padrão 5%/ano): _____ % Número de usuários tabagistas ≥ 18 anos cadastrados, em determinado local e período _____ Número estimado* de usuários tabagistas ≥ 18 anos no mesmo local e período x 100 _____ (Brasil, 2013)				
9. COORDENAÇÃO LOCAL DO SERVIÇO:		10. PREVALÊNCIA DO TABAGISMO NA REGIÃO Número estimado de usuários tabagistas ≥ 18 anos no mesmo local e período = Pessoas cadastradas na área coberta pela equipe x parâmetro de prevalência estadual _____ / 100		11. INDICADORES DE APROVEITAMENTO (ACESSO)				
				TIPO DE INTERVENÇÃO	CAPACIDADE NO PERÍODO (Σ de vagas oferecidas)	ATENDIMENTO NO PERÍODO (Σ de pacientes atendidos)		APROVEITAMENTO (No de pacientes atendidos / No de vagas oferecidas) x 100
				GRUPO	vagas	pacientes		%
				INDIVIDUAL	vagas	pacientes		%
12. FONTES DE FINANCIAMENTO/CONVÊNIOS/ACORDOS:		13. Descrever a composição da organização, força-tarefa, aliança, etc, quem supervisiona, executa e presta contas sobre as atividades do serviço:		14. Quais são as relações internas entre os setores envolvidos?				
				15. Quais são as relações externas (outros serviços de saúde, instituições locais, instâncias coordenadoras do programa, o acompanhamento das mudanças na legislação)?				
				16. Caracterização geral dos pacientes atendidos no período: vide quadro (B):		17. Caracterização e dimensionamento dos profissionais diretamente envolvidos: vide quadro (C):		18. Distribuição dos tipos de vínculo profissional (C): _____ % estável _____ % temporário parâmetro: mínimo 25% com vínculo estável
						19. Horas/ mês de dedicação da equipe à essa atividade (C): _____		

Instrumento B (Quadro 14) – Caracterização e resultados dos pacientes atendidos no período: reúne as principais informações de caracterização, evolução e resultados, muitas das quais já são rotineiramente solicitadas nas planilhas de consolidação dos resultados trimestrais (Santos et al, 2008; Brasil, MS, INCA, 2009; Brasil, 2013).

Seus dados foram ampliados para informações relevantes do perfil do fumante e no sucesso para parar, como escolaridade, renda, etnia, gênero, faixa etária (Costa e Silva et al, 2013). Também acrescentou-se a verificação dos níveis de monóxido de carbono expirado, teste fortemente valorizado por *experts*, implicados e usuários do serviço e com suporte nas diretrizes (NICE, 2010; Araújo et al, 2012; NHS, 2012; NICE, 2012, 2013).

Para o monitoramento, seguiu-se o padrão da SBPT e do INCA, tanto para os dados de cessação imediata (tem como base a quarta cessão estruturada, em vez da quarta semana após a cessação como recomendam as diretrizes do Reino Unido) quanto de longo prazo, uniformizando a coleta de dados, para permitir comparações. Tais dados também são empregados nos questionários de processo e de resultado.

O critério para cor (raça) adotado segue o preconizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³⁶

³⁶O sistema classificatório de “cor ou raça” do IBGE
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0996.pdf

Quadro 14 – Instrumento B, para caracterização e evolução dos usuários do serviço, no período avaliado

**MATRIZ AVALIATIVA PARA SERVIÇOS PÚBLICOS DE TRATAMENTO DO TABAGISMO –
CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO
B. CARACTERIZAÇÃO E RESULTADOS DOS PACIENTES ATENDIDOS NO PERÍODO**

VARIÁVEL		INSCRIÇÃO NO PROGRAMA*		1ª SESSÃO ESTRUTURADA*		4ª SESSÃO ESTRUTURADA		2 meses		3 meses		6 meses		12 meses	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FAIXA ETÁRIA	18 < 40														
	40 < 60														
	60 < 80														
	80 ou mais														
GÊNERO	Masculino														
	Feminino														
ESCOLARIDADE	Analfabeto														
	Ensino fundamental incompleto														
	Ensino fundamental completo														
	Ensino médio completo														
	Nível superior completo														
	Pós graduação														
ESTADO CIVIL	solteiro														
	casado/ união estável														
	divorciado/ separado														
	viúvo														
RENDA MENSAL	Nenhuma														
	< 1 salário mínimo														
	1 < 2 salários mínimos														
	3 < 5 salários mínimos														
	5 < 10 salários mínimos														
10 ou mais salários mínimos															
COR**	Branca														
	Preta														
	Parda														
	Amarela														
	Indígena														

(continua)

(continuação)

VARIÁVEL	INSCRIÇÃO NO PROGRAMA*		1ª SESSÃO ESTRUTURADA*		4ª SESSÃO ESTRUTURADA		2 meses		3 meses		6 meses		12 meses	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nº DE CIGARROS/DIA	ZERO													
	menos de 10													
	10 < 20													
	20 < 30													
	30 < 40													
	mais de 40													
SCORE MÉDIO DO TESTE DE FAGERSTRÖM	0 a 2 (muito baixo)													
	3 a 4 (baixo)													
	5 (médio)													
	6 a 7 (elevado)													
	> 8 (muito elevado)													
NÍVEIS DE COex (ppm)***	até 6													
	6,1 a 10 (leve)													
	10,1 a a 20 (moderado)													
	>20,1 (pesado)													
USO DE MEDICAMENTO	Bupropiona													
	Adesivo de nicotina													
	Goma de nicotina													
	Vareniclina													
	Outro/ associações de medicamentos													
STATUS DE TABAGISMO	PACIENTES ATENDIDOS NO PERÍODO													
	PARARAM DE FUMAR													
	NÃO PARARAM DE FUMAR													
	PERDA DE CONTATO/ ABANDONO													

* Entre a inscrição no programa e a primeira reunião, meta de redução de 25%

** Cor, segundo critérios do IBGE:
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0996.pdf.

*** Monóxido de carbono exalado no ar, medido em partes por milhão (ppm)

Instrumento C (Quadro 15) – Perfil dos profissionais que atuam no serviço, segundo a categoria profissional. Informa as categorias profissionais, o nível de dedicação, a capacitação específica e o tempo de experiência, cujos dados também são necessários nos questionários de processo.

Quanto à categoria profissional, na última normatização antes da Portaria 571, o INCA considerava suficiente, como requisito de credenciamento no CNES, a presença de um profissional de saúde de nível superior, devidamente capacitado (Brasil, MS, INCA, 2009).

O mínimo que os *experts* consideraram para uma equipe: médico, psicólogo, enfermeiro/ técnico de enfermagem, secretária. Já nutricionista e fisioterapeuta seriam desejáveis.

Entre os implicados, considerou-se essencial haver médico, psicólogo, enfermeiro, farmacêutico, técnico administrativo, podendo ter dedicação parcial de carga horária. Esta composição de equipe tem afinidade com os padrões do PSF, bem como com a da logística de distribuição de medicamentos da atenção básica. Por isso, adotamos este parâmetro para a matriz.

Como equipe de referência, os *experts* e implicados citaram dentistas, nutricionistas, fonoaudiólogas, assistente social.

O CDC (2008) recomenda calcular as horas dedicadas à atividade no período avaliado, que não inclui somente o momento de atendimento, mas tudo o que se refere à logística, documentação e atualização, por exemplo. A literatura indica que o coordenador deve ter dedicação exclusiva. De modo geral, quem tem dedicação exclusiva tem mais chance de refinar sua *expertise* clínica e de abordagem do fumante, com melhores resultados (Department of Health, 2012).

Quadro 15 – Instrumento C, perfil dos profissionais que atuam diretamente no tratamento do tabagismo, segundo a categoria, o nível de dedicação, capacitação específica* e tempo de experiência na atividade

MATRIZ AVALIATIVA PARA SERVIÇOS PÚBLICOS DE TRATAMENTO DO TABAGISMO – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO
C. PERFIL DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO SERVIÇO

Categoria Profissional	Total	Número de horas por mês dedicado à atividade	Número de profissionais segundo o nível de dedicação		Número de profissionais segundo capacitação específica		Número de profissionais segundo o tempo de experiência na atividade			
			Integral	Parcial	Sim (50%)	Não	> 5 anos	3 a 5 anos	< 3 anos	< 1 ano
Médico (1)										
Psicólogo (1)										
Enfermeiro (1)										
Técnico administrativo/secretária (1)										
Farmacêutico										
Nutricionista										
Dentista										
Fisioterapeuta										
Assistente social										
Técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem										
Agente de saúde										
Estudante: _____ Área: _____										
Estudante: _____ Área: _____										
Voluntários: _____										
Outro: _____										
Outro: _____										
TOTAL										

Os *experts* expressaram preocupação com a rotatividade de pessoal (E1, E2, E5), os contratos temporários e os vínculos trabalhistas “com organizações totalmente diferentes do que seja público”:

[...] repasse de uma atividade essencialmente pública, uma atividade essencial para quem não tem nada a ver com o espírito de organização pública (E1).

Sobre recursos humanos, tanto *experts* como implicados manifestaram a necessidade de renovação dos profissionais.

Quanto à capacitação específica, de acordo com os *experts*, esta deve começar na graduação, principalmente em técnicas de terapia comportamental. É necessário investimento público. Há um parâmetro de 50% do pessoal capacitado, que adotamos como referência para a matriz (CDC, 2008).

Portanto, os instrumentos de caracterização do serviço têm como finalidade colher informações básicas. Já as planilhas das dimensões de estrutura, processo e resultado foram organizadas com os elementos descritos no Quadro 16.

Quadro 16 – Modo de organização das planilhas das dimensões de estrutura, processo e resultado

COMPONENTE	Elemento temático correspondente ao modelo lógico
Nº	Número referente à questão formulada
INDICADORES "A"	Questão obrigatória. Em estrutura há somente questões de INDICADORES "A".
ESCALA "A"	Recebe a pontuação: NÃO (0); EM PARTE (1); SIM (2)
INDICADORES "B"	Questões das dimensões de processo e resultado que detalham os INDICADORES "A" devem ser respondidas somente quando a resposta ao INDICADOR A for EM PARTE ou SIM.
ESCALA "B"	Repertório de possibilidades possíveis como resposta aos INDICADORES "B", que variam conforme a questão. Possuem pontuação segundo seu nível de importância para a qualidade, de modo a conferir pesos diferentes, normalmente (1) ou (2). Foram formulados, considerando a literatura e os demais dados qualitativos. Por isso, vão desde as possibilidades mais básicas até as mais específicas ou sofisticadas, podendo, por isso, servir a diferentes realidades.
PONTOS "B"	Espaço destinado ao registro da somatória dos pontos de cada INDICADOR "B"
CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	Gabarito explicita os critérios de pontuação, tanto do INDICADOR "A" quanto do INDICADOR "B"
PADRÃO/ PARÂMETRO	Especificação valorativa ou qualitativa de qualidade, tida como aceitável para cada indicador
MEDIDAS NECESSÁRIAS PARA MELHORAR A QUALIDADE	Espaço destinado ao registro de estratégias e prazos para reorganização (NHS Department of Health, 2012).
RACIOCÍNIO	Base lógica que estabeleceu o padrão ou parâmetro, tendo como referência a triangulação de dados entre as manifestações dos atores e a literatura.

* Esta forma de pontuação teve como referência o trabalho de Nemes et al, (2009), entendido como níveis de grandeza práticos, facilmente compreensíveis e quantificáveis, recebendo algumas variações por nós elaboradas para especificar mais cada resposta, sempre que necessário ³⁷.

5.3.1 A dimensão de estrutura

É composta por um conjunto de 15 indicadores (Quadro 17). Explicitamos a seguir o raciocínio para cada indicador.

³⁷ Nemes, MIB; Melchior, R.; Basso, Castanheira, ERL; Britto e Alves, MTSS; Conway, S. The variability and predictors of quality of AIDS care services in Brazil. BMC Health Services Research 2009; 9(51):1-8. Não: não se observa nenhuma iniciativa; parcial: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ ou não sistematizada; sim: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada.

Quadro 17 – Questionário da Dimensão de Estrutura – questões de 1 a 7

MATRIZ AVALIATIVA PARA SERVIÇOS PÚBLICOS DE TRATAMENTO DO TABAGISMO – INDICADORES DE ESTRUTURA

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESPONDER A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2		
FUNDAMENTOS DO SERVIÇO	1	O serviço está cadastrado no PNCT ou sistema público similar vigente?				Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém estão em andamento e/ou não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada.	Existência de documentos que atestem o vínculo entre a Instituição e o PNCT ou sistema público similar vigente.
	2	O ambiente da Instituição é livre do tabaco?				Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém estão em andamento, não estão documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está implementada, sistematizada e documentada.	Ter uma política determinando que todas as dependências internas sejam 100% livres de tabaco, sinalizadas, com colaboradores e usuários cientes, sem cinzeiros no ambiente, com monitoramento e responsabilização, proporcionando tratamento aos que desejam parar de fumar.
	3	O serviço de tratamento do tabagismo é regular e inserido na estrutura formal da instituição?				Não = 0: não há regularidade no serviço, que é oferecido eventualmente; Em parte = 1: o serviço de tratamento do tabagismo é irregular e/ou vinculado à vigência de pesquisa ou verba temporária e/ou sua regularidade não está documentada e/ou sistematizada; Sim = 2: o serviço é regular, está implementado, sistematizado e documentado.	O serviço é oferecido regularmente. Não está vinculado a condições temporárias e faz parte do repertório regular da instituição.
ACESSIBILIDADE DO SERVIÇO	4	Os serviços prestados estão estruturados de acordo com o preconizado no artigo 4º da Portaria 571/2013?				Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está implementada, sistematizada e documentada.	Padrão – artigo 4º da Portaria 571/2013: avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESPONDER A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2		
ACESSIBILIDADE DO SERVIÇO	5	Atende em grupo diferentes tipos de usuários adultos que manifestem desejo de parar de fumar?				Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, parcialmente implantadas, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está implementada, sistematizada e documentada.	Receber todos os tipos de usuários (quanto ao gênero, faixa etária, perfil socioeconômico, escolaridade, região de moradia, nível de dependência, fases de abstinência e estágio motivacional) que manifestam desejo de parar de fumar.
	6	Há opção de tratamento individual?				Não = 0: não há opção de tratamento individual; Em parte = 1: há opção de tratamento individual ao menos aos pacientes que não se adaptem ao tratamento em grupo, gestantes e portadores de comorbidades que possam interferir na condução do tratamento; Sim = 2: há opção de tratamento individual oferecido segundo as necessidades de saúde ou preferências do paciente.	Oferecer a opção de tratamento individual, tanto aos pacientes que não se adaptem ao tratamento em grupo, gestantes e portadores de comorbidades que possam interferir na condução do tratamento, quanto aos que preferam esta modalidade de tratamento;
ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL	7	Há sistematização de referência (interna ou externa) para avaliação e tratamento das comorbidades detectadas em pacientes do serviço?				Não = 0: não há sistematização de referência para a avaliação e tratamento das comorbidades detectadas; Em parte = 1: há sistematização de referência para a avaliação e tratamento das comorbidades detectadas na área de clínica geral; Sim = 2: há sistematização de referência para a avaliação e tratamento das comorbidades detectadas na área de clínica geral, psiquiatria, odontologia e nutrição, a atividade é observada e documentada.	Mínimo: clínico, psiquiatra, dentista, nutricionista

Fundamentos do serviço (1 – 3)

Entre os critérios que fundamentam o serviço, os *experts* consideraram a importância de o PNCT ser “uma política de Estado”, que “levou a assistência do tabagismo para toda a linha do cuidado”, precisando “adentrar horizontal e verticalmente toda a estrutura do sistema” (E1), que “deveria ser compreendido e assimilado de modo mais abrangente pelos gestores, como parte de uma política do serviço, não só de um programa” (E2), além da importância da sociedade civil:

Você ter uma política federal como o Brasil até tem e que você tenha toda essa estruturação, passando por estado e por município, que até aqui existe, mas quem está provocando a agenda do governo nessa área é a sociedade civil (E5).

Foi uma conquista, o Brasil é um dos poucos que oferece tratamento gratuito com medicação, embora alcance ainda uma parcela pequena de municípios e cidadãos (E1).

Vai haver uma reavaliação do PNCT (E2), eu acho a iniciativa importantíssima, que as pessoas possam ter melhores condições para implementar os programas de controle ao tabagismo, ou manter esses programas com qualidade, né? Mas a discussão sempre surge, o que nos mostra que as pessoas de alguma maneira estão pedindo que essa área seja melhor cuidada (E3).

Consideram que a atenção ao tabagismo “deveria estar inserida nas rotinas de todos os níveis de complexidade da assistência e também dos programas, longitudinalmente e continuamente” (E1, E3). É necessário existir “uma sensibilização de todas as pessoas que atuam naquele ambiente, não só o profissional que atende ao fumante” (E2).

[...] não adianta só deixar nas costas do profissional da saúde – instituir um ambulatório para cessação do tabagismo – ele precisa ser formalmente instituído na unidade (E3).

1. A Portaria 571 (Brasil, 2013) determina que o serviço de tratamento do tabagismo seja oferecido em todas as unidades do SUS. O fornecimento de medicamentos e insumos está vinculado ao

cadastramento no CNES. Os implicados valorizaram o cadastramento no sistema público e a peculiaridade da missão de ensino, pesquisa e extensão, como hospital-escola.

2. Além de ser requisito para o credenciamento no CNES, ter ambientes livres do cigarro é um estímulo para procurar ajuda. As unidades de saúde precisam ser coerentes, investir na mudança da cultura de seus profissionais, que devem cuidar do comportamento de fumar, visto que são referência (vitrine) (INCA, 2003; Reichert et al, 2008; Brasil, MS, Inca, 2009).

3. Para os *experts*, a estrutura hierarquizada (federal/estadual/municipal) deveria ser compreendida de modo mais abrangente pelos gestores como uma política do serviço (E2) que tenha “capacidade para atender o usuário final, que é o fumante motivado a parar” (E5). Implicados e *experts* manifestaram que o tratamento do tabagismo precisa ser contínuo e regular, inserido na estrutura da Instituição. As pesquisas e estudos devem ser consequência de sua existência e não o contrário, e abordadas por todos, transversalmente (E1).

Quanto à cultura institucional, recomenda-se intervenções junto aos profissionais de saúde para que abordem seus pacientes sobre tabagismo: eventos em datas específicas, participação em reuniões científicas ou administrativas por área, registro impresso no receituário médico, elaboração de manuais e protocolos, além de incluir o tabagismo como parte de toda a linha do cuidado (Reichert et al, 2008; Araújo et al, 2012; Nice, 2012; Brasil, 2013)

Acessibilidade do serviço (4 – 6)

4. A Portaria 571 (Brasil, 2013) preconiza a “avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa”. Para os implicados, as abordagens e intervenções devem ter como base as melhores evidências.

5. O atendimento em grupo está mais vinculado ao sucesso do que ao individual, pois abrange mais pessoas em um mesmo período, com melhor aproveitamento de espaço e profissionais (NHS, 2012). Não há evidências de que separar os idosos aumente a prevalência de cessação (Reichert et al, 2008).

Os implicados atendiam grupos mistos e de perfil socioeconômico heterogêneo, com pessoas em diferentes fases de abstinência. Para os *experts*, os serviços deveriam ter “portas abertas” (E4) para todos os que quiserem parar.

6. *Experts* e implicados consideraram necessário oferecer vaga, tanto de atendimento individual quanto de grupo, o que também é preconizado na literatura (NICE, 2008; US Preventive Services Task Force; Araújo, 2012; Brasil, 2013).

Experts destacam que seja um serviço aberto a todos, com várias opções de dias e horários.

Organização institucional (7)

7. Tanto *experts* quanto implicados assinalaram a importância de profissionais de referência para encaminhamento, o que também recomenda a Portaria 571.

Adotamos como mínimo haver profissionais de referência de clínica médica, psiquiatria, odontologia e nutrição (Brasil, 2013).

Quadro 17 (final) – Questionário da Dimensão de Estrutura – questões de 8 a 15

MATRIZ AVALIATIVA PARA SERVIÇOS PÚBLICOS DE TRATAMENTO DO TABAGISMO – INDICADORES DE ESTRUTURA							
COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESPONDER A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2		
INSTALAÇÕES	8	Há local adequado para tratamento em grupo, disponível durante o período desta atividade?				Não = 0: não há local definido para tratamento em grupo; Em parte = 1: há local para tratamento em grupo, porém não oferece espaço, e/ou conforto, e/ou equipamentos necessários, ou pode não estar disponível durante o período desta atividade; Sim = 2: há local para tratamento em grupo, espaço, conforto e equipamentos necessários, disponível durante o período desta atividade;	Mínimo: uma sala com cadeiras, mesa, quadro para escrever ou projetar, que acomode todos os inscritos e os profissionais envolvidos, com iluminação/ventilação adequada e conforto térmico
	9	Há consultório/sala adequados para tratamento individual, disponível durante o período desta atividade?				Não = 0: não há consultório/ sala disponível para o atendimento individual; Em parte = 1: há consultório/ sala disponível para o atendimento individual, porém não oferece espaço, e/ou conforto, privacidade e/ou equipamentos necessários, ou pode não estar disponível durante o período desta atividade; Sim = 2: há local para tratamento em grupo, com espaço, conforto e equipamentos necessários, disponível durante o período desta atividade.	Mínimo: um consultório/sala com cadeiras, mesa, que acomode os profissionais, paciente e eventualmente um acompanhante, com iluminação/ventilação adequada e conforto térmico
	10	Há instalações telefônicas disponíveis para informar, receber e realizar chamadas de seguimento?				Não = 0: não há instalações telefônicas disponíveis; Em parte = 1: há instalações telefônicas, porém não está disponível, e/ou o uso é restrito ou limitado; Sim = 2: há instalações telefônicas disponíveis para informar, receber e realizar chamadas de seguimento.	Instalações telefônicas disponíveis, em condições de receber e fazer chamadas externas e para telefone celular
EQUIPAMENTOS	11	Há computador para armazenagem de dados, pesquisa, envio de e-mails aos pacientes?				Não = 0: não há computador; Em parte = 1: há computador, porém a armazenagem de dados, pesquisa, envio de e-mails aos pacientes não está sistematizada, ou é irregular; Sim = 2: há computador e a armazenagem de dados, pesquisa e/ou o envio de e-mails aos pacientes está sistematizada e é observada.	Um computador conectado à internet

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	№	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2		
EQUIPAMENTOS	12	Há tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica disponíveis e em condições adequadas para utilização?				Não = 0: há um dos equipamentos citados; Em parte = 1: há ao menos dois dos equipamentos citados, ou algum dos equipamentos não está em condições de uso e/ ou não está disponível; Sim = 2: há tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica disponíveis e em condições adequadas.	Equipamento mínimo (verificar disponibilidade e condições de uso)
	13	Há monoxímetro disponível e em em condições adequadas para utilização?				Não = 0: não há monoxímetro; Em parte = 1 há monoxímetro disponível, porém não está em condições de uso e/ ou faltam acessórios; Sim = 2: há monoxímetro disponível e em condições adequadas para utilização	Recomendável possuir (verificar disponibilidade e condições de uso)
INSUMOS	14	Há material educativo de apoio?				Não = 0: não há material educativo de apoio; Em parte = 1: há material educativo de apoio, porém o fornecimento é irregular e/ ou sua distribuição não é observada; Sim = 2: há material educativo de apoio e o fornecimento é regular bem como sua distribuição é observada	Existência de <i>folders</i> , manuais, folhetos, página na internet, audiovisual ou similar dirigidos aos usuários
	15	Há insumos medicamentosos disponíveis à todos os usuários que necessitam?				Não = 0: não há insumos medicamentosos disponíveis; Em parte = 1: há insumos medicamentosos disponíveis, porém são destinados a determinado tipo de paciente, e/ ou o suprimento é insuficiente para todos os que necessitam, e/ou sua distribuição não está documentada ou sistematizada; Sim = 2: há insumos medicamentosos disponíveis a todos os usuários que necessitam.	Os medicamentos do PNCT devem estar disponíveis aos usuários de modo regular e suficiente
Pontuação do serviço avaliado em estrutura:						MEDIDAS NECESSÁRIAS E PRAZOS PARA MELHORAR A QUALIDADE DA ESTRUTURA:	
Pontuação máxima em Estrutura:			30 pontos				

Instalações (8 – 10)

8. Para os *experts*, o atendimento em grupo poderia ser feito em igreja ou escola, ou outro local da comunidade, mas a instituição também deve ter espaço específico (E1) que seja agradável (E4), minimamente confortável (E5); o local não pode ser precário, com cadeiras quebradas (E2, E4).

Já os usuários manifestaram-se quanto à necessidade de conforto térmico. Sentem-se bem por estar em ambiente claro, limpo e sinalizado. Também alertaram sobre “sala muito lotada”.

9. As Portarias do MS (Brasil 2009, 2013) explicitaram a necessidade de espaço físico para atendimento individual e em grupo. São relevantes, visto que o tratamento do tabagismo exige espaços adequados a grupos, além de abordagem individual. Os implicados consideraram importante a privacidade também nos atendimentos em grupo, bem como o conforto térmico e acústico.

10. Os implicados e *experts* recomendaram estrutura telefônica que permita privacidade e com alcance para telefones celulares.

Há muitas referências quanto à importância do atendimento, da busca ativa e do acompanhamento telefônico, dando indícios de que são necessários estrutura e recursos humanos específicos (RNAO, 2008; Fiore, 2008; , D.L., Lutz, G.M., 2010).

Equipamentos (11 – 13)

11. Na literatura não encontramos menção direta à necessidade de computador, porém, aponta-se a importância da documentação dos dados de processo e resultado, dos relatórios periódicos, do monitoramento (DH/Health Improvement and Protection Directorate/ National Support Teams, 2008; Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, 2013, Brasil, 2013).

Os implicados assinalaram a relevância de trocar e-mails com pacientes e os usuários ficaram satisfeitos em conhecer a

página do serviço na internet, e ter seus e-mails respondidos prontamente.

12. A Portaria 442/2004 especifica a necessidade de “garantir equipamentos e recursos necessários como tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica, para avaliação clínica do fumante” (Brasil, 2009). Usuários gostaram de ter a PA e o IMC verificados na primeira avaliação.

13. *Experts* e implicados chamaram a atenção para a relevância de se ter um monoxímetro, dado o impacto educativo para os usuários. Estes manifestaram apreensão ao fazer o teste de COex, mas reconheceram-no como valioso para acompanhar os progressos.

Insumos (14, 15)

O PNCT oferece cartilhas, *folders*, alguns vídeos.

14. Os implicados destacaram a importância de *folders*, folhetos, cartazes dirigidos ao público ou a pacientes, que sejam focados, claros e simples. Já um *expert* chamou a atenção para a dificuldade de compreensão e expressão, devido a menor escolaridade ou idade avançada do usuário, propondo formas mais ilustrativas de material educativo, além de material específico para a fase de acompanhamento, não previsto pelo PNCT.

15. Todas as diretrizes pesquisadas apontaram a importância do apoio medicamentoso ao tabagista, recomendando combinações, início da TRN o mais precoce possível; alguns abordando a equidade.

Experts manifestaram que, embora o medicamento possa ser caro, pois pode ser usado mais de uma vez e por tempo prolongado, sai mais barato do que fumar por muitos anos. De fato, pesquisas indicam que é menos oneroso do que o custo de saúde, social e econômico das doenças causadas pelo cigarro (AMB et al, 2009; Costa e Silva, coordenadora, 2013).

Os implicados perceberam como má qualidade não ter medicamento disponível, resultando em menor cessação e maior abandono do tratamento. Tanto *experts* quanto implicados reconheceram que a medicação não deve ser o principal objetivo, pois precisa haver tratamento comportamental e interação profissional-paciente.

Entre os indicadores propostos na literatura há o de “eventos, dentro ou fora de um programa que afetam a sua implementação ou operações em curso” (NICE, 2012), algo aplicável no caso dos medicamentos.

5.3.2 A dimensão de processo

Conforme demonstrado no Quadro 16, para a dimensão de processo adotou-se sequências de duas questões para cada indicador: perguntas “A” e “B”. A primeira série implica três tipos de resposta: NÃO, EM PARTE, SIM. As questões “A”, cuja resposta for SIM ou EM PARTE, podem ser complementadas pela questão B, que em geral detalha, aprofunda ou calcula o indicador.

Assim, a dimensão de processo possui 27 questões “A” que podem ser complementadas por outras 27 questões “B” (Quadro 18, em cinco partes).

Quadro 18 – Questionário da Dimensão de Processo: questões de 1 a 9

MATRIZ AVALIATIVA PARA SERVIÇOS PÚBLICOS DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO – INDICADORES DE PROCESSO

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESPONDER A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESPONDER SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
DIVULGAÇÃO / CAPTAÇÃO	1	O serviço adota alguma modalidade interna e/ou externa de divulgação?				Quais foram as modalidades de divulgação adotadas no período?	(1) cartaz (1) folders (1) correspondência (1) DVD (1) página na internet (1) palestras (1) campanhas (1) manuais (1) eventos (1) reuniões internas (1) reuniões externas (1) (1) material para rádio/TV (1) livro (1) outra _____		a. Não = 0: nenhuma modalidade de divulgação regular; Em parte = 1: ao menos uma divulgação regular interna ou externa; Sim = 2: estratégias regulares internas e externas de divulgação. b. Para cada diferente modalidade de divulgação, acrescentar 1 ponto	a. Existência de estratégias regulares e documentadas, com conteúdo baseado em evidências, que chamem a atenção para o tema do tabagismo e a existência do serviço, de modo a sinalizar interna e externamente que atende o fumante. b. Existência de modalidades variadas de divulgação, seja material oficial, seja local.
	2	O serviço divulga suas atividades em locais de referência da comunidade?				Quais foram os meios utilizados pelo serviço para divulgar suas atividades em locais de referência da comunidade durante o período?	(1) igrejas ou instituições religiosas (1) (1) escolas (1) entidades comunitárias (1) locais de trabalho (1) centros comerciais (1) entidades esportivas (1) UBS (1) hospitais (1) Internet (1) lista de e-mails (1) rádio, TV (1) outros meios _____		a. Não = 0: divulgação restrita ao próprio local de prestação do serviço; Em parte = 1: divulgação em ao menos um local de referência da comunidade; Sim = 2: divulgação em mais de um local de referência da comunidade. b. Para cada diferente local de divulgação, acrescentar 1 ponto	a. Existência de divulgação regular e documentada junto a locais de referência, como igrejas e instituições religiosas, escolas, centros comunitários, comerciais ou esportivos, ou unidades de saúde da região, entre outros. b. Existência de diferentes locais de divulgação.
	3	O serviço adota estratégias de captação aos pacientes internados ou externos, idosos e/ou gestantes, puérperas e pais tabagistas?				Quais grupos de risco foram sistematicamente abordados?	(2) pacientes internados (2) pacientes externos (2) idosos (2) gestantes (2) puérperas (2) pais (2) cuidadores (1) outro grupo de risco _____		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Para cada diferente população de risco citada, sistematicamente abordada, acrescentar 2 pontos (outros: citar e acrescentar 1 ponto).	a. Existência de estratégias sistematizadas, regulares e documentadas para identificar os fumantes hospitalizados, os idosos, gestantes, puérperas e pais tabagistas, de modo a iniciar o aconselhamento, o tratamento e o encaminhamento para o serviço b. Indicação de cada grupo de risco para o qual as estratégias estão sistematizadas.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
ACOLHIMENTO	4	O serviço organiza ou colabora em campanhas ou eventos alusivos ao tema?				Quais campanhas ou eventos foram organizados, ou de quais o serviço participou no período?	(1) Dia Mundial sem Tabaco (2) Dia Nacional de Combate ao Fumo (1) Dia Nacional de Combate ao Câncer (1) outra atividade _____		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Para cada diferente atividade da qual o serviço participou, acrescentar 1 ponto	a. Existência de registro sobre a participação em campanhas, como Dia Mundial sem Tabaco, Dia Nacional de Combate ao Fumo ou Dia Nacional de Combate ao Câncer, ou em intervenções pontuais (aulas, palestras, participação em eventos), durante o período avaliado. b. Indicação de cada atividade da qual o serviço participou.
	5	Há uma sistemática de acolhimento para informações, orientação e/ou inscrição no programa?				Quais são os acessos regulares de acolhimento para informações, orientação e/ou inscrição no programa?	(2) profissional disponível para procura espontânea (2) agendamento Individual (2) agendamento de grupo (2) resposta a e-mails (1) distribuição de folder (1) instalação de cartaz (es) (1) informação por telefone (1) outro _____		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Para cada diferente acesso sistematizado proporcionado pelo serviço, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2)	a. Existência de agenda e/ou profissional disponível para receber o tabagista interessado em participar, orientar sobre os objetivos do tratamento, os resultados esperados, a importância do comparecimento. Oferecimento de folder. Regularidade e sistematização do acolhimento. b. Indicação de quais acessos estão sistematizados no acolhimento aos interessados.
	6	Há registro em lista dos fumantes que desejam iniciar o tratamento?				Quanto tempo, em média, se espera entre a inscrição e a efetiva participação no programa?	(2) até uma semana (1) de duas a quatro semanas (0) mais de quatro semanas		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Para cada diferente período de espera, acrescentar os pontos correspondentes	a. Deve-se facilitar o ingresso ao programa, disciplinando a agenda de modo a evitar falta de vagas e filas de espera. b. Quanto maior o intervalo entre a iniciativa de se inscrever no programa e a participação efetiva, maior a chance de o fumante desistir antes de iniciar.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESPONDER A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESPONDER SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
ACOLHIMENTO	7	Há ações regulares para estimular o comparecimento dos inscritos à primeira sessão?				De que forma o participante/usuário inscrito é lembrado ou estimulado a comparecer à primeira sessão?	(2) contato telefônico (2) mensagem escrita em telefone celular – SMS ou torpedo (1) envio de correspondência (1) e-mail (1) outro _____		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Para cada diferente ação sistematizada, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2)	a. Realização de contato prévio (telefone, e-mail, mensagem, correspondência ou similar), lembrando e encorajando o comparecimento à primeira sessão. b. Indicação de quais ações estão sistematizadas para favorecer e estimular o comparecimento.
DIAGNÓSTICO	8	Há alguma oportunidade sistemática de avaliação inicial do fumante?				Em quê consiste a avaliação inicial?	(2) aplicação de entrevista motivacional (2) registro do perfil do fumante (2) histórico pessoal de tabagismo (2) histórico familiar de tabagismo (2) comportamento social e familiar relacionado ao uso de tabaco (2) exposição passiva ao fumo (2) estimular a marcar uma data para parar de fumar (2) propor a redução do número de cigarros (25 a 50%), antes de começar o programa (2) informar o paciente sobre opções de tratamento com base em evidências (1) atividade física (1) oscilações de peso corporal (1) informar sobre a importância dos testes aplicados (1) obter o consentimento do usuário (1) outra _____		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Para cada diferente ação sistematizada, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2)	a. Existência de oportunidade sistemática e baseada em evidências de avaliação inicial do fumante, de preferência antes de iniciar o programa. b. Indicação de quais ações estão sistematizadas na avaliação inicial.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
DIAGNÓSTICO	9	As comorbidades prévias e o uso de medicamentos que podem interferir no manejo do tratamento, bem como os sintomas de doenças relacionadas ao tabagismo são regularmente investigados?				Quais são os principais exames e testes sistematicamente aplicados?	(2) avaliação do grau de dependência de nicotina pelo teste de Fagerström ou similar (2) avaliação do estágio motivacional para deixar de fumar pelo modelo transteórico de Prochaska e Di Clemente ou similar (2) verificação do nível de monóxido de carbono expirado (1) verificação da pressão arterial (1) verificação do IM (1) anamnese (1) exame físico (1) investigação sobre o uso de medicamentos (1) investigação sobre alergias (1) RX de tórax (1) eletrocardiograma (1) função respiratória (1) inventário de depressão de Beck ou similar (1) aplicação dos instrumentos AUDIT, CAGE ou similar, para dependência de álcool (1) investigação sobre dependência de outras drogas (1) investigação sobre outras doenças psiquiátricas (1) outros exames ou testes _____		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Para cada diferente teste ou exame de avaliação do fumante, acrescentar os pontos correspondentes.	a. Realização sistemática e baseada em evidências de testes ou exames de avaliação do fumante. b. Indicação de quais testes ou exames estão sistematizados na avaliação inicial.

Divulgação/ captação (1 – 4):

1 e 2. Para todos os *experts* o serviço deveria fazer campanhas, conscientizando os seus usuários e funcionários, além de estabelecer contatos com grupos fortes na região: “que essa unidade sinalize para a população que ela atende o fumante” (E3).

Mencionaram que muitos serviços recebiam divulgar devido a grande procura, por não ter certeza da chegada do medicamento.

Um *expert* (E5) destacou que as campanhas educativas deviam empoderar as pessoas:

[...] a gente está vivendo em uma era que só tem imagens de advertências horrorosas / será que não seria o caso de colocar algumas imagens, advertências que motivem a pessoa a buscar tratamento? Que isso é possível? Que elas têm caminhos para sair daquilo?

Outro destacou: “a gente, como profissional da saúde, tem de aprender a falar com a mídia (E4)”.

Os implicados apontaram uma variedade de formas possíveis de divulgação. Em suas falas manifestaram que, quanto mais variadas, mais acesso do público, principalmente populações de risco, como pacientes internados, ambulatoriais, gestantes, puérperas. Exemplo: cartazes, *folders*, e-mails, DVD, internet, mídia, palestras, campanhas, manuais, eventos, reuniões.

3. A abordagem e captação de pacientes hospitalizados e de grupos especiais, como gestantes e puérperas, cujas evidências já foram abordadas, foi um dos temas mais levantados nas reuniões com os implicados, inclusive com tentativas de organizar melhor a captação no contexto hospitalar. A literatura recomenda amplamente o incentivo à abordagem mínima ou breve, em todos os locais (Reichert et al, 2008; Araújo et al, 2012; Nice, 2012; Brasil, 2013).

4. O CDC (2008) sugere medir a quantidade de pessoas alcançadas pelas divulgações, e o tipo de linguagem usada. Já o INCA aponta as campanhas e datas importantes de difusão (INCA, 2013) que são usadas como parâmetro.

Acolhimento (5 – 7)

Para os *experts*, é importante que o indivíduo perceba um comprometimento (E2). Por outro lado, que haja, desde o início, uma espécie de contrato verbal com o paciente (E4).

[...] precisa ter uma sensação de pertencimento ao sistema, de que aquele serviço de saúde ali é dele, não só como pagador de impostos, mas que é uma coisa que ele está, vamos dizer, assim, que pertence também. É uma necessidade básica da vida dele ser assistido, ser acompanhado (E1).

[...] o acolhimento na portaria, não pode haver constrangimentos (E3) / [...] ela precisa fazer aquela pessoa, que é fumante, se sentir bem-vinda e acolhida (E3) / [...] atraída a se cuidar (E5).

6. Os implicados expressaram a importância do acolhimento, discutindo as formas de informar, receber e matricular em um ambiente sinalizado, sem filas. Destacaram a necessidade de precisão nas informações, bem como os modos de evitar muito tempo de espera até o início do programa seguinte, sem nenhuma intervenção: promover uma reunião aberta semanal para inscrição no programa; oferecer *folder* e orientações sobre a primeira reunião; fazer um lembrete por telefone antes da primeira reunião.

5. Para os usuários, a facilidade de se matricular e a rapidez de resposta impede a pessoa de justificar que não havia vaga ou que não a atenderam, a ponto de reconhecer que “a resistência é dela e não da disponibilidade do serviço” (U3,U4,U5).

6. Alguns *experts* e implicados destacaram que, para o perfil do fumante, pela sua ambiguidade, é estratégico poder iniciar logo a terapia, para aproveitar a oportunidade de decisão, percepção que se apoia em evidências (Araújo, 2012).

7. A literatura destaca a importância de técnicas, como a entrevista motivacional, avaliação do grau de dependência e do estado motivacional (Reichert et al, 2008; AMB et al, 2009); a sequência de atividades que devem ser realizadas num primeiro contato (NICE, 2013); a importância de informar as opções de tratamento (NHS, 2012). A Portaria 571 (Brasil, 2013) preconizou a

identificação, abordagem (pelo menos, a mínima) e o acolhimento de pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção. Os implicados colocaram, como atividade do serviço, fazer um lembrete na véspera da primeira reunião estruturada.

Diagnóstico (8 – 9)

Os *experts* apontaram o diagnóstico do tabagismo como simples, com instrumentos fáceis de aplicar (Fargerström). Na avaliação de comorbidades, alguns exames de detecção precoce de doença respiratória seriam: função respiratória, RX de tórax e ECG; consideraram a avaliação do grau de motivação mais especializado, visto que “define o tipo de abordagem e o sucesso do próprio fumante” (E4).

Um *expert* aplicava um modelo de anamnese mais simplificado, na perspectiva da entrevista motivacional e detecção de comorbidades existentes, visando “fazer a diferença na escolha da pessoa em um desbalancear da balança da decisão dela de desequilibrar a favor de se manter abstinente” (E1); sugeriram combinar uma meta de redução em 25%, antes de começar o programa (E1), além de se analisar o entorno social desses indivíduos.

Destacaram que se a pessoa é muito dependente, a avaliação médica é importante. Apontaram outras avaliações, como de alcoolismo e depressão, além de mapear demais comportamentos compulsivos.

Os implicados comentaram o conteúdo da ficha de matrícula, a dificuldade de preenchê-la devido ao tamanho e diferenças nas características etárias, sociais e educacionais dos pacientes. No entanto, valorizaram a importância do diagnóstico e das informações colhidas, como o teste de Fagerström, a avaliação social e familiar, a reflexão na vontade de parar, estimulada pelos procedimentos de matrícula no programa (Anexo 8).

Desde o consenso de 2001 (Brasil), já havia a diretriz de avaliação clínica no momento da admissão: identificação de doenças relacionadas ao tabagismo (DRT), contraindicações e interações medicamentosas, perfil do fumante, seu *status* de tabagismo, grau de dependência e sua motivação para deixar de fumar. Mais recentemente, a técnica de entrevista motivacional (EM) ganhou destaque no apoio estruturado ao diálogo e à interação profissional-paciente (Fiore et al, 2008; Reichert et al, 2008; Araújo et al, 2012; NHS, 2012; NICE, 2012; Brasil, 2013).

Os usuários consideraram a avaliação importante, embora alguns não tenham percebido a existência deste processo em suas matrículas, exceto pela verificação de sinais vitais.

Tratamento/ acompanhamento (10 –19)

10. Para *experts* e implicados, não só a detecção de comorbidades como também o encaminhamento e a resolução de problemas de saúde foram considerados essenciais: é necessário um local para onde encaminhar o paciente, isto é: “ter todo um processo de encaminhamento daquela pessoa” (E4), pois a tendência atual é um maior nível de dependência (E1, E3, E4).

Quadro 18 (continuação) – Questionário da Dimensão de Processo: questões de 10 a 14

MATRIZ AVALIATIVA PARA SERVIÇOS PÚBLICOS DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO – INDICADORES DE PROCESSO

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
TRATAMENTO/ACOMPANHAMENTO	10	Há ações sistemáticas de resolução, tratamento ou encaminhamento dos problemas de saúde detectados, em caso de necessidade?				Quais são as ações sistemáticas de resolução, tratamento ou encaminhamento dos problemas de saúde detectados?	(2) encaminhamento interno/externo para clínico geral (2) encaminhamento interno/externo para especialista clínico/cirurgião (2) encaminhamento interno/externo para psiquiatra/psicólogo (1) encaminhamento interno/externo para psiquiatra/psicólogo (1) encaminhamento interno/externo para dentista (1) encaminhamento interno/externo para nutricionista (1) tratamento realizado pelos próprios profissionais da equipe (1) outro _____		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Para cada diferente rotina, sistema, recurso ou providência citada, acrescentar a pontuação correspondente (alguns valem 2).	a. Existência de rotina, sistema, recursos ou providências que favoreçam a resolução, o tratamento ou o encaminhamento dos problemas de saúde detectados. b. Indicação de quais ações estão sistematizadas para favorecer a resolução, o tratamento ou o encaminhamento dos problemas de saúde detectados.
	11	Estão estabelecidas sessões estruturadas para o tratamento intensivo do fumante?				Qual é o número de sessões estruturadas para o tratamento intensivo do fumante e a sua duração?	(2) quatro ou mais sessões intensivas de 60 a 90 minutos (2) frequência semanal nas primeiras 4 sessões (1) frequência quinzenal ou mensal as primeiras 4 sessões (1) de uma a três sessões intensivas de 60 a 90 minutos (1) outro _____		a. Não = 0: não há sessões estruturadas; Em parte = 1: há sessões estruturadas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: as sessões estruturadas são observadas e estão sistematizadas e documentadas. b. Para cada diferente ação sistematizada, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2)	a. Existência de programa estruturado quanto ao número e duração das sessões. b. Indicação do número de sessões e de sua duração.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
TRATAMENTO/COMPANHAMENTO	12	Há definição quanto ao conteúdo temático mínimo de cada sessão?				Quais são os principais temas que compõem o conteúdo mínimo das sessões de tratamento intensivo do fumante?	<p>(2) preparar o fumante para solucionar os seus problemas</p> <p>(2) estimular a definição de data para parar de fumar</p> <p>(2) ensinar a forma gradual e a forma imediata de parar de fumar</p> <p>(2) estimular a autoconfiança</p> <p>(2) ensinar a reconhecer e enfrentar os sintomas da abstinência</p> <p>(2) reforçar as razões para parar de fumar</p> <p>(2) ensinar a não desprezar a recaída (nenhuma tragada)</p> <p>(2) estimular habilidades para resistir às tentações de fumar</p> <p>(2) preparar para prevenir a recaída</p> <p>(2) preparar o fumante para lidar com o <i>stress</i></p> <p>(2) preparar o fumante para lidar com a família</p> <p>(2) preparar o fumante para lidar com amigos e colegas fumantes</p> <p>(1) construção da identidade como ex-fumante</p> <p>(1) estimular a mudança de rotina</p> <p>(1) alterações de humor</p> <p>(1) ajudar no estabelecimento e cumprimento de metas</p> <p>(1) ensinar estratégias para reduzir o consumo de cigarros</p>		<p>a. Não = 0: não há conteúdo temático definido; Em parte = 1: o conteúdo temático está definido, porém é irregular, não documentado e/ou não sistematizado; Sim = 2: o conteúdo temático das sessões estruturadas é observado e está sistematizado e documentado.</p> <p>b. Para cada diferente conteúdo temático sistematizado observado, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2)</p>	<p>a. Existência de programa estruturado quanto ao conteúdo temático abordado nas sessões.</p> <p>b. Indicação do conteúdo temático mínimo das sessões de tratamento intensivo do fumante.</p>

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
TRATAMENTO/COMPANHAMENTO	12	Há definição quanto ao conteúdo temático mínimo de cada sessão?				Quais são os principais temas que compõem o conteúdo mínimo das sessões de tratamento intensivo do fumante?	(1) vantagens da cessação (1) prevenção do ganho ponderal (1) mitos e verdades sobre o consumo de cigarros (1) facilitar o compartilhamento das histórias de vida sobre as tentativas de parar (1) outro _____		14a. Não = 0: não há conteúdo temático definido; Em parte = 1: o conteúdo temático está definido, porém é irregular, não documentado e/ou não sistematizado; Sim = 2: o conteúdo temático das sessões estruturadas é observado e está sistematizado e documentado. 14b. Para cada diferente ação sistematizada, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2). Para cada diferente conteúdo temático sistematizado observado, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2)	a. Existência de programa estruturado quanto ao conteúdo temático abordado nas sessões. b. Indicação do conteúdo temático mínimo das sessões de tratamento intensivo do fumante.
	13	Há definição quanto ao tipo de intervenção/ abordagem adotado nas sessões?				Quais são os principais tipos de intervenção/ abordagem adotado nas sessões?	(2) intervenção comportamental TCC ou similar (2) terapia de grupo (2) dinâmica de grupo (2) escuta e discussão sobre as experiências vividas pelos pacientes (1) terapia individual (1) palestras informativas (1) grupo operativo (1) outro _____		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Para cada diferente tipo de intervenção regularmente adotado, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2)	a. Existência de definição quanto ao tipo de intervenção/ abordagem com base em evidências, que é utilizada nas sessões. b. Indicação dos tipos de intervenção/ abordagem adotados.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
TRATAMENTO/ACOMPANHAMENTO	14	O serviço fornece o tratamento medicamentoso na íntegra, associado ao tratamento comportamental, aconselhamento ou assistência?				Quais são os critérios para o fornecimento do tratamento medicamentoso para parar de fumar?	(2) qualquer fumante que esteja agindo no sentido de parar de fumar (2) consumo maior que 10 cigarros por dia (2) fumantes com escore do teste de Fagerström igual ou maior do que 5 (2) vinculação da entrega do medicamento ao comparecimento regular no grupo (1) ser maior de 18 anos (1) não ser gestante ou nutriz (1) não haver contraindicações clínicas (1) consumo maior que 20 cigarros por dia (1) consumo do 1º cigarro até 30 minutos após acordar (1) fumantes que não obtiveram êxito com a abordagem cognitivo-comportamental exclusiva (1) fumantes que desejam reduzir o número de cigarros consumidos (1) ex-fumantes que corram o risco de recaídas (1) outros _____ _____		a. Não = 0: o serviço não fornece nenhum medicamento; Em parte = 1: o serviço fornece medicamentos mas de modo irregular, não documentado e/ou não sistematizado; Sim = 2: o serviço fornece os medicamentos de modo sistematizado e documentado. b. Para cada indicador explicitado, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2)	a. Fornecimento regular e integral do tratamento medicamentoso indicado, com base nas diretrizes do programa e em evidências. b. Explicitação dos critérios adotados para o fornecimento do tratamento medicamentoso.

Os implicados manifestaram a dificuldade de encaminhamento quando o paciente não está inserido na região adstrita ao serviço, propondo maior comunicação entre as unidades do SUS.

Tais manifestações são vastamente recomendadas nos consensos, portarias, diretrizes (Reichert et al, 2008; AMB et al, 2009; Brasil, 2001, 2009, 2013)

11-13. Para o tratamento, *experts*, implicados e a literatura convergiram para as modalidades de combinação entre o tratamento comportamental e farmacológico, segundo o Consenso Brasileiro de Tabagismo do INCA (Brasil, 2001): quatro sessões intensivas e acompanhamento por um ano (com ou sem cessação, na opinião dos implicados). Ressaltaram a importância das diretrizes, mas com autonomia e dentro do contexto:

[...] estratégia de trabalhar UMA NOVA IDENTIDADE: a importância de cada um nesta vida/ que repensar toda essa ligação que ela desenvolveu e reaprender a viver, quer dizer de certa maneira, a enfrentar as situações e a lidar com suas próprias emoções, sem o uso do cigarro (E1)

Deve haver um planejamento para as sessões, com conteúdo mínimo, recomendado nos *guidelines* (Araújo et al, 2012; NICE, 2013) e também estabelecido no serviço estudado. Demarcar o dia da parada, “o dia D”: “o demarcador é o dia da parada, o primeiro dia sem fumar (E1)”.

Diretrizes indicam o número de sessões, conteúdo, duração, índice de abandono (West, Hajek, Stead, Stapleton, 2005; Fiore et al, 2008, Brasil, 2009; NCSCT, NHS, 2012).

14 –16. Sobre os insumos medicamentosos, tanto *experts* como usuários manifestaram que a entrega deve ser vinculada ao comparecimento no grupo; a irregularidade na oferta de medicamentos, seja por problemas estruturais, seja de ordem local, afeta a evolução dos pacientes e a qualidade dos serviços; o fluxo de distribuição precisa ser menos burocrático; a orientação

profissional evita o uso equivocado da TRN; o medicamento isolado não é mais efetivo do que o associado à TCC.

O *expert* E5 alertou para a ênfase no medicamento:

[...] Você chega e foca na deficiência, que o Estado não tem condição, seja porque a burocracia não funciona que o remédio não chega à porta... seja porque o custo disso é altíssimo, seja lá o que for. Eu acho que até quando sai uma notícia no jornal que coloca foco nisso, de certa forma você está passando para as pessoas uma mensagem subliminar, que para parar de fumar você vai precisar de remédio. No caso do tabagismo isso fica muito claro: se não fizer a outra parte o remédio não funciona.

Os usuários reconheceram ter sido orientados sobre os diferentes critérios de distribuição de medicamentos e atribuíram algumas desistências a este fato, o que foi afirmado e demonstrado estatisticamente nas reuniões com os implicados. Também assinalaram a importância de orientação sistematizada sobre os efeitos dos medicamentos, reações adversas e posologia.

Todas estas manifestações têm sustentação na literatura (INCA, 2001; RNAO, 2007; NHS, 2008; Reichert et al, 2008; Cornish, Lutz, 2010; Araújo et al, 2012; NICE, 2012, 2013; Brasil, 2013). Stead et al, 2008, evidenciaram que o apoio medicamentoso (TRN) aumentou entre 50 e 70% as possibilidades de um indivíduo ficar abstinente.

Segundo o sistema de saúde do Reino Unido, todos os tabagistas adultos (exceto gestantes) que estejam apresentando comportamento concreto nas tentativas de parar de fumar devem receber medicamentos (CDC, 2006; NHS, 2008). Espera-se que as iniciativas decorrentes da Portaria 571 (Brasil, 2013) modifiquem o cenário de distribuição de medicamentos.

17–18. Sobre o acompanhamento, um *expert* (E1) destacou que requer disponibilidade do profissional ou de alguém da equipe para ligar ou atender o telefone; além de procurar saber o motivo das faltas, cuja expectativa, da perspectiva dos *experts*, seria de 20 a 30% de abandono.

[...] um índice de abandono vai acontecer, eu acho que é inevitável... se você observa que está muito elevado o índice

de abandono no seu serviço, você vai ter que investigar o que está acontecendo (E4).

Os implicados reconheceram haver seguimento psicológico em grupo e acompanhamento médico individual, majoritariamente aos que compareciam aos retornos.

Quadro 18 (continuação) – Questionário da Dimensão de Processo: questões de 15 a 19

MATRIZ AVALIATIVA PARA SERVIÇOS PÚBLICOS DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO – INDICADORES DE PROCESSO										
COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
TRATAMENTO/ACOMPANHAMENTO	15	O serviço disponibiliza insumos medicamentosos sistematicamente e regularmente?				Quais são os medicamentos para parar de fumar, recomendados nos protocolos com base em evidências, que estão regularmente disponíveis? (2) adesivo transdérmico de reposição de nicotina, com 7mg, 14mg e 21mg (2) goma de mascar com 2mg de nicotina (2) pastilha com 2mg de nicotina (2) comprimido de cloridrato de bupropiona, 150mg (1) vareniclina, 0,5 e 1mg (1) outros medicamentos —			a. Não = 0: o serviço não disponibiliza nenhum medicamento; Em parte = 1: o serviço disponibiliza medicamentos mas de modo irregular, não documentado e/ou não sistematizado; Sim = 2: o serviço disponibiliza os medicamentos de modo sistematizado e documentado. b. Para cada indicador explicitado, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2)	a. Disponibilização regular e integral dos medicamentos necessários ao tratamento de todos os pacientes que necessitem. b. Explicitação dos tipos de medicamentos regularmente disponíveis.
	16	Os usuários do serviço são orientados por médicos e/ou enfermeiros sobre os medicamentos para parar de fumar, além de receber assistência farmacêutica?				Quais são as principais orientações recebidas pelos usuários do serviço, quanto ao uso de medicamentos para parar de fumar? (2) as opções de tratamento medicamentoso (2) como o medicamento é distribuído aos pacientes (2) efeitos do medicamento na cessação do tabagismo (2) como usar corretamente o medicamento prescrito (2) por quanto tempo o medicamento deverá ser usado (1) contraindicações e efeitos adversos (1) outras orientações_____			a. Não = 0: não há nenhuma orientação prévia sobre o uso de medicamentos; Em parte = 1: há orientação prévia sobre o uso dos medicamentos, mas é irregular, não documentada e/ou não sistematizada; Sim = 2: há orientação prévia sistematizada e documentada sobre o uso dos medicamentos. b. Para cada indicador explicitado, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2)	a. Existência de orientação prévia de médicos e/ou enfermeiros e/ou farmacêuticos sobre os medicamentos para parar de fumar. b. Explicitação dos principais temas abordados nas orientações de medicamentos regularmente disponíveis.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
TRATAMENTO/ACOMPANHAMENTO	17	Após a abordagem intensiva, os profissionais do serviço fazem o seguimento sistemático dos pacientes tratados?				Quais são os modos de seguimento sistemático que foram utilizados pelos profissionais do serviço no período?	<p>(2) os profissionais telefonam para os pacientes (serviço proativo)</p> <p>(2) os profissionais enviam mensagens por celular, e-mail ou através de redes sociais (serviço proativo)</p> <p>(1) os pacientes podem telefonar para os profissionais do serviço (serviço reativo)</p> <p>(2) reuniões de acompanhamento agendadas com os profissionais do serviço</p> <p>(2) consultas individuais presenciais de seguimento mediante agendamento</p> <p>(2) as estratégias variam em intensidade e metodologia conforme as necessidades de cada paciente acompanhado</p> <p>(1) visita domiciliar das equipes da instituição</p> <p>(1) envolvimento dos familiares no apoio ao paciente</p> <p>(1) comunicação com médico ou outro profissional de saúde que acompanha o paciente rotineiramente.</p> <p>(1) as estratégias são iguais para todos os pacientes acompanhados.</p> <p>(0) abertura para quando o paciente quiser retornar</p> <p>(1) outros modos de seguimento _____</p>		<p>a. Não = 0: não há nenhum seguimento sistemático ou ocorre de forma pontual (ocasional); Em parte = 1: há seguimento dos pacientes mediante agendamento, mas é irregular, não documentado e/ou não sistematizado; Sim = 2: há seguimento sistemático e documentado dos pacientes.</p> <p>b. Para cada modo de seguimento sistemático utilizado acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2 pontos).</p>	<p>a. Existência de seguimento sistemático, visando a sustentação ou melhoria dos resultados alcançados nas reuniões estruturadas, ou ainda a prevenção de recaídas. b. Explicitação das estratégias utilizadas no seguimento aos pacientes.</p>

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
TRATAMENTO/ACOMPANHAMENTO	18	O serviço adota critérios de inclusão e de periodicidade para o seguimento dos pacientes, após a abordagem intensiva ou a cessação?				Quais foram os critérios e a periodicidade de seguimento adotados após o final das sessões estruturadas, no período?	(2) o serviço segue todos os pacientes que participaram da abordagem intensiva. (1) o serviço oferece seguimento aos pacientes abstinentes, exclusivamente. (2) seguimento periódico durante um mês. (2) seguimento periódico até o terceiro mês. (2) seguimento periódico durante seis meses. (2) seguimento periódico durante doze meses. (1) contato aos 30 dias. (1) contato no terceiro mês. (1) contato no sexto mês. (1) contato com doze meses. (1) outros critérios e periodicidade de acompanhamento _____		a. Não = 0: não há nenhum critério de inclusão ou de periodicidade para o seguimento dos pacientes; Em parte = 1: há critérios de inclusão ou de periodicidade, mas são irregulares, não documentados e/ou não sistematizados; Sim = 2: há critérios de inclusão e de periodicidade no seguimento dos pacientes. b. Para cada estratégia utilizada no seguimento dos pacientes acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2 pontos).	a. Existência de definição quanto à periodicidade e aos critérios mínimos de seguimento, de modo a permitir a reprodutibilidade do processo quanto à estrutura (recursos humanos e equipamentos necessários) e o monitoramento uniforme dos resultados. b. Explicação das estratégias utilizadas no seguimento dos pacientes.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
TRATAMENTO/ACOMPANHAMENTO	19	O serviço estimula o uso oportuno da abordagem breve/ mínima, nos atendimentos de rotina e o tratamento aos tabagistas internados?				Quais foram as atividades que estimularam ou contribuíram na implementação do uso oportuno da abordagem mínima, nos atendimentos de rotina e no tratamento aos tabagistas internados, no período?	(2) capacitação de profissionais de saúde na aplicação da abordagem breve (2) elaboração ou apoio no desenvolvimento de rotinas e protocolos de abordagem breve (2) documentação em prontuário do <i>status</i> de tabagismo nos atendimentos de rotina da instituição. (2) avaliação do tabagista por profissional do serviço, durante o período de internação (2) organização ou apoio no fornecimento de medicamentos contra a dependência de tabaco, após a alta hospitalar (2) facilitação do acesso a tratamento no serviço, ou local de referência, após a alta hospitalar. (2) organização ou apoio no fornecimento de medicamentos contra a dependência de tabaco, durante a internação. (1) elaboração ou apoio no desenvolvimento de material educativo ou informativo (<i>folders</i> , folhetos) específicos para uso na abordagem breve aos pacientes internados. (1) outras atividades_____		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada b. Para cada atividade realizada acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2 pontos).	a. Existência de apoio do serviço na implementação do uso oportuno da abordagem mínima, nos atendimentos de rotina e no tratamento dos tabagistas internados. Existência de documentação que evidencie que a abordagem mínima é aplicada a todos os usuários tabagistas, e/ou de apoio do serviço na implementação do uso oportuno da abordagem mínima, nos atendimentos de rotina e no tratamento dos tabagistas internados. b. Explicitação das atividades realizadas na implementação do uso oportuno da abordagem mínima, nos atendimentos de rotina e no tratamento dos tabagistas internados.

Todos os implicados preocuparam-se em definir diferentes estratégias para melhorar o que consideraram o acompanhamento ideal no contexto do serviço: oferecer seguimento médico individual; oferecer seguimento psicológico em grupo; realizar o seguimento sistematizado, pessoalmente ou por telefone (aos 30 dias; 3, 6 e 12 meses após o final das sessões estruturadas) (NHS, 2008; Fiore et al, 2008; NICE, 2008, 2013).

Um *expert* (E1) manifestou as dificuldades de as pessoas voltarem, mais por questões pessoais. Por isso, é muito importante a busca ativa e acompanhamento de todos os inscritos no programa. Também enfatizou as diferenças entre o acompanhamento imediato, mais intensivo, e o tardio, mais espaçado, destacando que deveria haver uma rotina a se seguir.

Também sugeriu a estratégia de pedir exames de controle para garantir o retorno, do reforço com cartas para a família, dinâmicas de grupo, chamando a atenção para as condições de vida dos pacientes e suas diferenças sociais: “o cigarro acaba sendo uma válvula de escape”.

Experts e implicados ressaltaram a importância do meio, do contexto social e familiar, que “tanto pode derrubar quanto fortalecer a pessoa”.

Sobre este aspecto, os usuários entrevistados que foram acompanhados pelo serviço manifestaram a importância do ensino de estratégias para evitar a recaída, além do apoio mútuo, também reforçado pelos *experts* e implicados (Araújo et al, 2012).

A questão número 19 investiga as ações do serviço para disseminar transversalmente a adoção da abordagem breve/ mínima entre os profissionais, na abrangência institucional, conforme recomendações (Brasil, 2001, 2013), para aumentar o número de profissionais que seguem as diretrizes; que perguntam e documentam o *status* de tabagismo; fornecer serviços de consulta durante a internação, medicamentos, e garantir que os pacientes

que receberam alta serão encaminhados para serviços de aconselhamento, conforme explicitou o grupo de implicados.

Atitude (20, 21)

A atitude dos profissionais deve ser verificada a partir dos usuários do serviço. O insucesso terapêutico provocado por conduta profissional pode eliminar as expectativas de abstinência (RNAO, 2007; Reichert, 2008; NICE, 2012, 2013).

Para *experts* e implicados, as atitudes importantes são: disponibilidade, “porque é tão dinâmico o estágio motivacional” (E4); respeito: “não é uma pessoa que precise de força de vontade para parar de fumar: é preciso trabalhar todo corpo clínico” (E3, E4); flexibilidade: atenção quanto ao nível cultural, educacional, origem, gênero, idade, etnia (Araújo, 2012; NICE, 2013; Costa e Silva, coordenadora, 2013).

Recursos humanos/ educação permanente (22 – 24)

Tanto implicados como *experts* valorizaram o ensino e a pesquisa como forma de divulgar as boas práticas e a cultura de controle do tabagismo, além de expressarem a necessidade de renovação dos profissionais. A questão 22 especifica estas atividades.

A questão 23 envolve o Instrumento C, com informações sobre os profissionais do serviço, através da relação do número de pacientes atendidos no período, e a carga horária total dos profissionais diretamente ligados ao serviço, no mesmo período. Não há referência sobre este indicador, acreditamos que possa fornecer elementos para avaliar a relação numérica entre pacientes e profissionais, por meio da comparação com outros serviços ou do mesmo serviço em diferentes períodos.

24. Entre as atividades iniciais do serviço de tratamento do tabagismo estudado incluía-se o tratamento de seus profissionais. Para os *experts*, “os profissionais que fumam devem

ser tratados. Sua atitude precisa ser discreta ao fumar” (E3, E4). Entendeu, ainda, que “uma pessoa que parou de fumar tem outro olhar, diferente do profissional que não tenha parado de fumar, para conduzir um grupo”.

Considerando que o profissional de saúde fumante deve ser tratado com o mesmo protocolo aplicado aos demais, Reichert et al, (2008) chamam a atenção para peculiaridades desta área profissional, como a automedicação e a resistência a orientações. A NICE (2013) e o INCA (2003) orientam como deve ser o procedimento do profissional de saúde tabagista no ambiente de trabalho.

Durante a campanha do Dia Mundial Sem Tabaco de 2004, a OMS publicou *The role of health professionals in tobacco control*, propondo o envolvimento de todos os profissionais de saúde no controle do tabagismo. O documento também contém um código de conduta estabelecido por profissionais de saúde, com 14 práticas:

1. Incentivo aos pares para ser modelo de comportamento, não usando tabaco e promovendo uma cultura livre de tabaco.
2. Avaliar e abordar os padrões de consumo de tabaco por meio de pesquisas e da introdução de políticas adequadas.
3. Fazer com que instalações e eventos sejam livres do tabaco, incentivar os pares a fazer o mesmo.
4. Incluir o controle do tabagismo na agenda de congressos e conferências relevantes.
5. Aconselhar os pares a perguntar rotineiramente sobre consumo e exposição ao tabaco, aconselhar e assegurar o acompanhamento.
6. Influenciar a inclusão do tema do controle do tabaco nos currículos dos profissionais, por meio de programas de formação e educação continuada.
7. Participar ativamente do Dia Mundial Sem Tabaco cada 31 de maio.
8. Recusar qualquer investimento da indústria do tabaco e incentivar os pares a fazer o mesmo.
9. Certificar se a sua organização tem uma política de declaração de interesses.
10. Proibir a venda ou promoção de produtos de tabaco nas suas instalações e incentivar os pares a fazer o mesmo.
11. Apoiar os governantes no processo de assinatura, ratificação e implementação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco.
12. Dedicar recursos financeiros para controle do tabaco, incluindo a aplicação deste código de prática.
13. Participar das atividades de redes de profissionais de saúde de controle do tabaco.
14. Apoiar campanhas para locais públicos livres de tabaco (traduzido e adaptado de WHO, 2004, p. 22).

Quadro 18 (continuação) – Questionário da Dimensão de Processo: questões de 20 a 24

MATRIZ AVALIATIVA PARA SERVIÇOS PÚBLICOS DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO – INDICADORES DE PROCESSO

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESPONDER A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESPONDER SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
ATITUDE	20	O serviço realizou pesquisa de satisfação do usuário no período?				Entre as opiniões dos usuários sobre as atitudes dos profissionais, quais foram consideradas como existentes durante o atendimento que atestam a boa qualidade da relação profissional-paciente, no período?	(1) prontidão (1) disponibilidade (1) escuta (1) organização (1) regularidade (1) respeito (1) confiabilidade (1) equidade (1) compreensão (1) flexibilidade (1) encorajamento (1) empatia (1) autenticidade (1) positividade (1) atenção (1) apoio da equipe (1) gentileza (1) afetuosidade (1) tem capacidade técnica para cuidar de tabagistas (1) respeito às preferências (1) respeito ao esforço (1) respeito ao momento de vida (1) respeito à autonomia (1) respeito à privacidade (1) sem pré-julgamentos (1) habilidade em lidar com lapsos e recaídas (1) favorecimento da expressão de todos, quando em grupo (1) ambiente adequado à expressão da experiência do paciente (1) o paciente ser visto como um todo e não apenas como um fumante (1) considerar características como idade, gênero, cultura e escolaridade (1) outras opiniões_____		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada b. Para cada atitude destacada, acrescentar os pontos correspondentes.	a. Realização de pesquisa de satisfação do usuário no período. b. Explicitação das atitudes dos profissionais, que atestam a boa qualidade da relação profissional-paciente, citada pelos usuários do serviço em pesquisa formal de opinião.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
ATTITUDE	21	O serviço verifica se os usuários apreciam e compreendem o conteúdo do material educativo, das palestras, apresentações e orientações?				Entre as opiniões dos usuários sobre as características das estratégias educativas, quais foram consideradas como existentes, que atestam a boa qualidade, no período?	(1) interessante (1) atrativo (1) de fácil compreensão (1) filmes interessantes (1) depoimentos envolventes de fumantes ou ex-fumantes (1) empenho dos profissionais em se fazer compreender por todos (1) palestras atrativas (1) profissionais explicavam com clareza (1) uso de linguagem comum, compreendida por todos (1) materiais educativos com excelente conteúdo (1) slides e vídeos com som (1) habilidade dos profissionais para lidar com qualquer tipo de situação ou eventualidade (1) existência de diálogo entre usuários e profissionais (1) liberdade para se expressar (1) liberdade para mostrar que não compreenderam (1) outras opiniões _____		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada b. Para cada característica destacada, acrescentar os pontos correspondentes.	a. Realização de pesquisa do serviço para verificar o interesse e a compreensão do conteúdo do material educativo, das palestras, apresentações e orientações. b. Explicação das opiniões dos usuários sobre as características das estratégias educativas, consideradas como existentes e que atestam a boa qualidade, no período.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESPOSTAR A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESPOSTAR SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
RECURSOS HUMANOS / EDUCAÇÃO PERMANENTE	22	Há atividades administrativas, didáticas ou de pesquisa relacionadas ao serviço?				Quais são as atividades administrativas, didáticas ou de pesquisa relacionadas ao serviço, ocorridas no período?	(2) presença de estagiários e/ou residentes atuando diretamente nas atividades de tratamento e organização dos grupos (2) projeto(s) de pesquisa financiado(s) (2) cenário de projeto de pesquisa, tanto em graduação quanto pós-graduação (2) palestras e aulas para graduação e pós-graduação pelos profissionais do serviço (2) palestras e aulas de capacitação profissional, inter e extrainstitucional, pelos profissionais do serviço (2) publicação de artigos em periódicos (2) participação/ministrante/organizador em congressos e eventos científicos (2) reuniões periódicas dos profissionais do serviço. (1) estudo e discussão de casos (1) participação em cursos de interesse para o aprimoramento no tratamento do tabagismo (1) presença de visitantes durante as atividades do grupo (1) outras _____		Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, parcialmente implantadas, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está implementada, sistematizada e documentada. b. Presença de alunos, estagiários, residentes e/ou pesquisadores e/ ou produção científica em qualquer das atividades	a. Existência de atividades administrativas, didáticas ou de pesquisa relacionadas ao serviço b. Descrição das atividades administrativas, didáticas ou de pesquisa relacionadas ao serviço, documentadas ou observadas.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
RECURSOS HUMANOS / EDUCAÇÃO PERMANENTE	23	O número de profissionais que atua diretamente no tratamento do tabagismo está adequado à capacidade de atendimento do serviço?				Qual é a relação do número de pacientes atendidos no período e a carga horária total dos profissionais diretamente ligados ao serviço, no mesmo período?	Número de pacientes atendidos no período total de horas/ profissional disponíveis no período.		Não = 0: não há profissionais especificamente designados para este serviço; Em parte = 1: a falta de profissionais leva à interrupção da prestação de serviço; Sim = 2: há profissionais especificamente designados, com carga horária destinada a essa finalidade, não havendo interrupção na prestação de serviço. b. Não há referência sobre este indicador. Sugere-se 1 ponto para o registro do indicador, de modo a verificar se tem sensibilidade e especificidade para avaliar a relação numérica entre pacientes e profissionais através da comparação com outros serviços ou do mesmo serviço em diferentes períodos	a. Relacionar o número de profissionais com capacidade de atendimento b. Não há referência sobre este indicador. Pode fornecer elementos para avaliar a relação numérica entre pacientes e profissionais através da comparação com outros serviços ou do mesmo serviço em diferentes períodos
	24	Os profissionais de saúde que fumam têm acesso a tratamento?				Qual a proporção de profissionais de saúde que foram tratados no período?	(0) 0 a 3 (1) 3 a 5% ao ano (2) mais que 5%		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, parcialmente implantadas, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está implementada, sistematizada e documentada. b. Proporção de profissionais de saúde que fumam, tratados pela instituição em determinado período	a. Existência de oferta de tratamento aos profissionais de saúde da instituição que desejam parar de fumar b. Considerada a proporção de tratamento anual da população em geral, preconizada pelo NHS (Objetivo da NICE: 5% a cada ano (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008)

Documentação (25, 26)

A pertinência da documentação relativa aos pacientes e processos de trabalho é mencionada em todas as diretrizes (RNAO, 2007; CDC, 2008; Worcestershire Mental Health Partnership, 2012; NHS, 2012). Este tema também se relaciona às questões 6, 8 e 9 da dimensão de processo.

A questão 25 especifica a necessidade de envio periódico de relatórios à coordenação do PNCT (CNES), estabelecida pela Portaria 571 (Brasil, 2013). No indicador “B”, detalha a forma de obtenção de medicamentos estabelecida pelo INCA em 60%, segundo Santos et al (2008) e Carvalho (2009).

26. Os implicados expressaram a relevância de se registrar o consumo declarado de cigarros em todas as reuniões; documentar o tratamento na ficha de inscrição, no prontuário e banco de dados; ter sistemas informatizados de registro (prontuário eletrônico ou sistemas de diagnóstico) nos atendimentos de rotina; providenciar relatório periódico à coordenação do PNCT no SUS, para comprovar o uso de insumos e informação estatística, conforme explicitado no modelo lógico.

Durante as reuniões, assinalaram aspectos práticos (e essenciais) da documentação, como a atribuição de papéis e responsabilidades para tais registros. Concluiu-se que os recursos humanos e a carga horária destinada ao serviço precisa incluir este processo de trabalho.

Para os *experts*: “é importante ter no prontuário médico, porque você induz, inclusive, os profissionais a perguntarem” (E3).

[...] é importante você ter registros muito claros daquele diálogo, das informações que aquele fumante está ali abrindo seu coração para dar algumas informações... vamos dizer assim, estar motivada a registrar porque você está gerando um conhecimento, você está fazendo uma análise daquilo que você está implantando (E4).

Quadro 18 (final) – Questionário da Dimensão de Processo: questões de 25 a 27

MATRIZ AVALIATIVA PARA SERVIÇOS PÚBLICOS DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO – INDICADORES DE PROCESSO										
COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
DOCUMENTAÇÃO	25	Os profissionais do serviço realizam controle sistemático dos medicamentos dispensados, solicitando a quantidade de insumos medicamentosos necessários para atendimento aos usuários?				Quais foram as diferentes formas de o usuário obter o medicamento para parar de fumar e em qual proporção estas ocorreram durante o período?	(2) _____% fornecimento no próprio local, subsidiado pelo PNCT ou órgão correspondente (1) _____%fornecimento em local diferente, subsidiado pelo PNCT ou órgão correspondente (2) _____% fornecimento no próprio local, subsidiado pelo próprio serviço (1) _____% aquisição feita pelo próprio usuário, sem nenhum subsídio (1) _____% outras formas de obtenção de medicamentos: _____		a. Não = 0: não há nenhum controle sistemático dos medicamentos dispensados; Em parte = 1: há controle sistemático dos medicamentos dispensados, mas é irregular, não documentado e/ou não sistematizado; Sim = 2: há controle sistemático e documentado dos medicamentos dispensados. b. Para cada modo de o usuário receber o medicamento, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2). Acrescentar mais 1 ponto para 60 a 70% e 2 pontos quando mais de 70% dos pacientes receberem medicamentos com subsídio do PNCT ou órgão similar.	a. Existência de controle sistemático dos medicamentos dispensados, com fornecimento da quantidade de medicamentos necessários para atendimento aos usuários. b. Explicitação das formas de obtenção dos medicamentos prescritos.
	26	Os registros da evolução dos pacientes, no decorrer do programa, são realizados no prontuário ou documento acessível a qualquer profissional de saúde e ao paciente?				Quais são os indicadores sistematicamente registrados ou observados que evidenciam a evolução dos pacientes no decorrer do programa?	(2) teste do teor de monóxido de carbono (CO) expirado (2) mensuração dos níveis de cotinina salivar, sérica ou urinária (2) qual (is) foi (foram) o (s) medicamento (s) de escolha (2) nível de adesão ao (s) medicamento (s) (2) número de sessões oferecidas ao paciente (2) número de sessões das quais participou		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada para pelo menos 80% dos pacientes que frequentam as sessões. b. Para cada indicador explicitado, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2)	a. Existência do registro sistemático, regular e acessível de indicadores que demonstrem a evolução dos pacientes no decorrer do programa. b. Explicitação dos indicadores utilizados para demonstrar a evolução dos pacientes no decorrer do programa.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
DOCUMENTAÇÃO	26	Os registros da evolução dos pacientes, no decorrer do programa, são realizados no prontuário ou documento acessível a qualquer profissional de saúde e ao paciente?				Quais são os indicadores sistematicamente registrados ou observados que evidenciam a evolução dos pacientes, no decorrer do programa?	(2) depoimento/ relato do paciente sobre sua experiência (1) tipo de suporte oferecido (individual ou grupo) (1) automonitoramento (1) mapa de registro de situações que levam a fumar (gatilho) (1) declaração da média diária do número de cigarros consumidos (1) outro _____		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada para pelo menos 80% dos pacientes que frequentam as sessões. b. Para cada indicador explicitado, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2)	a. Existência do registro sistemático, regular e acessível de indicadores que demonstrem a evolução dos pacientes no decorrer do programa. b. Explicitação dos indicadores utilizados para demonstrar a evolução dos pacientes no decorrer do programa.
AVALIAÇÃO	27	O serviço realiza avaliação periódica sobre os processos de trabalho, os resultados obtidos e a estrutura para atingir as suas metas?				Quais são as atividades que evidenciam a realização de avaliações periódicas sobre os processos de trabalho, os resultados obtidos e a estrutura para atingir as metas do serviço?	(1) monitoramento dos indicadores solicitados pelo PNCT (2) discussão dos indicadores obtidos para os relatórios do PNCT (2) seleção de indicadores de estrutura, processo e resultado, além dos solicitados pelo PNCT, que são regularmente monitorados (2) monitoramento dos resultados de cessação dos pacientes atendidos em curto, médio e longo prazos (2) relacionar os resultados obtidos com o perfil do paciente atendido		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Descrição das atividades que evidenciam a realização de avaliações periódicas sobre os processos de trabalho, os resultados obtidos e a estrutura para atingir as metas do serviço. Para cada atividade acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2).	a. Existência de monitoramento e/ou avaliação periódica sobre os processos de trabalho, os resultados obtidos e a estrutura, para atingir as suas metas. b. Explicitação das atividades que evidenciam a realização de avaliações periódicas sobre os processos de trabalho, os resultados obtidos e a estrutura para atingir as metas do serviço

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
AVALIAÇÃO	27	O serviço realiza avaliação periódica sobre os processos de trabalho, os resultados obtidos e a estrutura para atingir as suas metas?				Quais são as atividades que evidenciam a realização de avaliações periódicas sobre os processos de trabalho, os resultados obtidos e a estrutura para atingir as metas do serviço? (2) consideração de outros resultados possíveis, além da cessação do tabagismo, como redução do número de cigarros, mudanças de comportamento, influência na rede de relacionamentos (2) relacionar a estrutura e o processo do próprio serviço, de modo a obter elementos visando a sua reorganização (1) realização de discussão de casos (1) reuniões periódicas da equipe (1) discussão sobre os dados apurados no decorrer dos tratamentos (2) comparação com indicadores de outros serviços (2) comparação com a literatura científica (1) pesquisa de satisfação dos profissionais que participam da equipe (1) outras atividades			a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Descrição das atividades que evidenciam a realização de avaliações periódicas sobre os processos de trabalho, os resultados obtidos e a estrutura para atingir as metas do serviço. Para cada atividade acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2).	a. Existência de monitoramento e/ou avaliação periódica sobre os processos de trabalho, os resultados obtidos e a estrutura, para atingir as suas metas. b. Explicitação das atividades que evidenciam a realização de avaliações periódicas sobre os processos de trabalho, os resultados obtidos e a estrutura para atingir as metas do serviço
			Pontuação do serviço avaliado em processo, ESCALA "A":							
		Pontuação máxima em processo, ESCALA "A":	54			Pontuação máxima em processo, ESCALA "B":	361			

Avaliação (27)

Vinculado ao componente anterior (documentação), as diretrizes para a implementação de programas de tabagismo orientam decidir, desde o início, como serão avaliados e monitorados, sugerindo também auditorias independentes (RNAO, 2007; CDC, 2008; NHS, 2012).

Os *experts* destacaram a significância de se realizar avaliações periódicas baseadas em critérios dentro do contexto, e ajustados ao perfil social e de morbidade da população assistida localmente:

[...] você já tem experiências de outros serviços não só no Brasil, fora do Brasil, eu consigo ter uma noção se esse índice é considerado adequado, ou não/fizemos quantos grupos, ou tantos atendimentos, de que maneira foi feito e qual tem sido nosso resultado, avaliado dentro de um contexto... não só de curto prazo, mas de mais longo prazo um ano depois, porque senão às vezes ela mascara você vai ter um alto índice de interrupção (E2).

[...] eu acho que um serviço que não olha pro que tá fazendo ele não cresce, e aí é um serviço que tá maduro pra fazer isso, porque se ele não tá maduro ele não faz pesquisa, se não ele não olha pro seu resultado ele fica na suposição: eu sou o máximo, maravilhoso (E4).

[...] mas você tem uma população ali que tem um viés grande de comorbidades que vão dificultar. E aquele número que você tem em termos de cessação, ele de certa forma é um número bem satisfatório, se você analisar a literatura, então é importante você ter todas essas variáveis, para você fazer uma avaliação, vamos dizer assim, justa dos resultados (E4).

Experts e implicados expressaram a relevância de “medir o impacto da satisfação do usuário” (E1); o impacto social feito pela rede de relacionamentos dos indivíduos tratados (E3).

Estas manifestações têm reflexo nos princípios da avaliação de promoção da saúde que procuram captar qualidade e efetividade na subjetividade e nos desdobramentos das práticas sociais. Pode ser uma forma de se objetivar tais consequências para a saúde de grupos e comunidades (Akerman, Mendes, Bógus, 2004; Hartz, Vieira da Silva et al, 2005).

5.3.3 A dimensão de resultado

Muitos dos cálculos necessários para responder os indicadores “B” de dimensão de resultados fazem parte do Instrumento B de caracterização do serviço: os pacientes (Quadro 19 em quatro partes). São indicadores já solicitados nos relatórios trimestrais do PNCT (Santos et al, 2008; Brasil, MS, INCA, 2009).

Adesão (1–3)

1. Este indicador de consentimento, inspirado no trabalho de Santos et al (2008), refere-se ao não comparecimento à primeira reunião estruturada após inscrição no programa. Denota o que os *experts* (E1, E3) percebem como “ambivalência do fumante, quando há equilíbrio entre a motivação e a ação”. Também pode expressar distanciamento entre a expectativa do sujeito e o que o serviço oferece, sendo necessário avaliar se o modelo proposto tem eco no perfil sociocultural de seus usuários (Costa e Silva et al, 2013).

[...] se você for perguntar, a maioria dos fumantes 80% pensa em parar de fumar e gostaria de ser chamado para iniciar um tratamento. Mas depois que você chama pelo menos 20 a 30% não vem. Então essa adesão depende muito do grau de ambivalência do fumante, que é essa relação entre a vontade de parar e o desejo de fumar que muitas vezes está equilibrada, e aí a pessoa não sai do lugar ou está desfavorecida em função do grande medo e os receios que tem em parar de fumar. E aí não procura ou adia procurar, um dia eu vou procurar; um dia eu vou parar (E1).

Quadro 19 – Questionário da Dimensão de Resultado: questões de 1 a 6.

MATRIZ AVALIATIVA PARA SERVIÇOS PÚBLICOS DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO – INDICADORES DE RESULTADO

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESPONDER A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESPONDER SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
ADESÃO	1	Há registro do número de fumantes atendidos na avaliação inicial, antes de iniciar o programa, bem como do comparecimento aos encontros subsequentes?				Qual é a proporção de participantes que passaram pela avaliação inicial do fumante e efetivamente participaram da primeira sessão, durante o período?	PERCENTUAL DE CONSENTIMENTO: Número de usuários tabagistas ≥ 18 anos que compareceram à primeira sessão em determinado local e período Número de usuários tabagistas ≥ 18 anos que passaram por avaliação inicial no mesmo local e período x 100		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. (0) < 60%; (1) 60 a 80%; (2) >80%.	a. Existência de registros do número de fumantes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica. b. Percentual de consentimento, definido como percentual de pacientes que compareceram à primeira sessão estruturada, entre os que passaram por avaliação inicial.
	2	Há estratégias regulares de busca ativa dos pacientes que pararam de usar o serviço?				Qual é a proporção de pacientes que participaram da primeira sessão e que não estavam presentes na quarta sessão estruturada, durante o período?	PERCENTUAL DE ABANDONO: Número de usuários tabagistas ≥ 18 anos que não compareceram à quarta sessão em determinado local e período Número de usuários tabagistas ≥ 18 anos que compareceram à primeira sessão no mesmo local e período x 100		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. (2) < 20%; (1) 20 a 40%; (2) >40%.	a. Existência de ação sistemática de busca ativa dos faltosos. b. Percentual de abandono, definido como a proporção de pacientes que participaram da primeira sessão e não estavam presentes na quarta sessão estruturada.
	3	Há registro sobre o modo como os pacientes atendidos tomaram conhecimento do serviço?				Como as pessoas inscritas souberam da existência do serviço durante o período? Qual é a proporção de cada referência?	(___%) médico (___%) psicólogo (___%) farmacêutico (___%) enfermeiro (___%) familiar (___%) cuidador (___%)		a. Não = 0: não há registro; Em parte = 1: há o registro, porém é irregular, não documentado e/ou não sistematizado; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Relativo à somatória das proporções dos profissionais de saúde citados: (0) < 50%; (1) 50 a 75%; (2) >75%.	a. Existência de registro que permita calcular a proporção de pessoas que foi aconselhada a procurar ajuda do serviço, especialmente por um profissional de saúde. Considerar como desejável no mínimo 50% por profissionais de saúde. b. Proporção de cada indicação: %= (Número de pessoas que citou cada modalidade/ Número total de pessoas matriculadas x 100). Obs.: considerar também a influência da família, amigos, colegas, meios de divulgação.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
CESSAÇÃO IMEDIATA	4	O <i>status</i> de cessação do tabaco relatado pelo paciente na quarta sessão estruturada é verificado e registrado?				Qual foi a porcentagem de cessação do fumo na quarta sessão estruturada, obtida por autorrelato, verificada no período?	PERCENTUAL DE CESSAÇÃO IMEDIATA: Número de fumantes que relataram estar sem fumar na quarta sessão estruturada em determinado local e período/ (Número de fumantes atendidos na primeira sessão) x 100		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. (0) < 35%; (1)35 a 60%; (2) >60%.	a. Existência do registro de <i>status</i> de cessação de tabaco na quarta semana de sessão estruturada. b. Percentual de cessação na quarta semana de sessão estruturada, definido como a proporção de pacientes que participaram da quarta sessão e estavam sem fumar, com relação aos presentes na primeira sessão.
	5	O <i>status</i> de cessação relatado pelo paciente que parou de fumar na quarta sessão estruturada é conferido com o teste de CO do ar expirado?				Qual foi a porcentagem de cessação do tabagismo na quarta semana de sessão estruturada, obtida por dupla verificação (autorrelato e leitura do CO)?	PERCENTUAL DE CESSAÇÃO OBTIDA POR DUPLA VERIFICAÇÃO: Número de fumantes tratados que relataram haver parado até a quarta sessão estruturada*em determinado local e período, cuja leitura do CO expirado é inferior a 10ppm / Todos os fumantes tratados que relataram haver parado de fumar * Um fumante tratado cuja leitura de CO é avaliada no momento da quarta sessão estruturada (-3 ou + 14 dias), e cuja leitura de CO expirado é inferior a 10 ppm.		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. (0) < 25%; (1)25 a 60%; (2) >60%.	a. Existência da aplicação do teste de CO expirado aos pacientes que relataram haver parado de fumar na quarta semana de sessão estruturada. b. Percentual de cessação com dupla verificação, definida como a proporção de pacientes tratados que relataram haver parado até a quarta sessão estruturada*em determinado local e período, cuja leitura de CO expirado é inferior a 10ppm

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
CESSAÇÃO IMEDIATA	6	O serviço verifica junto aos usuários que pararam e os que não pararam de fumar quais as diferenças observadas em suas vidas, para além do processo de parar de fumar, no final da quarta sessão estruturada?				Quais são os recursos utilizados pelo serviço nessa verificação?	(2) aplicação de questionário de qualidade de vida. Citar qual: _____ (2) aplicação de pesquisa de avaliação do programa junto aos usuários do serviço (2) aplicação de pesquisa de satisfação do usuário (2) discussão em grupo focal ou dinâmica de grupo (1) conversas informais (1) outros recursos _____		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Para cada recurso utilizado, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2)	a. Existência de recursos que evidenciem resultados para além da cessação ou não do tabagismo junto aos usuários do serviço, como forma de trazer ao consciente e de se conhecer outros resultados possíveis, decorrentes do processo de cuidado em saúde, que possam interferir no modo de viver. b. Explicitação dos recursos utilizados para colocar em evidência outros efeitos do processo de tentar parar de fumar

Na experiência de Minas Gerais (Santos et al, 2008) este indicador ficaria em torno de 87%. Já *experts* e implicados o assinalaram entre 70 e 80%. Na literatura, a NHS toma como parâmetro 84,5%, o que significa que entre 15 e 30% dos que se inscrevem podem não comparecer à primeira reunião.

2. A proporção de pacientes que participaram da primeira sessão e que não estavam presentes na quarta sessão estruturada é um dos indicadores solicitados trimestralmente aos serviços cadastrados no PNCT (CNES) (Brasil, 2009, 2013): no artigo de Santos et al (2008), 27%; entre os *experts*, 20%; e na experiência dos implicados, 30%.

Para os *experts*, é relevante apontar sinais de alerta:

[...] a adesão retrata um pouco essa efetividade porque eu só posso ser eficaz se eu tiver as pessoas entrando no tratamento, então se eu não tenho uma adesão em determinado ponto, é importante ter esse mapeamento até para se fazer uma investigação (E4).

Também entre os implicados:

[...] que antes de tentar fazê-los parar, eles não estão aqui. Não adianta ter um monte de técnica, estudar tanto se o fumante não fica (I2) [...].

Diretrizes orientam intervenções de reengajamento dos que abandonaram o tratamento (NHS, 2013), preocupação expressa tanto por implicados (que planejaram estratégias durante as reuniões) quanto por *experts*. Estes também recomendaram uma análise dos motivos do abandono passíveis de ser modificados pela reorganização do serviço.

3. A recomendação para que profissionais de saúde sensibilizem rotineiramente seus pacientes e usuários desses serviços, além da influência de pessoas importantes para os sujeitos, podem ser expressas neste resultado.

A valorização de todos os grupos entrevistados para tais aspectos apontou a importância deste indicador.

Cessaçã o imediata (4–6)

4. Este indicador, também solicitado trimestralmente nos consolidados ao PNCT (CNES), mede o percentual de cessação: a proporção dos fumantes que participaram da primeira sessão estruturada e que estavam sem fumar na quarta sessão estruturada. Os parâmetros foram estabelecidos a partir de Santos et al (2008) – em Minas Gerais, 49% dos presentes na primeira sessão estavam sem fumar na quarta sessão. No mesmo ano, a média anual nacional foi de 52%. Como é importante que as formas de medir sejam uniformizadas, embora concordemos com Santos (2008) sobre a precocidade de se mensurar resultados de cessação na quarta semana de sessão estruturada, optamos por adotar estes parâmetros e não os internacionais, cujo critério é verificar a cessação imediata quatro semanas após o “dia D – *quit date*”. No Reino Unido, a média vem se mantendo em 49% (NICE, 2008; NHS, 2012; Health and Social Care Information Centre, 2012).

Um dos *experts* chamou a atenção de que 20% de cessação seria mais que razoável, pois já são “seis vezes mais do que a possibilidade de a pessoa parar sozinha” (E1). Já entre os implicados discutiu-se que quanto maior a permanência, mais chance de o usuário parar.

5. Embora o PNCT não forneça aparelhos medidores do monóxido de carbono expirado (COex), alguns serviços já adotam este controle, também recomendado em consensos nacionais e internacionais, que reportam menor prevalência de cessação quando há dupla verificação (NICE, 2006, 2008; Reichert, 2008; Araújo et al, 2012; Health and Social Care Information Centre, 2012). Por esta razão, com base na recomendação dos *experts*, implicados e das impressões positivas dos usuários, relatadas nas entrevistas, sugere-se este procedimento, bem como o indicador.

6. *Experts*, usuários e implicados abordaram amplamente as vantagens de parar de fumar, ou de diminuir a quantidade de cigarros, ou até mesmo de participar do tratamento. A questão número 6 busca introduzir tais aspectos, que também têm afinidade

com os princípios da promoção da saúde (Brasil, 2001c, 2006; Hartz, Vieira da Silva, 2005).

Medicamentos e insumos (7–9)

7. O percentual de pacientes que usaram algum medicamento é solicitado aos credenciados do PNCT. Santos et al (2008) constataram que nos municípios onde 60% dos pacientes receberam medicamentos, houve taxas de cessação maiores do que 50%.

Os *experts* consideraram, como já mencionado, que “hoje os dependentes são muito graves; o acesso à medicação tem de melhorar (E4)”.

Entre os implicados concordou-se que “quem não recebe a medicação desiste muito mais do que quem a recebe, e o medicamento é o grande motivador para a pessoa voltar”.

Como há conhecimento de serviços que usam diferentes fontes de fornecimento de insumos medicamentosos, a questão número 8 aprofunda as fontes de fornecimento dos medicamentos como forma de verificar um fator externo que pode interferir nos resultados de cessação, e também saber se o serviço presta contas adequadamente.

9. A questão busca conhecer a regularidade e quantidade de recebimento e a utilização de material educativo do PNCT.

Quadro 19 (continuação) – Questionário da Dimensão de Resultado: questões de 7 a 13

MATRIZ AVALIATIVA PARA SERVIÇOS PÚBLICOS DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO – INDICADORES DE RESULTADO										
COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
MEDICAMENTOS E INSUMOS	7	Há registros do uso de medicamentos pelos pacientes, de modo a acompanhar a evolução no decorrer do programa?				Qual foi a proporção de pacientes que usaram algum medicamento para parar de fumar durante o período?	PERCENTUAL DE PACIENTES QUE USARAM ALGUM MEDICAMENTO: Número de usuários tabagistas \geq 18 anos que receberam tratamento medicamentoso* durante as sessões estruturadas em determinado local e período/ Número de usuários tabagistas \geq 18 anos que participaram da primeira sessão no mesmo local e período x 100 *fumantes que fumam 20 ou mais cigarros por dia; que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia; com escore do teste de Fagerström igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional; 4. fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, sem êxito.		a. Não = 0: não há nenhum registro dos medicamentos usados pelos pacientes; Em parte = 1: há registro dos medicamentos usados pelos pacientes, mas é irregular, não documentado e/ou não sistematizado; Sim = 2: há registro sistematizado e regular dos medicamentos usados pelos pacientes. b. (0) <50%; (1) 50 a 70%; (2) >70%.	a. Existência de registros dos medicamentos usados pelos pacientes, de modo a acompanhar a evolução no decorrer do programa. b. Explicitação da proporção de pacientes que usaram algum medicamento durante o período estudado.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
MEDICAMENTOS E INSUMOS	8	O recebimento de medicamentos do PNCT é regular e suficiente para atender a necessidade?				Qual foi a proporção de pacientes que receberam algum medicamento, com relação ao total de pacientes com indicação de receber medicamentos, durante o período?	PERCENTUAL DE PACIENTES QUE RECEBERAM MEDICAMENTO DO PNCT: Número de usuários tabagistas ≥ 18 anos que receberam tratamento medicamentoso do PNCT* durante as sessões estruturadas em determinado local e período/ Número de usuários tabagistas ≥ 18 anos com indicação de receber tratamento medicamentoso no mesmo local e período x 100 *fumantes que fumam 20 ou mais cigarros por dia; que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia; com escore do teste de Fagerström igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional; 4. fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, sem êxito.		a. Não = 0: não há recebimento de medicamentos do PNCT; Em parte = 1: o recebimento de medicamentos do PNCT é irregular e/ ou insuficiente para as necessidades dos pacientes; Sim = 2: o recebimento de medicamentos do PNCT é regular e suficiente. b.. (0) < 70%; (1) > 70%; (2) = 100%.	a. Recebimento regular e suficiente de insumos medicamentosos, para atender a todos os pacientes com indicação de receber medicamentos. b. Explicitação da proporção de pacientes que usaram algum medicamento durante o período.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
MEDICAMENTOS E INSUMOS	9	O recebimento de material educativo do PNCT é regular e suficiente para atender a necessidade?				Qual foi a proporção de pacientes que recebeu material educativo do PNCT, com relação ao total de pacientes com indicação de receber o material, durante o período?	PERCENTUAL DE PACIENTES QUE RECEBERAM MATERIAL EDUCATIVO DO PNCT: Número de folhetos e manuais educativos do PNCT distribuídos durante as sessões estruturadas em determinado local e período/ Número de folhetos e manuais educativos do PNCT necessários, no mesmo local e período x 100		a. Não = 0: não há recebimento de material educativo do PNCT; Em parte = 1: o recebimento de material educativo do PNCT é irregular e/ ou insuficiente para as necessidades; Sim = 2: o recebimento de material educativo do PNCT é regular e suficiente. b. (0) < 70%; (1) > 70%; (2) = 100%	a. Recebimento regular e suficiente de material educativo, do PNCT, para atender a todos os pacientes participantes do programa de tratamento do tabagismo. b. Explicitação da proporção de pacientes que receberam material educativo do PNCT durante o período.
PROFISSIONAIS	10	Os profissionais da Instituição conhecem a existência do serviço e sabem como abordar e encaminhar pacientes?				Quais foram as iniciativas do serviço para que todos os profissionais da instituição conheçam a existência do serviço e saibam como abordar e encaminhar pacientes?	(2) treinamento específico de sensibilização (2) colocação de lembretes em impressos específicos de atendimentos de rotina (2) elaboração de protocolos (2) disseminação do conceito de não culpabilização do indivíduo tabagista (2) disseminação do conceito de encorajamento ao tabagista (1) realização de campanhas e/ou eventos internos (1) mensagens por e-mail aos profissionais da instituição (1) outra iniciativa		a. Não = 0: nenhum profissional da Instituição, exceto os diretamente envolvidos, demonstra conhecer a existência do serviço de tratamento do tabagismo; Em parte = 1: alguns profissionais da Instituição demonstram conhecer a existência do serviço de tratamento do tabagismo e/ ou sabem como encaminhar pacientes; Sim = 2: todos os profissionais da Instituição demonstram conhecer a existência do serviço de tratamento do tabagismo e sabem como encaminhar pacientes. b. Para cada iniciativa observada, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2)	a. Todos profissionais da Instituição (100%) conhecem a existência do serviço de tratamento do tabagismo e sabem como encaminhar pacientes. b. Explicitação de iniciativas observadas para favorecer que todos os profissionais da Instituição conheçam o tema do tabagismo e, agindo com respeito e consideração, saibam encaminhar pacientes para o serviço de tabagismo.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
PROFISSIONAIS	11	Os profissionais que atuam diretamente no serviço têm capacitação específica no tratamento intensivo do tabagismo?				Qual é a distribuição dos profissionais segundo o tempo de experiência no tratamento do tabagismo?	(1) menos de 25% dos profissionais têm até dois anos de experiência no tratamento do tabagismo; (2) entre 25% a 50% dos profissionais têm dois a três anos de experiência no tratamento do tabagismo; (2) mais de 50% dos profissionais têm três ou mais anos de experiência no tratamento do tabagismo.		a. Não = 0: não há profissionais capacitados pelo PNCT; Em parte = 1: há um profissional capacitado pelo PNCT; Sim = 2: há 50% ou mais profissionais capacitados no tratamento intensivo do tabagismo. b. Para cada tempo de experiência, acrescentar os pontos correspondentes.	a. Portaria 571: existência de pelo menos um profissional capacitado pelo PNCT. Padrão: pelo menos 50% dos profissionais (CDC) b. Pelo menos 50% dos profissionais com mais de 2 anos de experiência. Recomenda-se haver profissionais com menor experiência (renovação da equipe)
DADOS	12	O serviço sistematizou os dados de caracterização do perfil dos pacientes atendidos no período?				Quais foram as características sistematizadas?	(1) gênero (1) cor (1) escolaridade (1) profissão (1) renda (1) tipo de tabaco consumido (1) razões para fumar (1) razões para parar (1) status de tabagismo (1) teste de Fargeström (1) grau de motivação (1) outra característica		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Para cada característica registrada, acrescentar 1 ponto.	a. Existência de sistematização dos dados de caracterização do perfil dos pacientes atendidos no período. b. Explicitação das características sistematizadas, permitindo assim a análise do perfil dos usuários do serviço, de modo a relacionar com as variáveis de resultados de cessação obtidos.
	13	O serviço analisou a relação entre sucesso na cessação imediata e outras variáveis, como o uso ou não de medicamentos, comorbidades e/ou características dos pacientes atendidos no período?				Quais foram as relações analisadas?	(2) cessação x faixa etária, gênero e/ou etnia (2) cessação x escolaridade, profissão e/ou renda (2) cessação x nível de dependência e/ou grau de motivação (2) cessação x comorbidades (2) cessação x uso ou não de algum medicamento (1) cessação x razões para parar (1) cessação x tipo de tabaco consumido (1) cessação x estratégia de abordagem (1) outra relação		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Para cada relação realizada, acrescentar os pontos correspondentes (alguns valem 2 pontos).	a. Existência de sistematização dos dados da relação entre aspectos do perfil dos pacientes atendidos no período e os resultados obtidos nas suas tentativas de parar de fumar. b. Explicitação das correlações realizadas e analisadas, favorecendo o estabelecimento de estratégias específicas e a tomada de decisão de reorganização do serviço, visando alcançar mais sucesso na cessação.

Profissionais (10–11)

10. Verifica a forma de envolvimento dos profissionais que não atuam na cessação de tabagismo com o tema, bem como as ações dos profissionais do serviço para sensibilizar estas pessoas. Tal forma é valorizada tanto por *experts* quanto por implicados (Starr et al,2005):

[...] uma logística que todos os médicos e outros profissionais encaminhem, perguntem, aconselhem e motivem, encaminhem os pacientes internados porque é um tema que é transversal para dentro da unidade (E3) [...].

11. A capacitação específica já foi mencionada (Iglesias et al, 2008; NICE, 2008) e está solicitada no Instrumento C (Quadro 15), com o parâmetro de 50% (CDC, 2008):

[...] eu acho que essa é fundamental porque o profissional bem capacitado ele tem essa noção do todo, ele sabe o que ele deve fazer e ele não foca só em uma coisa única quer dizer, então ele conhece bem o processo para ajudar ou ele pode conhecer todo esse processo para ajudar o paciente a parar de fumar (E2).

Dados (12–13)

O tema está também contemplado nas questões 6, 8 e 9 de processo e 1, 3, 4, 6 e 7 de resultados.

As questões 12 e 13 investigam a capacidade do serviço de refletir no seu próprio desempenho, estabelecendo correlações para além dos consolidados trimestrais solicitados pelo PNCT. E também a sistematização dos dados da relação entre aspectos do perfil dos pacientes atendidos no período e os resultados obtidos nas suas tentativas de parar de fumar (Santos et al, 2005).

Quadro 19 (continuação) – Questionário da Dimensão de Resultado: questões de 14 a 19

MATRIZ AVALIATIVA PARA SERVIÇOS PÚBLICOS DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO – INDICADORES DE RESULTADO										
COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESPONDER A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESPONDER SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
CESSAÇÃO A LONGO PRAZO	14	O <i>status</i> de cessação do tabaco no decorrer do tempo, após a quarta sessão estruturada, é verificado e registrado?				Qual foi a porcentagem de cessação do tabagismo aos 3, e/ou 6 meses, e/ou 1 ano, obtida por autorrelato, verificada no período?	PERCENTUAL DE CESSAÇÃO A LONGO PRAZO: Número de fumantes que relataram estar sem fumar aos 3 meses (e/ou 6 meses e/ou 12 meses após a 4ª sessão estruturada, em determinado local e período/ Número de fumantes atendidos na 1ª sessão x 100		<p>a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada.</p> <p>b. para 3 meses: (0) < 30%; (1) 30 a 50%; (2) > 50% para 6 meses: (0) < 10%; (1) 10 a 30%; (2) > 30% para 1 ano: (0) < 5%; (1) 5 a 10%; (2) > 10%</p>	<p>a. Existência do registro de <i>status</i> de cessação de tabaco na quarta semana de sessão estruturada.</p> <p>b. Percentual de cessação 3, 6 e/ou 12 meses após a 4ª sessão estruturada, definido como a proporção de pacientes que foram contatados em cada um destes momentos e que estavam sem fumar, com relação aos presentes na 1ª sessão (o ponto de partida).</p>
	15	O serviço incentiva a participação de ex-fumantes no apoio aos fumantes que se inscreveram no programa?				Quais são as formas de participação de ex-fumantes no apoio aos fumantes?	(2) participação na divulgação do serviço (2) participação através de depoimentos em reunião e/ou gravados (2) adoção de sistema de apadrinhamento (1) participação na organização do atendimento		<p>a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada.</p> <p>b. Para cada forma de participação observada, acrescentar os pontos correspondentes.</p>	<p>a. Existência da participação de ex-fumantes no incentivo a novos tabagistas que estão tentando parar, como forma de incentivo a ambos (fumantes e ex-fumantes) para que parem de fumar e mantenham-se sem cigarro.</p> <p>b. Descrição das formas de participação de ex-fumantes no apoio aos fumantes que estão ingressando no programa</p>

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESPOSTAR A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESPOSTAR SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
CULTURA INSTITUCIONAL	16	A Instituição apoia as iniciativas do serviço para a disseminação e conscientização de seus colaboradores e de usuários sobre o tema do tabagismo?				Quais foram as iniciativas apoiadas pela Instituição, que refletem seu comprometimento com o tema do tabagismo durante o período?	(2) apoio na manutenção da Instituição como livre do tabaco (2) apoio à atividades didáticas (2) patrocínio de eventos e cursos (2) financiamento de capacitação específica aos profissionais do serviço (2) apoio na participação em congressos (2) apoio na confecção de folhetos, cartazes ou folders (2) suprimento de medicamentos no caso de atraso ou falta de fornecimento regular do PNCT (2) favorecimento do tratamento dos profissionais da Instituição (2) apoio ao treinamento de profissionais das áreas de recepção/ acolhimento, registro, agentes de saúde (2) apoio ao treinamento de profissionais das áreas de enfermagem, serviço social, farmácia, psicologia, odontologia, medicina. (2) outras iniciativas _____		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Para cada iniciativa observada, acrescentar 2 pontos.	a. Existência de ações que reflitam a posição das lideranças da Instituição no apoio à cessação do tabagismo. b. Descrição de iniciativas institucionais possíveis no apoio e disseminação do tema da cessação do tabagismo

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
REORGANIZAÇÃO	17	O serviço considera resultados de melhora e de consequências nas condições de saúde e de vida manifestadas pelos usuários, para além do processo de cessação?				Quais resultados de melhora e de consequências nas condições de saúde e de vida, manifestadas pelos usuários do serviço em suas tentativas de parar de fumar, foram observados e/ou documentados no período?	(1) economia (redução dos custos) (1) respirar melhor (1) ficar menos cansado (1) mudança na alimentação (1) melhora do paladar (1) fazer atividade física (1) melhora da autoestima (1) melhora do olfato (1) maior proximidade física das pessoas por não exalar odor de cigarro (1) ganho de peso (1) reeducação alimentar (1) menor consumo de café (1) melhora do odor corporal (1) melhora do hálito (1) melhora do cheiro das próprias roupas (1) não incomodar as pessoas (1) dificuldade em emagrecer (1) aumento da pressão arterial em consequência do aumento de peso (1) aumento da ingestão de chocolate e açúcar (1) deixar de frequentar o grupo (1) não haver se identificado com determinada intervenção profissional (1) culpar-se por não haver parado de fumar (1) ampliação da conscientização (1) a sensação de vitória por haver conseguido parar		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Para cada iniciativa observada, acrescentar 1 ponto.	a. Consideração sistematizada, por parte do serviço, de auscultas dos efeitos advindos do processo de parar de fumar, na concepção do indivíduo como um todo e na influência que o processo tem na vida das pessoas, com resultados de melhora e de consequências para as condições de saúde e de vida, manifestadas pelos usuários do serviço em suas tentativas de parar de fumar b. Descrição de possíveis resultados de melhora das condições de saúde e de vida manifestados pelos usuários do serviço em suas tentativas de parar de fumar.

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PADRÃO/PARÂMETRO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"				
REORGANIZAÇÃO	17	O serviço considera resultados de melhora e de consequências nas condições de saúde e de vida manifestadas pelos usuários, para além do processo de cessação?				Quais resultados de melhora e de consequências nas condições de saúde e de vida, manifestadas pelos usuários do serviço em suas tentativas de parar de fumar, foram observados e/ou documentados no período?	(1) o apoio da família (1) ser menos crítico com outros fumantes e procurar ajudá-los (1) conscientização em grupo (1) ter recursos pessoais para enfrentar o desejo de fumar (1) sentir-se apoiado para manter a decisão		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Para cada iniciativa observada, acrescentar 1 ponto.	a. Consideração sistematizada, por parte do serviço, de ausculta dos efeitos advindos do processo de parar de fumar, da concepção do indivíduo como um todo e da influência que o processo tem na vida das pessoas, com resultados de melhora e de consequências para as condições de saúde e de vida, manifestadas pelos usuários do serviço em suas tentativas de parar de fumar. b. Descrição de possíveis resultados de melhora das condições de saúde e de vida manifestados pelos usuários do serviço em suas tentativas de parar de fumar.
	18	O serviço faz modificações no processo de trabalho e nas parcerias, em consonância com as necessidades dos usuários atendidos?				Quais foram as principais modificações na reorganização do serviço e nas parcerias, em consonância com as necessidades dos usuários atendidos no período?	Descrever cada modificação constatada, atribuindo 2 pontos.		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. Para cada modificação constatada, acrescentar 2 pontos.	a. Esforços de reorganização do serviço ao longo do tempo, para contemplar necessidades dos usuários, em função de alterações em seu perfil, para se atender mais e melhor, de modo ampliado, quebrando a tendência de se repetir o modelo de modo rotineiro. b. Descrição de cada modificação citada, que tenha sido observada e constatada.
	19	O serviço possui estratégias de captação dos pacientes que se perderam do seguimento de rotina?				Qual foi a proporção dos pacientes que se perderam do seguimento de rotina que o serviço conseguiu abordar durante o período?	Percentual de pacientes que se perderam do seguimento e que foram abordados pelo serviço: Número de pacientes que se perderam do seguimento de rotina e foram contatados pelo serviço em determinado local e período/ Número de pacientes que se perderam do seguimento de rotina no mesmo local e período x 100		a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa; Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada. b. (0) < 50%; (1) 50% < 70%; (2) = > 70%	a. Existência de iniciativas para localizar e abordar os pacientes que se perderam ao longo do seguimento de rotina, como forma de oferecer e estimular novas tentativas de parar de fumar, caso não tenham parado ou tenham tido recaídas. b. Percentual dos pacientes que foram contatados, abordados no período.

Cessação em longo prazo (14–15)

14. Os dados desta questão baseiam-se no Instrumento B (Quadro 14). Apontam a necessidade de documentação do acompanhamento para além da quarta sessão estruturada, aos 3, 6 e 12 meses, considerando que o maior número de recaídas ocorre nos primeiros meses após a cessação (Stead, Lancaster, 2005; Santos et al, 2008) e com a intenção de que os serviços acompanhem seus pacientes no decorrer do tempo, ainda que haja perdas de contato durante longos períodos. Esta é uma forma sistematizada de resgatar quem gostaria de tentar novamente ou que tenha tido recaída.

15. Esta questão baseou-se na experiência dos implicados, na participação de voluntários para sensibilização do público em sala de espera, no ambiente hospitalar, na gravação de depoimentos veiculados na internet e nos testemunhos das reuniões de grupo, além de “projeto-padrinho”, atividades relatadas pelos implicados nos grupos focais. Também tem afinidade com a manifestação de usuários do serviço que se mantêm abstinentes e que gostariam de dar o seu depoimento.

Cultura institucional (16)

16. Questão inspirada nas manifestações de *experts* e usuários sobre a necessidade de apoio e de se criar uma cultura institucional, considerando que o tabagismo não é assunto para poucas pessoas. Divulga ações possíveis que possam refletir o apoio das lideranças da Instituição no tratamento do tabagismo.

Reorganização (17–19)

Muitas questões da matriz estimulam ou investigam a capacidade de reorganização do serviço, como o item 11 de caracterização do serviço (Quadro 13).

17. Questão inspirada nos relatos dos usuários sobre outros desdobramentos na saúde e no seu modo de tocar a vida,

advindos da sua experiência em tentar parar de fumar com apoio profissional.

18. Investiga os esforços de reorganização do serviço ao longo do tempo, para contemplar as necessidades dos usuários devido a alterações em seu perfil, visando atender mais e melhor, de modo ampliado, quebrando a tendência de repetir o modelo de forma rotineira.

19. Quantifica as iniciativas para localizar e abordar os pacientes que se perderam ao longo do seguimento de rotina, como forma de oferecer e estimular novas tentativas de parar de fumar, caso não tenham parado ou tenham tido recaídas.

Conhecimento (20–22)

As questões 20, 21 e 22 têm como base a produção e o compartilhamento de conhecimento, as relações de poder e a divisão de papéis no contexto multidisciplinar, além do interesse do serviço na satisfação dos seus profissionais.

Quadro 19 (final) – Questionário da Dimensão de Resultado: questões de 20 a 22

MATRIZ AVALIATIVA PARA SERVIÇOS PÚBLICOS DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO – INDICADORES DE RESULTADO									
COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"			
CONHECIMENTO	20	Houve produção de publicações, reportagens, relatos, comunicações ou atividades de treinamentos, capacitações, estágios ou similares, para transmitir o conhecimento e a experiência do serviço?				Qual foi a produção de publicações, reportagens, relatos, comunicações ou atividades de treinamentos, capacitações, estágios ou similares, para transmitir o conhecimento e a experiência do serviço, no período?	Descrever cada produção ou atividade constatada, atribuindo 2 pontos.		<p>a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa;</p> <p>Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas;</p> <p>Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada.</p> <p>b. Para cada produção ou atividade constatada, atribuir 2 pontos.</p>
	21	Há interação multidisciplinar nas atividades de rotina do serviço?				Como se expressou a interação multidisciplinar nas atividades de rotina do serviço, durante o período?	(2) planejamento negociado e definido por consenso entre diferentes profissionais (2) execução das intervenções em equipe (2) comunicação compartilhada em equipe (2) definição conjunta do papel de cada profissional na especificidade de cada saber (2) resolução compartilhada de problemas		<p>a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa;</p> <p>Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas;</p> <p>Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada.</p> <p>b. Para cada atividade em equipe multidisciplinar constatada, atribuir 2 pontos.</p>

(continua)

(continuação)

COMPONENTE	Nº	INDICADORES "A"	ESCALA "A"			INDICADORES "B"	ESCALA "B"	PONTOS "B"	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO
		RESponder A TODAS AS QUESTÕES ABAIXO	NÃO 0	EM PARTE 1	SIM 2	RESponder SOMENTE QUANDO A RESPOSTA AO INDICADOR "A" FOR "EM PARTE" OU "SIM"			
CONHECIMENTO	22	É realizada alguma investigação sobre a satisfação dos profissionais?				Quais aspectos foram considerados satisfatórios pelos profissionais no período?	Descrever os aspectos satisfatórios considerados pelos profissionais do serviço, atribuindo 1 ponto para cada aspecto.		<p>a. Não = 0: não se observa nenhuma iniciativa Em parte = 1: observa-se iniciativas, porém são irregulares, não documentadas e/ou não sistematizadas; Sim = 2: a iniciativa é observada e está sistematizada e documentada.</p> <p>b. Para cada aspecto satisfatório expresso pelos profissionais do serviço, atribuir 1 ponto.</p>
Pontuação do serviço avaliado em resultado, ESCALA "A":						Pontuação do serviço avaliado em resultado, ESCALA "B":			MEDIDAS NECESSÁRIAS E PRAZOS PARA MELHORAR A QUALIDADE DO RESULTADO:
Pontuação máxima em resultado, ESCALA "A":			44			Pontuação máxima em resultado, ESCALA "B":		272 + pontos extras	

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na pesquisa avaliativa de serviços de saúde define-se a qualidade, valida-se instrumentos para avaliar a qualidade e se realiza a avaliação propriamente dita (Nemes, 2001; Tanaka, 2004).

Nesta pesquisa, definimos a qualidade e criamos um instrumento de avaliação. A matriz proposta busca medir intervenções que fortaleçam as capacidades dos indivíduos em tentar parar de fumar e apoiem profissionalmente os que desejam ajudá-los.

A pesquisadora era uma das integrantes da equipe do serviço estudado. O desenho metodológico envolveu abordagens complementares entre si de estudo de caso, triangulação de dados e métodos, estratégia de pesquisa-ação, participação de implicados, construção de modelo lógico, recurso a especialistas e formadores de opinião, com a finalidade de assegurar a confiabilidade e a validade das análises que o compuseram.

Tendo como princípio a perspectiva ampliada da promoção da saúde, construímos uma matriz avaliativa para serviços de tratamento do tabagismo, concebida para proporcionar autonomia aos profissionais. Assim, eles têm meios de identificar o quanto as práticas assistenciais que desenvolvem se aproximam (ou se distanciam) das bases da promoção da saúde e das evidências no tratamento do tabagismo. A proposta da matriz avaliativa é ser um instrumento de aprendizado e desenvolvimento pessoal/profissional, que facilite o movimento de reflexão-ação para reorientar as práticas de cuidado.

Ao ampliar a análise para além dos importantes indicadores tradicionalmente solicitados pelo PNCT, a matriz elaborada dirige-se ao fortalecimento (*empowerment*) dos envolvidos (profissionais e usuários). Ajuda a estabelecer papéis e responsabilidades na reorientação de aspectos que possam influenciar o desempenho no acesso, acolhida, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pessoas que desejam parar de fumar.

As características do processo de construção da matriz de indicadores descrito neste estudo demonstrou potencial para estimular a participação crítica, o protagonismo e o envolvimento dos *stakeholders*, por exemplo, na escolha dos indicadores, na lista de atividades e de resultados, e pelo desenho esquemático de um modelo lógico, como propõe Hartz (1999; 2005), passo inicial de todo o processo.

Os indicadores da matriz foram elaborados, considerando as diretrizes nacionais e internacionais, as percepções de diferentes atores sobre o que é qualidade no tratamento do tabagismo, além das orientações do PNCT.

Por essa razão, enquanto abrem-se em um leque de possibilidades de suas inúmeras opções, algumas reconhecidamente muito distantes da realidade dos serviços existentes, pode, ao mesmo tempo, contemplar diferentes cenários na direção de como se aprimorar, aprendendo quais são estas melhores práticas e, por que não, aprimorar seus próprios processos e exigir condições para realizá-los.

O presente estudo permitiu compreender que os elementos que indicam, ou não, a qualidade de um serviço de tratamento do tabagismo, quando ampliado para a promoção da saúde, têm fundamento na cultura institucional, na qualificação de profissionais e no desempenho de técnicas comportamentais – na forma de acolher, respeitar, encorajar, resgatar, reinserir. Neste aspecto, temos a percepção de que falta certa energia ígnea para se lidar com questões comportamentais, quando envolvem doenças crônicas.

De fato, para envolver o paciente é necessário que o serviço esteja comprometido. As atividades precisam de “alma”, sem a qual se reduzem a um *script*. Compromisso, envolvimento e técnica. Estar alerta para evitar a acomodação da rotina diária, promovendo a cultura de contribuição pela opinião, pela atitude que faz diferença nos processos e resultados, e na capacidade de

organização, em instalações e equipamentos adequados, entre outros indicadores. Tais elementos necessitam mais do que leis, manuais e diretrizes. Mais que profissionais que se envolvam com o tema e empenhem a sua energia em meio a tantas outras atividades, tão prioritárias. Necessitam investimento e capital humano.

A matriz de indicadores também distingue atributos que se situam nos princípios e dilemas do setor público da saúde, influenciando o processo de cessação do tabagismo.

O primeiro princípio é o acesso: para os fumantes procurarem tratamento, é necessário que o recurso exista próximo de sua moradia ou trabalho, que esteja disponível de verdade. Que tenha qualidade, que promova a distribuição suficiente de insumos, que seja atrativo e que suas ações estejam de acordo com o perfil do usuário (Sanchez, Ciconelli, 2012; Costa e Silva et al, 2013).

Outro princípio seria a integralidade, ao situar os sujeitos em seu perfil de saúde-doença-cuidado: ter repertório e recursos para dar respostas concretas e efetivas às necessidades que acompanham o tabagismo, como as comorbidades, outras dependências químicas, doenças psiquiátricas e a vulnerabilidade social.

O terceiro princípio é a capacidade de acompanhamento contínuo do paciente no decorrer do tempo, aparentemente simples, mas que exige energia proativa, estrutura, recursos humanos, organização e regularidade.

Os recursos humanos limitados e a dedicação em tempo parcial exigem maior organização, priorização de determinadas atividades em detrimento de outras, com a constante negociação entre as partes. Tais características promovem um perfil mais voltado à cessação aguda, com dificuldade em se organizar para o seguimento, o acompanhamento longitudinal.

Consideramos que a metodologia utilizada nesta pesquisa foi adequada aos objetivos propostos, promovendo discussão,

negociação e iniciativas de reorganização do serviço, como propõem as metodologias de avaliação na promoção da saúde, com destaque para o papel do enfermeiro.

Pela oportunidade de reflexão para os profissionais e como resultado de uma negociação, a construção do modelo lógico (ou teórico) expressou um conhecimento novo a partir do mesmo objeto (Hartz, Vieira da Silva, 2005). O resultado obtido permitiu apontar caminhos para a construção da matriz avaliativa.

Acreditamos que esta iniciativa acelerou processos e mudanças importantes no serviço estudado, que possivelmente já aconteceriam. A sistematização de reuniões e discussão proporcionou uma inquietação que resultou nos seguintes desdobramentos:

1. Introdução de voluntárias e da mensuração do quanto elas influenciaram, com a inclusão do item “voluntárias do HU” na ficha de matrícula para responder como as pessoas souberam do grupo de tabagismo.
2. Apresentação do coordenador do serviço em reunião regular de enfermagem para estimular a abordagem mínima e a disponibilização do serviço de tratamento do tabagismo ao paciente internado.
3. Desenvolvimento de protocolo de enfermagem de abordagem breve.
4. Elaboração de folheto de orientação aos pacientes matriculados no grupo.
5. Apresentação de trabalho científico sobre a construção do modelo lógico, em evento científico internacional.
6. Apresentação de cinco trabalhos científicos em evento nacional.
7. Participação dos profissionais do serviço em cursos sobre o tratamento do tabagismo.
8. Realização de curso de tratamento do tabagismo coordenado pela psicóloga do serviço.

9. Capacitação da equipe de enfermagem na implementação do protocolo de abordagem breve.
10. Iniciativas de reorganização do acolhimento, da distribuição dos medicamentos e do acompanhamento sistematizado do paciente no decorrer do tempo.

A elaboração participativa do modelo lógico do serviço foi pertinente ao modelo proposto. As significativas diferenças observadas entre o modelo lógico e matriz iniciais (Figura 3, Anexos 9, 10 e 11) e o modelo lógico e matriz finais mostraram a relevância da participação dos sujeitos nos processos avaliativos, bem como as diferenças entre os modos de fazer pesquisa.

A matriz avaliativa final desta pesquisa não foi submetida à apreciação e validação consensual, tampouco aplicada integralmente no serviço estudado, até o momento. Deve ser revista, examinada em seus detalhes, inclusive nos aspectos referentes à pontuação e no peso dado aos indicadores.

A segunda fase deste estudo, já aprovada no projeto de pesquisa original, prevê recorrer à apreciação por especialistas, através da aplicação de técnica Delphi, para melhor validação de face e de conteúdo (Scarparo et al, 2012).

Em seguida, aplicar a avaliação formativa no serviço estudado, utilizando a matriz elaborada. Após a apreciação, propomos sua aplicação em diferentes serviços públicos, de modo a promover a comparação dos resultados e, conseqüentemente, dos serviços existentes entre si.

Consideramos complexa a construção da matriz avaliativa pela metodologia que nos propusemos realizar. Tem maior afinidade com a pesquisa avaliativa do que com o mundo dinâmico das práticas dos serviços de saúde. Em nosso modo de ver, teria aplicabilidade rotineira complexa, no formato que realizamos.

Entre os limites deste estudo está ter sido feito em tempo parcial, exatamente como é parcial a dedicação dos profissionais ao

serviço de tabagismo. A força está no fato de a pesquisadora também ter convivido com a prática, a força e as dificuldades do serviço estudado.

Como estudo de caso, a singularidade deste serviço não foi diferente das características gerais e inquietações comuns a vários serviços, como se constatou nos depoimentos dos *experts* e na literatura.

Alguns itens da matriz são específicos de unidades hospitalares e podem não ser pertinentes a outros serviços. Propõe-se adaptar tais itens antes da avaliação, de modo que os itens específicos, bem como a somatória final de pontos, estejam de acordo com a realidade e as possibilidades do serviço que estiver sendo avaliado.

Entendemos que os saberes acadêmicos e as práticas se beneficiariam em achar uma congruência. Em nome dos ganhos da estratégia participativa de pesquisa-ação, do processo de elaboração do modelo lógico, com desdobramentos para o serviço estudado, consideramos importante encontrar um modo aplicável para tal modelo avaliativo. Algumas questões que surgiram no decorrer deste estudo podem suscitar novas pesquisas.

Pergunta-se: como operacionalizar a matriz elaborada na prática dos serviços de tratamento do tabagismo? A avaliação, utilizando a mesma matriz, favoreceria a comparação e o desenvolvimento de diferentes serviços? Como manter a perspectiva avaliativa na promoção da saúde, aplicando a matriz avaliativa construída neste estudo?

Segundo Nemes (2001), para avaliar um serviço as atividades propostas pelo programa precisam estar minimamente implantadas. Há necessidade de se eleger os participantes e uma coordenação.

Quais seriam os indicadores obrigatórios e opcionais? Como se procederia a uma reunião de discussão sobre as práticas adotadas?

Uma forma de o processo avaliativo ser aplicado de modo mais objetivo, contemplando as diferenças locais e o julgamento profissional (CDC, 2008), poderia envolver a seguinte sequência:

1. Reunião ou oficina (*workshop*) de discussão do serviço avaliado para decidir sobre a avaliação e desenhar o seu modelo, partindo do modelo lógico já desenvolvido neste estudo.
2. Seleção, a partir do modelo lógico elaborado, dos itens da matriz avaliativa que seriam avaliados, com alguns indicadores indispensáveis, por exemplo, o conteúdo mínimo sugerido pelos *experts*, determinando a somatória de pontos máximos na configuração de indicadores escolhida.
3. Procedimento de coleta dos dados.
4. Soma dos pontos.
5. Reunião para discutir as razões dos resultados obtidos, com destaque dos pontos fracos e fortes.
6. Estabelecimento de estratégias nas questões da matriz, cujo resultado tenha apontado necessidade de aprimoramento, com definição de prazos para a reorganização do serviço.
7. Definição de novos itens (além dos utilizados na avaliação inicial) para serem avaliados na oportunidade seguinte.
8. Definição de novo período avaliativo (anual? bianual?) e realização de avaliações periódicas subsequentes.

Entendemos que o formato dado à matriz pode favorecer a criação de um software com a matriz já validada e testada, de modo a proporcionar que muitos serviços de tratamento de tabagismo sejam avaliados mediante este modelo proposto, promovendo a comparação e o desenvolvimento de capacidades.

Entendemos que a concepção e a efetiva avaliação em Promoção da Saúde parecem estar mais na atitude de avaliadores e partes envolvidas na sua aplicação, do que no que possa conter ou não uma matriz avaliativa. Matrizes podem ser aplicadas como um

gabarito a se seguir, ou podem ser oportunidades de aprendizado, negociação, reorganização, satisfação em se fazer melhor.

A pesquisa-ação no processo de avaliação na promoção da saúde evidenciou que ninguém pode trabalhar sozinho se pretende atuar na modificação de determinada realidade, usando as melhores práticas.

Do mesmo modo, para apoiar mudança de hábitos e estilo de vida, é necessário muito mais do que pessoas de boa vontade que acreditem em uma causa. É preciso haver vontade política, estrutura, material, insumos, protocolos, incentivos financeiros e recursos humanos, fatores essenciais para que o esforço de profissionais e pacientes não caia no vazio.

7 REFERÊNCIAS

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality. 2008 National Healthcare Quality Report (NHQR) [internet]. 2009. [Citado 2011 março 13]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/nhqr09/nhqr09.pdf>.

Akerman M, Mendes R, Bógus CM. É possível avaliar um imperativo ético?. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2004 Sep [cited 2010 June 06]; 9(3): 605-615. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300013&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232004000300013.

Araujo AJ et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. [internet]. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J. Bras. Pneumol. Agosto, 2004; 30(2). [citado 2014 jan. 21]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000800002

Araujo AJ, coordenador. Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 492p.

Associação Médica Brasileira; Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva; Aliança de Controle do Tabagismo. Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário. Projeto Diretrizes. [internet]. 2013. [citado 2014 jan. 21]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/Tabagismo_para_Subsidio_Poder_Judiciario.pdf

Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. Ciencia e Saude Coletiva [online]. 2004; 9(3): 583-592 [Citado 2011 out 31] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a06v09n3.pdf>

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977: p.103-41.

Bauld L., Judge K, Platt S. Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: observational study. Tob Control 2007 16: 400-404. Downloaded from tobaccocontrol.bmj.com on May 15, 2013

Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatto D, Souza R. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2004 Set [citado 2011 Nov 03]; 9(3): 655-667. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300017&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300017>.

Bógus CM. Ensino e competência: A diversidade dentro da multidisciplinaridade no ensino. II Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção Da Saúde. [apresentação em Power Point]. Rio de Janeiro, maio 2008. [citado em 2010 ago.1]. Disponível em: http://www.metodoeventosrio.com/efetividade/programacao/arquivos/16_05_Claudia_Bogus_0900h.ppt

Bottari CMS, Vasconcellos MM, Mendonça MHM. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção. Cad. saúde pública [internet]. 2008 [citado 2011 Mar 21]; 24(supl.1):111-122. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300016&script=sci_arttext

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Abordagem e tratamento do fumante - Consenso 2001 [internet]. Rio de Janeiro; 2001a. [citado 2010 jul. 31]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/destaques/tratamento_fumo-consenso.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional De Câncer. Coordenação De Prevenção e Vigilância - CONPREV. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Cancer - Brasil. Rio de Janeiro, 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da saúde: Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília (DF); 2001c.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação [internet]. 2ª ed. Rio de Janeiro;2003. [citado 2013 jul. 18]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=%20programa_de_tabagismo.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS. Portaria GM/MS 1.035/04. Portaria SAS/MS 442/04 Fluxos de Informação e Instrumentos de Avaliação. Manual de Operação. [internet] 2004. [citado 2011 mar. 12]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Inquérito Domiciliar: Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis [internet]. Brasília, DF; 2004. [citado 2009 nov. 8]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/>

Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência de tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras [internet]. Rio de Janeiro;2004c [citado 2009 out. 26]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf. Acesso em 26/10/2009.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Coordenação-Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Estudo Multicêntrico de Avaliação em Promoção da Saúde: termo de referência. [internet]. Brasília, DF; 2006. [citado 2009 jun. 06]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tor_multicentrico.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [internet]. Brasília, DF; 2006. [citado 2009 out. 26]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS. Fluxos de Informação e Instrumentos de Avaliação Manual de Operação. Revisado em novembro de 2009 [internet]. Rio de Janeiro; 2009. [citado 2014 jan. 27]. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:EB1CRjG3He4J:www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php%3Fid%3D128875+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. [internet] Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. - Brasília : Ministério da Saúde, 2011. [citado em 02/01/2014]. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/23f297804c8702559f5fdf93d95c4045/4.Plano+Nacional+de+Enfrentamento+das+Doen%C3%A7as+Cr%C3%B4nicas+N%C3%A3o+Transmiss%C3%ADveis+\(DCNT\).pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/23f297804c8702559f5fdf93d95c4045/4.Plano+Nacional+de+Enfrentamento+das+Doen%C3%A7as+Cr%C3%B4nicas+N%C3%A3o+Transmiss%C3%ADveis+(DCNT).pdf?MOD=AJPERES)

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. [internet]. Brasília; 2013. [citado 2013, out. 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. [internet] Brasília: SGEP/SVS/Ministério da Saúde; 2013a. [citado 06 fev. 2014.] Disponível em: http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/vigitel_2012.pdf

Brook RH, McGlynn EA, Shekelle PG. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers [internet]. International Journal for Quality in Health Care 2000; Vol 12, No 4: pp 281-295. [citado 2011 mar. 12]. Disponível em:
<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/12/4/281.full.pdf+html>

Brownson RC, Royer C, Ewing R, McBride TD. Researchers and Policymakers Travelers in Parallel Universes. Am J Prev Med. 2006;30(2):164-172.

CAN-ADAPTT. Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. Toronto, Canada: Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health. [internet] 2011. [cited 2014 jan. 21] Available from: www.
https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/CANADAPTT/Documents/CAN-ADAPTT%20Canadian%20Smoking%20Cessation%20Guideline_website.pdf

Caram, LMO et al. Characteristics of smokers enrolled in a public smoking cessation program. J. bras. pneumol. [online]. 2009, vol.35, n.10, pp. 980-985. http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n10/en_v35n10a06.pdf

Carvalho AI, Bodstein RC, Hartz Z, Matida AH. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2004 Sep [cited 2011 Nov 06]; 9(3): 521-529. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300002>.

Carvalho CRS. O Instituto Nacional do Câncer e o controle do tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.

Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(4):1088-95.

Castro AA, Saconato H, Guidugli F, Clark OAC. Curso de revisão sistemática e metanálise [internet]. São Paulo: LED-DIS/UNIFESP; 2002. [citado 2008 abr. 23] Disponível em:
<http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise>

Cavalcante, TM. O controle do Tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Rev. Psiq. Clin. 2005;32(5): 283-300.

Cecílio LCO, Mendes TC. Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre

acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde e Sociedade*. 2004;13(2): 39-55.

Centers for Disease Control and Prevention. *A Practical Guide to Working with Health-Care Systems on Tobacco-Use Treatment*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.

Centers for Disease Control and Prevention. *Introduction to Process Evaluation in Tobacco Use Prevention and Control*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2008. [cited: 2013 Aug. 25] Available from:
http://www.cdc.gov/Tobacco/tobacco_control_programs/surveillance_evaluation/process_evaluation/index.htm

Cesar LGC, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad. Saúde Públ.* 1996;12(Supl.2):59-70.

Chalmers K, Gupton A, Katz A, Hack T, Ripstein EH, Brown J, McMillan D, Labossiere D, Mackay M, Pickerl C, Savard- Preston Y, St Vincent J, Morris HM, Cann B. The description and evaluation of a longitudinal pilot study of a smoking relapse/reduction intervention for perinatal women. *J Adv Nurs*. 2004;45 (2):162-171.

Chaves EC, Mendonça LGT. Uso e dependência do tabaco. In: Bensenor IJM, Tibério IF, Bernik M, Silva FM, Dórea EL, Lotufo PA, editores. *Medicina em ambulatório*. São Paulo: Sarvier; 2005. p. 62-72.

Chen, H. T. (1990). *Theory-driven evaluations*. Thousand Oaks, CA: Sage

Chiesa AM, Fracolli LA, Veríssimo MDLOR, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. *Rev. esc. enferm. USP* [internet]. 2009 Dec; 43(spe2):1352-1357. [citado 2011 out. 29]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600036&lng=en. doi: 10.1590/S0080-62342009000600036.

Ciampone MHT. Tecnologias para a gestão do conhecimento: grupo operativo. *Mundo Saúde*. 2000; 24(5): 361-5.

Cohen D, Crabtree B. "Qualitative Research Guidelines Project." [internet] July 2006.. [cited 2013 Dec 03] Available at: <http://www.qualres.org/HomeSnow-3816.html>

Cohn A, Westphal MF, Elias PE. Informação e decisão política em saúde / Data and the process of formulating health policies. Rev. saúde pública. Fev. 2005;39(1):114-121.

Contandriopoulos AP et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. cap. 2, p. 29- 47.

Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo (INCA/SAS/MS). Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) - Tratamento do Tabagismo. [internet]. Brasília; 2013. [citado 2013, dez. 22]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/tire_duvidas_PNCT.pdf

Cornish DL, Lutz GM. Center for Social and Behavioral Research, University of Northern Iowa. Iowa Tobacco Cessation Program Evaluation Annual Report: FY2010.[internet] Iowa Department of Public Health. Division of Tobacco Use Prevention and Control. August, 2010. [cited 2013 Sep. 13] Available from: https://www.uni.edu/csbr/sites/default/files/Tobacco_Evaluation_FY2010_final_reviewed.pdf

Costa e Silva VL (coordenadora), Biz A, Waltenberg F, Figueiredo VC, Iglesias R. Impostos sobre o tabaco e políticas para o controle do tabagismo no Brasil, México e Uruguai. [internet]. In: Jornada Internacional sobre impostos, preços e política de controle do tabaco: Brasil, México e Uruguai. Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde (Cetab), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), em parceria com a Aliança de Controle do Tabagismo (ACT) e a Faculdade de Economia da Universidade Federal Fluminense.2013. [citado 2014, fev. 06]. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/881_act_final_pobreza.pdf

Denzin NK, Lincoln YS. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Deslandes, SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. [internet]. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 1997;13(1):103-107. [citado 30 ago. 2011]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v13n1/0228.pdf>

DH/Health Improvement and Protection Directorate/ National Support Teams. Excellence in tobacco control: 10 High Impact Changes to achieve tobacco control - An evidence-based resource for local Alliances. [guidance at the Internet] May 2008. [Cited 2013 jan. 06] UK. COI, Department of Health. Available from: http://www.haringey.gov.uk/dh_excellence_in_tobacco_control_1_.pdf

Donabedian, A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? [internet]. JAMA. 1988;260(12):1743-1748 [cited 2011 mar. 13]. Available from: <http://jama.ama-assn.org/content/260/12/1743.full.pdf+html>.

Fagerström K, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. Ear Nose Throat J. 1990 Nov;69(11):763-5.

Fernandez JCA, Sacardo DP. Abordagem qualitativa para a avaliação de políticas públicas: implicações teóricas, éticas e políticas. In: Fernandez JCA, Campos M, Cazzuni DH (Org.). Avaliar para compreender: uma experiência na gestão de programa social com jovens em Osasco, SP. 1 ed. São Paulo: Aderaldo&Rothschild: CEPEDOC Cidades Saudáveis. 2008, v.1, p. 59-95.

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008 [internet]. 2008 [cited 2011 Oct 23]. Available from: <http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/clnhlpsmkst.pdf>

Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.

Furtado BMASM. O trabalho do enfermeiro em emergência: representação social, comprometimento, satisfação e condições de trabalho. O caso do Hospital da Restauração. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2001 [cited 2013 Dec 28]; 6(1): 165-181. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100014>.

Grittem L, Marineli JM, Zagonel IPS. Pesquisa-Ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4): 765-770.

Gurgel WB. A triangulação em debate: considerações sobre o modelo minayano de avaliação por triangulação de métodos. [internet] Ciências Humanas em Revista. 2007;5(1):43-68 [citado 2011 mar. 21]. Disponível em: http://www.nucleohumanidades.ufma.br/pastas/CHR/2007_1/wildoberto_gurgel_v5_n1.pdf

Hartz ZMA, Vieira da Silva LM, et al. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

- Hartz, ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciênc. saúde coletiva [online]. 1999, vol.4, n.2, pp. 341-353. [citado 2013 Dez 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014
- Health and Social Care Information Centre. Statistics on NHS Stop Smoking Services - England, April 2011 to March 2012 [internet] 2012. cited 2014 Jan 13] Available from: <http://www.hscic.gov.uk/searchcatalogue?productid=7993&q=statistics+on+NHS+stop+smoking+services&sort=Relevance&size=10&page=1#top>
- Iglesias R, Jha P, Pinto M, Silva VLC, Godinho J. Controle do Tabagismo no Brasil. In: Documento de Discussão - Saúde, Nutrição e População (HNP). Washington DC: Departamento de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial, Região da América Latina e do Caribe. 2007.
- Iglesias R, Jha P, Pinto M, Silva VLC, Godinho J. Documento de discussão - saúde, nutrição e população (HNP). Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. Epidemiol Serv Saúde. 2008 dez;17(4):301-4.
- II Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde. Declaração sobre cooperação entre países na efetividade da promoção da saúde. [internet]. Rio de Janeiro, 2008. [Citado 2010 Jul. 31]. Disponível em: http://www.metodoeventosrio.com/efetividade/imagens/IIISBEPS_Carta_de_Cooperacao_Internacional.pdf
- INCA - Agência de Notícias. IBGE divulga informações nacionais sobre tabagismo no Dia Nacional de Combate ao Câncer. [internet]. Rio de Janeiro;2009 [citado 2010 ago. 1]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2009/pnad_2008.
- Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century [internet]. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001 [citado 2010 ago. 1]. Disponível em: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Políticas Públicas de Saúde. In: INCA (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Instituto Nacional de Câncer [internet]. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008. p. 81-131. [citado 2011 out. 13]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap3.pdf>.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do tabagismo no Brasil : dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

[internet]. Rio de Janeiro : INCA; 2011. [citado 2011 out. 13]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/situacao_tabagismo.pdf.

International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention in Tobacco Control, Volume 12. [internet] IARC, 2008. Measures to assess the effectiveness of tobacco cessation interventions. p. 351-366. [cited 2013 Sep. 13] Available from: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook12/Tobacco_vol12_5G.pdf

JAMA. 1988;260(12):1743-1748 [citado 2011 mar. 13]. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/content/260/12/1743.full.pdf+html>.

Joanna Briggs Institute. Smoking Cessation Interventions and Strategies. Best Practice. Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. 2008;12(8):1-4.

Joanna Briggs Institute. Smoking Cessation Interventions and Strategies. Best Practice. Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. 2001;5(3):1-6.

Jordan ME, Lanham HJ, Crabtree BF, Nutting PA, Miller WL, Stange CC, McDaniel Jr RR. The role of conversation in health care interventions: enabling sensemaking and learning. *Implementation Science*. 2009; 4(15). [citado em 2010 jun. 06]. Disponível em: <http://www.implementationscience.com/content/4/1/15>

Kenford SL, Fiore MC. Promoting tobacco cessation and relapse prevention. *Med Clin N Am*. 2004;88(6):1553-74.

Labonte R. Health promotion and empowerment: practice frameworks. Toronto: Centre for Health Promotion/Participation; 1993.

Lefevre F, Cavalcanti Lefevre AM, Costa Marques MCd. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009;14(11):1193-1204. Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63011692020>. Date of reference: 29 / enero / 2014.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. Saúde, empoderamento e triangulação. *Saúde Soc*. 2004;13(2):32-8.

Lendahls L, Öhman L, Liljestrand J, Håkansson A. Women's experiences of smoking during and after pregnancy as ascertained two to three years after birth. *Midwifery*. 2002;18(3):214-222.

Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa. *Texto e Contexto Enf* 2008; 17(4):771-8.

Lopes ALM. Processos de educação em saúde na cessação do tabagismo: revisão sistemática e metassíntese. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2008.

Lord Darzi & NHS. High Quality Care for All - Final report of the NHS Next Stage Review.[internet]. United Kingdom, 2008 [citado 2011 mar. 12]. Disponível em: www.rcpch.ac.uk/doc.aspx?id_Resource=3721.

Lotufo JPB et al. Tabagismo : uma doença pediátrica; asma e tabagismo passivo. [editado por] João Paulo Becker Lotufo. São Paulo: Sarvier; 2007.

Lotufo JPB, Fernandes FLA, Baldi BGB, Santos UPS, Lopes ALM. Como ajudar o fumante a parar: manual do Hospital Universitário da USP para profissionais de saúde. Hospital Universitário da USP; 2009. São Paulo (SP).

Machado, L. Dificuldade em largar o cigarro começa pelo acesso ao tratamento. [internet]. iG Saúde São Paulo;24/06/2010. [citado 2011 nov. 03]. Disponível em: <http://saude.ig.com.br/dificuldade-em-largar-o-cigarro-comeca-pelo-acesso-ao-tratamento/n1237671591259.html>.

Malin JL, Asch SM, Kerr EA, McGlynn EA. Evaluating the quality of cancer care: development of cancer quality indicators for a global quality assessment tool. *Cancer*. 2000 Feb 1;88(3):701-7.

Marques ACPR, Campana AAM, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras de Psiquiatr*. 2001; 23(4): 200-14.

Martínez C, Fu M, Martínez-Sánchez JM, Ballbè M, Puig M, García M, Carabasa E, Salto E, Fernández E. Tobacco control policies in hospitals before and after the implementation of a national smoking ban in Catalonia, Spain. *BMC Public Health* 2009; 9:160. [Citado 2010 maio 28] Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/160>

McEwen A. Standard Treatment Programme: One-to-one smoking cessation support. National Centre for Smoking Cessation and Training (NCSCT). NHS, UK. Second edition, [internet] 2012. [Cited 2013, sep. 25] Available at: <http://www.ncsct.co.uk/usr/pub/NCSCT%20STP.pdf>.

Mendes EV. Os Níveis 1 e 2 do Modelo de Atenção às Condições crônicas na APS: as intervenções de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde. In: O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 177- 234

Mendonça, K.M.P.P., Guerra, R.O. Desenvolvimento e Validação de um Instrumento de Medida de Satisfação do Paciente com a Fisioterapia. *Rev. Bras. Fisioter.*, v. 11, n. 5, p. 369-376, set./out 2007.

Minayo MCS. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. Rev. Saúde Pública [internet]. 1991 Jun [citado 2011 Nov 03]; 25(3): 233-238. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000300012&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101991000300012>.

Minayo, MCS, Sanches, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9(3):239-262, jul/set, 1993.

Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro (RJ): Petrópolis; 1994.

Minayo MCS et al. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/Coas da Região Nordeste do Brasil. [internet] Cad. Saúde Pública [online]. 1999;15(.2)p. 355-367. [Citado 2011 mar. 21]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n2/0320.pdf>

Minayo MCS (org); Deslandes, SF(org). Caminhos do pensamento: epistemologia e métodos / Roads of the thought: epistemology and methods. Rio de Janeiro; FIOCRUZ; 2002.

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2008.

Ministry of Health Promotion. Comprehensive Tobacco Control Guidance Document. Standards, Programs & Community Development Branch. Queen's Printer for Ontario. [internet] 2010. [cited 2014 jan. 21] Available from: <http://www.mhp.gov.on.ca/en/healthy-communities/public-health/guidance-docs/ComprehensiveTobaccoControl.PDF>Alegre: Bookman, 2005.

Moffatt J, Whip R. The struggle to quit: barriers and incentives to smoking cessation. Health Educ J. 2004;63(2):101-112.

National Health Performance Committee (NHPC) (2001), National Health Performance Framework Report, Queensland Health, Brisbane [internet]. [Cited 2011 Apr. 3] Available from: http://www.health.qld.gov.au/nathlthrpt/performance_framework/11381_doc.pdf

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. (Public health guidance; no. 10). London (UK):

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); [internet] 2008 Feb. 87 p. [Cited: 25/08/2013] Available at:
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/ph010guidance.pdf>

National Institute for Health and Clinical Excellence(NICE).NICE public health guidance 26: Quitting smoking in pregnancy and following childbirth. [internet] Manchester, 2010. [cited 2013 Mar 25]. Available from:
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13023/49345/49345.pdf>

National Institute for Health and Clinical Excellence. Draft quality standard for smoking cessation: supporting people to stop smoking. [internet] 2012 [cited 2013 Oct. 23] Available at:
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14015/63077/63077.pdf>

National Institute for Health and Clinical Excellence. Health and social care directorate. Quality standards and indicators briefing paper. [internet] 2012a [cited 2014 Jan 13] Available from:
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14015/63078/63078.pdf>

National Institutes of Health. NIH State-of-the-Science Conference Statement on Tobacco Use: Prevention, Cessation, and Control. [internet] Ann Intern Med [online]. 2006;145:839-844. [Citado 2011 mar. 21]. Disponível em: <http://www.annals.org/content/145/11/839.full.pdf+html>

Nemes, MIB. Avaliação do Trabalho Programático na Atenção Primária à Saúde. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1995.

Nemes MIB. Avaliação em Saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA; 2001.

Nemes MIB, Melchior R, Basso, Castanheira ERL, Britto e Alves MTSS, Conway S. The variability and predictors of quality of AIDS care services in Brazil [internet]. BMC Health Services Research 2009; 9(51):1-8. [Cited 2013 oct. 3] Available from:
http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/15184/art_NEMES_The_variability_and_predictors_of_quality_of_2009.pdf?sequence=1

NHS. National Institute for Health and Care Excellence. Principles for Best Practice in Clinical Audit. [internet].Radcliffe Medical Press Ltd. 2002. [cited 2014 Jan. 25] Available from:
<http://www.nice.org.uk/media/796/23/BestPracticeClinicalAudit.pdf>

NHS, Department of Health. NICE public health guidance 10. Audit support for smoking cessation services. [internet] London: Department of Health, 2008. [cited 2013 Sep. 13] Available from:
<http://guidance.nice.org.uk/PH10/AuditSupport>

NHS, Department of Health. Local Stop Smoking Services (2012) Key updates to the 2011/12 service delivery and monitoring guidance for 2012/13. [internet] London: Department of Health, October 2012. [Cited 2013, sep. 25] Available from:
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216927/9193-TSO-2900254-NHS-Stop-Smoking_Accessible.pdf

NHS England. 2013/14 General Medical Services (GMS) Contract Quality and Outcomes Framework (QOF) Guidance for GMS contract 2013/14. 2013. [internet] NHS Employers [cited 2014 Jan. 26] Available from:
<http://bma.org.uk/practical-support-at-work/contracts/independent-contractors/qof-guidance>

NICE: National Institute for Health and Care Excellence. Tobacco: harm-reduction approaches to smoking: Baseline assessment tool. [internet] June, 2013. [cited 2013 Oct. 25] Available from:
<http://guidance.nice.org.uk/PH45>

NICE: National Institute for Health and Care Excellence. Tobacco: harm-reduction approaches to smoking. Guideline. [internet] 2013a. [cited 2014 Jan. 25] Available from:
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14178/63996/63996.pdf>

Novaes, HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública 2000;34(5):547-59. [Citado 2011 março 3] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>

Novaes, HMD. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. [internet] Cad. Saúde Pública [online]. 2004;20 (5):S147-S173. [Citado 2011 julho 5] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/02.pdf>

NSW Department of Health. NSW Tobacco Action Plan 2005-2009 - Evaluation Framework [internet] The Centre for Health Advancement Resource Distribution Centre. Sidney, 2009. [cited 2013 Sep. 13] Available from:
http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2005/pdf/tobacco_ap_vision.pdf

Nutbeam D, Harris E. Theory in a nutshell: a guide to health promotion theory. 2nd ed. North Ryde: McGraw Hill, 2004.

Organização Mundial da Saúde. MPOWER: um plano de medidas para reverter a epidemia de tabagismo [internet]. [cited 2013 Mar 25]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; Genebra, 2008. Available from:
http://actbr.org.br/uploads/conteudo/343_Tabaco_ebook.pdf

Organização Pan-Americana da Saúde. São Paulo respira melhor: adoção de ambientes fechados livres do tabaco no maior estado brasileiro. [internet] Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília :2010. [citado

2011 out. 16]. Disponível em:

http://ACTbr.org.br/uploads/conteudo/422_ESTUDO_DE_CASO_SP.pdf

Paiva SMA, Gomes ELR. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(5):973-9.

Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(5):1527-34.

Pinto M. Pesquisa calcula o custo econômico de doenças relacionadas ao tabagismo. [internet] Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2008. [citado 2009 out. 26]. Disponível em:

<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=3568&sid=112>

Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. [e-book] 3ed.

Porto Alegre: Artmed, 2009. [citado 2013 Set. 13]. Disponível em:

http://books.google.com.br/books?id=sl4VxLcXWVYC&pg=PA24&lpg=PA24&dq=pope+entrevista+semi&source=bl&ots=t5oxtGUQPw&sig=GbyXYGyzix9uFpR7sMVPItsDkN0&hl=pt-BR&sa=X&ei=FN_nUrHFINHpkQfJ-YDwCw&redir_esc=y#v=onepage&q=pope%20entrevista%20semi&f=false

Pope C, Mays N. Critical reflections on the rise of qualitative

research. [internet] *BMJ* 2009a;339:b3425. [cited 2013 Oct. 25] Available from: <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b3425>

Portal do Governo do Estado de São Paulo. Fundação para o Desenvolvimento da Educação. Fundação para o Desenvolvimento da Educação recebe Selo Ambiente Livre de Tabaco. [página na Internet].

2009 14/Dez [citado 2013 Nov 17]; 21(4): 579-588. Disponível em:

<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=205346>

Pullon S, McLeod D, Benn C, Viccars A, White S, Cookson T, Dowell A,

Green R; MEWS Study Team. Smoking cessation in New Zealand:

education and resources for use by midwives for women who smoke during pregnancy. *Health Promot Int*. 2003;18(4):315-25.

Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy, Chatkin JM, Sales MPU.

Diretrizes para cessação do tabagismo. *J. Bras. Pneumol*. 2008; 34(10): 845-880.

RNAO. Registered Nurses' Association of Ontario (2007). Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice. 2007 Update [internet].

Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario. [cited 2013

Mar 25]. Available from: [http://rnao.ca/sites/rnao-](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Integrar_el_abondono_de_fumar_en_la_practica_diaria_enfermera.pdf)

[ca/files/Integrar_el_abondono_de_fumar_en_la_practica_diaria_enfermera.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Integrar_el_abondono_de_fumar_en_la_practica_diaria_enfermera.pdf).

Romero LC, Costa e Silva VL. 23 Anos de Controle do Tabaco no Brasil: a Atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. *Revista*

Brasileira de Cancerologia 2011; 57(3): 305-314. [cited 2013 Mar 25]
Available from:
http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v03/pdf/03_artigo_23_Anos_controle_tabaco_brasil_atualidade_programa_nacional_combate_fumo_1988.pdf.

Rush, B. The Evaluation of Treatment Services and Systems for Substance Use Disorders. R. Psiquiatr. RS, 25'(3): 393-411, set./dez. 2003.

Santos JDP, Duncan BB, Sirena SA, Vigo A, Abreu MNS. Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008. Epidemiol. Serv. Saúde [internet]. 2012 Dez [citado 2013 Ago 04]; 21(4): 579-588. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400007&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400007>.

Saúde SP. Cratod capacita 2.000 profissionais de saúde na luta contra tabagismo.[internet]. Notícias- Portal da Lei Antifumo. 2009. [Citado 2009 Out 26]. Disponível em:
<http://www.leiantifumo.sp.gov.br/sis/lenoticia.php?id=132>.

SBPT et al. Diretrizes em foco. Tabagismo parte I. Rev Assoc Med Bras 2010; 56(2): 127-43.

Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALC, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. Ver Rene. 2012; 13(1): 242-51.

Scott I, Campbell D. Health services research: what is it and what does it offer? [internet]. Internal Medicine Journal 2002; 32: 91-99. [Citado 2011 mar. 12]. Disponível em: <http://www.epidemioufpel.org.br/proesf/biblio/Scott%202002.pdf>

Silva, DD. Programa Municipal de Controle do Tabagismo. [slides na internet] Coordenação de Atenção Básica - Área Técnica de Saúde Mental-Álcool e Drogas São Paulo dez.2008. [citado 2011 out. 13]. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/adep/ProgramaMunicipalControleTabagismo.pdf>

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Associação Brasileira de Psiquiatria, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Associação Brasileira de Medicina Intensiva, Sociedade Brasileira de Cancerologia, Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretrizes Clínicas na saúde Suplementar. Tabagismo. [internet]. 2011. Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar. [citado 2013, out. 22]. Disponível em:
<http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>

Society for Research on Nicotine and Tobacco. SRNT “Tests for Nicotine Dependence”. - Europe Chapter Recommendations. [internet]. 2010 [citado 2013 jul. 31]. Disponível em: <http://www.srnteurope.org/assets/tests-nicotine-dependence.pdf>

Souza EM. Evaluation methods in health promotion programmes: the description of a triangulation in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2010 Aug [cited 2013 Dec 28]; 15(5): 2521-2532. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500026&lng=en.

SPTV/ O Globo SP. SP oferece tratamento gratuito para parar de fumar, com fila de espera. [internet]. 2009. [Citado 2009 Out 26] Disponível em: <http://oglobo.globo.com/cidades/sp/mat/2009/08/06/sp-oferece-tratamento-gratuito-para-parar-de-fumar-com-fila-de-espera-757140988.asp#>.

Starr G, Rogers T, Schooley M, Porter S, Wiesen E, Jamison N. Key Outcome Indicators for Evaluating Comprehensive Tobacco Control Programs. [e-book] Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention Chapter 4 - Goal area 3: Promoting Quitting Among Adults and Young People. p191-266.; 2005. [cited 2013 Oct. 23] Available from: http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/surveillance_evaluation/key_outcome/

Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane database of Systematic Reviews*. 2005; 18(2):CD001007

Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Review). Copyright © 2008 The Cochrane Collaboration. [internet]. JohnWiley & Sons Ltd. 2008. [cited 2013 dec. 12] Available from: <http://www.thecochranelibrary.com>

Stead, L. Efficacy of treatments for tobacco dependence: Efficacy section. Last updated November, 2011. [slidekit at internet] treattobacco.net. Accessed 12/08/2013. Available from: http://www.treattobacco.net/en/page_57.php

Sullivan SD, Watkins J, Sweet B, Ramsey SD. Health technology assessment in health-care decisions in the United States. *Value n Health*. 2009;12(2):s39-s44.

Tanaka OY, Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. *Interface*. 2000 Ago;4(7):113-118.

Tanaka O, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. 1 ed. São Paulo: Edusp, 2004.

Tanaka OY. Health promotion challenge conceptions and an alternative evaluation approach. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2004a Sep

[cited 2010 June 06] ; 9(3): 530-532. Available from:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300003&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232004000300003.

Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Apr [cited 2013 Jun 01] ; 17(4): 821-828. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>.

Taylor-Powell, E, Jones, L, Henert, E. Enhancing Program Performance with Logic Models. [internet] Retrieved December 1, 2002, [cited 2012 Oct. 25] Available from the University of Wisconsin-Extension web site:
<http://www.uwex.edu/ces/lmcourse/>.

The Health Service Executive, Tobacco Control Framework. HSE Transformation Programme...to enable people live healthier and more fulfilled lives Easy Access - public confidence - staff pride. [internet] Feb 2010. [cited 2013 Sep 12] Available from:
http://www.hse.ie/eng/About/Who/Population_Health/Population_Health_Approach/Population_Health_Chronic_illness_Framework_July_2008.pdf

U.S. Preventive Task Force. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Annals Of Internal Medicine* [Internet]. 2009, Apr 21, [cited January 26, 2014]; 150(8): 551-555. Available from:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e0ef39a3-e988-4baf-9be9-0fae695a7bb5%40sessionmgr198&vid=2&hid=124>

Vianna CMM, Caetano R. Avaliação tecnológica em saúde: introdução a alguns conceitos básicos. [internet]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. UERJ; 2001[citado 2009 nov. 7]. Disponível em:
<http://www.nates.ufjf.br/novo/saudecoletiva/2007/materias/epidemiologia/14-03-07/Avaltecsaude.pdf>

West, R., Hajek, P., Stead, L. and Stapleton, J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*, 100: 299-303. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00995.x Volume 100, Issue 3, pages 299-303, March 2005.

Westphal MF. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. Dilemmas in the evaluation of health promotion: how should Brazilian scientific output be oriented?. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2004 Set [citado 2010 Jun 06] ; 9(3): 534-536. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300005&lng=pt. doi: 10.1590/S1413-81232004000300005.

Worcestershire Mental Health Partnership. NHS Trust Information Reader Box. Stop Smoking Advisor Practice Guidelines [internet]. December 2010. [cited 2013 Dec. 15]. Available from:
<http://www.hacw.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allid=8620>.

World Health Organization. Tobacco Free Initiative. The role of health professionals in tobacco control. [internet]. booklet. World Health Organization, 2005. [cited 2014 May. 25] Available on:
<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/bookletfinal.pdf>

World Health Organization. Tobacco Free Initiative [internet]. Geneva: WHO; 2008. [citado 2008 mar.20]. Available from:
<http://www.who.int/topics/tobacco/en/>

World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco [internet]. Geneva: WHO; 2011. [cited 2011 out.11]. Available from
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf

World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship [internet. Geneva: WHO; 2013. [cited 2014 jan.11]. Available from
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf?ua=1.

ANEXOS

ANEXO 1 - Roteiro de Entrevista Semiestruturada aos *Experts*

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA _____

1. Qual é sua formação profissional? Quais são suas atuações profissional(is) no momento?

2. Qual é o seu nível de envolvimento com o controle do tabagismo? Em quais atividades relacionadas ao controle do tabagismo o(a) senhor (senhora) atua ou atuou nos últimos cinco anos? Peça que especifique:

- Pesquisa:
- Gestão de serviço privado:
- Gestão de serviço público:
- Políticas/ Programas de controle do tabagismo:
- Ação comunitária:
- Atendimento ao tabagista:
- Atuação em sociedade profissional relacionada ao tema:
- Outro:

3. Gostaria de saber como o(a) senhor (senhora) considera que um serviço público de cessação do tabagismo deve ser, segundo suas normas, critérios e expectativas de desempenho.

Para isso, vou especificar algumas variáveis relacionadas, a fim de estimular a sua reflexão.

Não há expectativa de se esgotarem todas as variáveis abaixo, portanto fique à vontade para dar destaque às variáveis que considerar importantes, ou ainda, explicitar outras variáveis.

A. VARIÁVEIS RELACIONADAS À ESTRUTURA DO SERVIÇO

- Critérios estruturais que fundamentam o serviço (ex: existir em ambiente livre do tabaco, interface com as políticas públicas)
- Organização estrutural/ econômica (financiamento/ sustentabilidade, relações internas e externas, tipo de serviço prestado, abrangência)
- Recursos humanos (tipos de profissionais, diversidade disciplinar, qualificação, capacitação, forma de organização, carga horária, quantidade)
- Instalações (consultórios, salas de reunião, salas específicas, equipamentos, insumos)

- Estrutura de acessibilidade/ adesão (tipo de serviço, localização, oferta de vagas para grupo/individual, critérios de admissão, acompanhamento e permanência)
- Estrutura de registro dos atendimentos (registro e documentação do desempenho e resultados individuais e coletivos)
- Estrutura de divulgação e de transmissão de conhecimento
- Apoio (psicológico, de informação, de acompanhamento e/ou medicamentoso)
- Educação (materiais educativos disponíveis, cartilhas, folhetos, livros, livretos, manuais página na Internet)

B. VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PROCESSO DE TRABALHO

- Alcance da cobertura do serviço oferecido
- Processo decisório do serviço com relação aos requisitos do programa nacional de controle do tabagismo (seguir/não seguir as diretrizes do programa nacional, a questão do fornecimento de medicamentos)
- Adesão/ Acesso (facilidade em matricular-se no grupo, acolhimento, disponibilidade, controle e conduta nas faltas, reengajamento)
- Contexto (perfil dos participantes, perfil do serviço)
- Integralidades da prática de atenção à saúde (intersectorialidades, referência e contra referência, articulações, parcerias, equidade)
- Diagnóstico do tabagismo (abordagem mínima, quem aborda, processos decisórios decorrentes do diagnóstico)
- Acompanhamento (estratégias, prevenção de recaídas, ampliado para o contexto familiar e comunitário, os outros profissionais que cuidam do paciente)
- Avaliação (performance da intervenção, modificação de estratégias)
- Abordagem (forma de abordagem, considerar diferentes contextos sociais e culturais, contempla o indivíduo como um todo, preferências do paciente respeitadas, tentativas de usar intervenções mais atrativas)
- Divulgação e comunicação (forma e abrangência)
- Educação (forma de abordagem informativa, dialógica, campanhas, eventos)

C. VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS RESULTADOS

- Efeito do serviço sobre a população atendida (número de grupos/ ano, nº pessoas por grupo, prevalência de cessação do tabagismo por tipo de dependência, por acesso ao medicamento, nº de participação em reuniões)
- Efetividade (relação entre os processos adotados e os resultados obtidos, nível de monóxido de carbono expirado condizente com o consumo de cigarros declarado, grau de favorecimento da população atendida em suas tentativas de parar de fumar)
- Disseminação do conhecimento (nº de atividades de disseminação do conhecimento)
- Impacto Social (contribuição na melhoria das condições de saúde da população)
- Resgate ético (respeito ao sigilo, à autonomia, ao momento certo de abordar)
- Impacto Operacional (rotinas do serviço aplicadas igualmente, satisfação dos usuários e profissionais)

4. De todas as variáveis mencionadas, quais são aquelas, em sua opinião, podem indicar a qualidade de um serviço público de tratamento do tabagismo? Poderia sugerir indicadores de qualidade?

5. Esta pesquisa prevê a submissão da matriz de avaliação que será elaborada pela pesquisadora e pelos profissionais que atuam no serviço, para pessoas de referência (*experts*), com a finalidade de verificar sua confiabilidade e viabilidade. O(a) senhor (senhora) aceitaria participar nesta próxima fase?

6. Gostaria de entrevistar outros *experts*, que sejam pesquisadores ou profissionais atuantes na definição de políticas de programas públicos de tabagismo ou estejam envolvidos com o tema no âmbito da ação comunitária ou política. O(a) senhor (senhora) poderia sugerir algum nome?

Agradeço muito a sua disponibilidade e contribuição à minha pesquisa!

ANEXO 2 - Roteiros das Reuniões de Grupos Focais com os Implicados

Roteiro da primeira reunião com os profissionais do serviço 03/09/2012

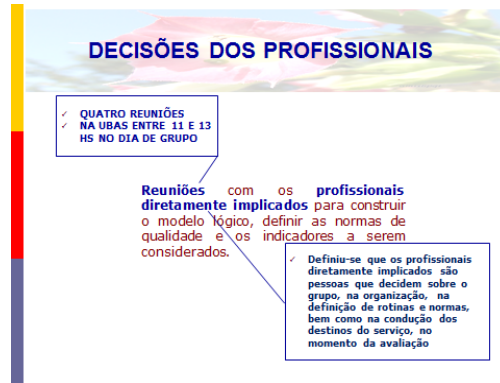
- Agradecimentos
- O interesse da autora na realização da pesquisa
- Congruências entre o PNCT e a Promoção da Saúde
- Breve painel de características do serviço de tratamento de tabagismo do HU
- Pertinência em se realizar uma avaliação participativa do serviço: aprender com os resultados, reorganizar os serviços; disseminar conhecimento.
- Alguns conceitos: serviço, qualidade do serviço, indicadores, modelo lógico (ou teórico)
- O uso de ferramentas participativas para avaliar um serviço
- As perguntas e os objetivos desta fase da pesquisa, como: caracterizar as práticas do serviço de cessação do tabagismo do Hospital Universitário da USP da perspectiva dos profissionais do serviço; Construir o modelo teórico avaliativo do serviço.
- Proposta da pesquisadora aos implicados:

1. “Realização de grupo focal com os profissionais diretamente implicados a fim construir o modelo lógico, definir as normas de qualidade e os indicadores a serem considerados.”
2. Gravação das reuniões, transcrição, análise e elaboração do modelo teórico.
3. Validação do estudo pela submissão dos resultados da avaliação aos participantes pertencentes ao grupo multidisciplinar (“*stakeholders*”)
4. Prevê oportunidades para a expressão crítica sobre os resultados, e a construção de diretrizes e propostas de reorganização do serviço



**Roteiro da segunda reunião com os profissionais do serviço
17/9/2012**

- Síntese da primeira reunião com a explicitação do que foi combinado quanto a definição de quais são os implicados e o número de reuniões.



- Contar sobre a reunião feita com I6 e I8 para passar o teor da primeira reunião
- Preenchimento do instrumento “Stakeholders Reunião 2: dados de identificação”
- Retomar a discussão do que é um modelo lógico/teórico
- Apresentar o esboço inicial de modelo lógico elaborado pela autora

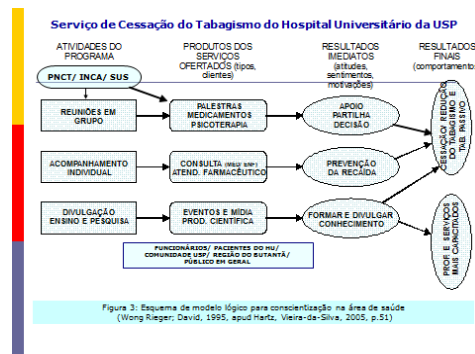


Figura 3: Esquema de modelo lógico para conscientização na área de saúde (Wong Rieger; David, 1995, apud Maritz, Vieira-da-Silva, 2005, p.51)

- Pauta para hoje: como um serviço de tratamento de tabagismo deve ser?

A. VARIÁVEIS RELACIONADAS À ESTRUTURA DO SERVIÇO

- Critérios estruturais
- Organização
- Recursos humanos
- Instalações
- Estrutura de acessibilidade/ adesão
- Estrutura de registro dos atendimentos
- Estrutura de divulgação e de transmissão de conhecimento
- Apoio
- Educação

B. VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PROCESSO DE TRABALHO.

- Alcance da cobertura do serviço oferecido
- Processo decisório do serviço com relação aos requisitos do programa nacional de controle do tabagismo
- Adesão/ Acesso
- Contexto
- Integralidades da prática de atenção à saúde
- Acompanhamento
- Avaliação
- Abordagem
- Educação
- Comunicação e divulgação

**Roteiro da terceira reunião com os profissionais do serviço
01/10/2012**

- Agradecimentos
- Síntese da segunda reunião há 15 dias
- Pauta para hoje: como é o serviço de tratamento do tabagismo do HU?

C. VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS RESULTADOS

- Efeito do serviço sobre a população atendida
- Efetividade
- Disseminação do conhecimento
- Impacto Social
- Resgate ético
- Impacto Operacional

D. COMO É O SERVIÇO DE TRATAMENTO DE TABAGISMO DO HU?

- Quais são as principais atividades do serviço
- Quais são os principais objetivos deste serviço?
- Quais são os produtos oferecidos?
- Quais são os resultados imediatos esperados?
- Quais são os resultados finais esperados (impacto) a longo prazo (comportamento, prevenção)?
- Quais são as atividades que devem ser priorizadas para avaliação?

Roteiro da quarta reunião com os profissionais do serviço 03/12/2012

- Agradecimentos
- Síntese da terceira reunião
- Justificar o adiamento desta reunião, originalmente marcada para 12 de novembro, teve de ser cancelada por dificuldades de acesso ao trabalho dos implicados (chuva e trânsito)
- Explicações pela demora na construção do modelo teórico - o envolvimento da autora com os assuntos tratados, a transcrição e categorização temática; a construção do modelo teórico
- Informar que a facilitadora (autora) ainda deve, por questões

de disponibilidade de tempo, a caracterização descritiva do serviço e os algoritmos (fluxos de entrada, participação do paciente, acompanhamento e saída).

Apresentação do modelo teórico do serviço e seu processo de elaboração

- O quanto o modelo teórico apresentado reflete este serviço?
- O quê mudar no modelo?

Definição de quais são as atividades que devem ser priorizadas para avaliação/

- Quais seriam os principais indicadores para uma avaliação?

ANEXO 3 - Stakeholders Reunião 2

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

1. Qual é sua formação profissional (especificar graduação e pós-graduação)?

2. Quais são suas atuações profissional (is) no momento?

3. Quais são suas principais atribuições no serviço de tratamento do tabagismo em que atua? Há quanto tempo?

4. Quantas horas semanais são dedicadas a esta atividade?

5. Você fez curso de capacitação em tabagismo (especificar) ?

6. Você participou de congressos, cursos ou eventos relacionados ao tema nos últimos três anos? Peça que especifique:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Participei como ouvinte | <input type="radio"/> Atuação em sociedade profissional relacionada ao tema: _____ |
| <input type="radio"/> Apresentei trabalho científico | _____ |
| <input type="radio"/> Ministrei aula/curso | <input type="radio"/> Outro _____ |
| <input type="radio"/> Participei na organização de evento | _____ |
| <input type="radio"/> Atuação em campanha | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |

ANEXO 4 - Roteiro de Entrevista Semiestruturada aos Usuários do Serviço

ENTREVISTA Nº _____

NOME _____

MATRÍCULA _____

I. ENTREVISTADOR

1. Explicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obter os dados pessoais e a assinatura.
2. Completar eventuais lacunas na ficha de matrícula.
3. Explicar sobre a entrevista:

“Gostaria de saber qual é a sua opinião sobre o grupo antitabagismo do HU-USP, no qual o(a) senhor(a) se inscreveu em 2011 ou 2012. Para isso, vou fazer perguntas ou pedir que fale sobre alguns temas, para ajudar o Sr(a) a pensar sobre o assunto. Não há necessidade de falar sobre todos os temas, portanto, fique à vontade para dar destaque ao que considerar importante, ou ainda, opinar sobre outros aspectos não perguntados. Interessa-nos conhecer a sua opinião sobre o tratamento de tabagismo do HU e como o nosso trabalho pode melhorar.

II. ENTREVISTADO:

1. Em sua opinião, como o senhor(a) avalia os seguintes temas:

A. VARIÁVEIS RELACIONADAS À ESTRUTURA DO SERVIÇO:

TEMA	OPINIÃO	O QUÊ PODERIA MELHORAR?
Instalações usadas para as reuniões e consultas: acesso, conforto, limpeza e sinalização		
Os profissionais que trabalham no programa: a quantidade, capacidade técnica, segurança nas informações e orientações, atenção, disponibilidade em atender, interesse, respeito, atitude de encorajamento, ajuda, apoio		
Materiais educativos disponíveis, como folhetos, livretos, página na Internet, email São de fácil/difícil compreensão? São atrativos?		
Material visual das palestras (vídeos, apresentação na tela - PowerPoint)		
Número de inscritos por grupo (muito? pouco? atrapalha?)		
Medicamentos para parar de fumar - foi oferecido? Foi regular? Foi organizado?		

B. VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PROCESSO DE TRABALHO

TEMA	OPINIÃO	O QUÊ PODERIA MELHORAR?
Quanto ao acesso para participar do serviço, como foi? Quais as dificuldades que encontrou? Demorou/não demorou?		
Acolhimento: se sentiu bem vindo e acolhido? Sentiu-se motivado/ desmotivado a fazer o tratamento? A recepção é organizada?		
O que achou do teste do monóxido de carbono? Alguém explicou o que este teste significa? O que achou de perguntarem quantos cigarros está fumando?		
Adesão: houve preocupação dos profissionais com as suas faltas ou com os resultados alcançados, e as dificuldades?		
Além do diagnóstico do tabagismo, houve investigação de outras doenças?		
Acompanhamento: aprendeu estratégias? Teve ajuda para enfrentar abstinência/fissura do cigarro? Sentiu apoio na prevenção de recaídas? Houve preocupação de ampliar para o contexto familiar e social? Aprendeu a preparar o ambiente para ficar sem cigarro? Houve participação dos outros profissionais que cuidam do Sr(a)? Foi acompanhado após participar das reuniões?		
Abordagem: como foi a forma de abordagem? Consideraram seu modo de compreender, seus valores e seu nível de escolaridade? Seu contexto familiar?		
Acha que o Sr(a) era considerado como um ser humano ou apenas um fumante? Acha que houve respeito às suas preferências, ao seu esforço e momento de vida?		
O conteúdo das palestras era interessante, atrativo ou aborrecido, impressionante, repetitivo? Difícil/fácil de entender? Uso de termos difíceis/ fáceis nas orientações?		
Houve oportunidade de se expressar no grupo ou individualmente?		

C. VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS RESULTADOS

TEMA	OPINIÃO	O QUÊ PODERIA MELHORAR?
Houve respeito ao sigilo, à sua decisão, ao momento certo de abordar?		
As rotinas do serviço eram aplicadas igualmente? Houve preocupação com a sua satisfação com o serviço prestado?		
Que outros resultados sua participação no programa de tabagismo te trouxe?		

III. STATUS ATUAL DE TABAGISMO

1. O que mais influenciou para que o Sr(a) buscasse ajuda do serviço de tratamento do tabagismo do HU? _____

2. O Sr(a) fuma cigarros atualmente?

SIM, E CONTINUO FUMANDO CERCA DE ____ CIGARROS POR DIA

NÃO - DATA EM QUE DEIXOU DE FUMAR: _____

Qual(is) a(s) influência(s) do grupo antitabagismo neste resultado?

3. O que ficou diferente nos seus hábitos, sua saúde e no seu modo de viver, desde a sua participação no grupo antitabagismo do HU? Algo mudou com relação à sua qualidade de vida e de sua família? O quê?

4. O Sr(a) se lembra de haver aconselhado ou influenciado outras pessoas a considerarem parar de fumar, desde que passou a pensar/tentar/ parar de fumar?

NÃO

SIM, Quem? _____

E o que aconteceu? _____

IV. ASPECTOS GERAIS

1. De que você mais gostou no serviço de tratamento antitabagismo do Hospital Universitário?

2. De que você menos gostou serviço de tratamento antitabagismo do Hospital Universitário?

3. De um modo geral quão satisfeito você ficou com os serviços recebidos no Grupo Antitabagismo do HU?

SATISFEITO PARCIALMENTE SATISFEITO INSATISFEITO

Por que? _____

4. Se um amigo ou parente precisasse de ajuda para parar de fumar, você lhe recomendaria o serviço de tratamento do tabagismo do HU?

SIM

TALVEZ

NÃO

Por que? _____

5. Você já visitou o site do Grupo Anti tabágico do HU (www.tabagismo.hu.usp.br)?

Qual é a sua opinião?

6. Você usou o email do Grupo Anti tabágico do HU (www.tabagismo.hu.usp.br)? Houve resposta? Atendeu às suas necessidades?

7. Você recebeu algum telefonema da equipe? Para qual propósito? Qual é a sua opinião sobre o contato por telefone?

Agradeço muito a sua disponibilidade e contribuição à minha pesquisa!

ANEXO 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Experts/ Gestores

Convido o Sr.(a) a participar do projeto de pesquisa “**AValiação DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE TRATAMENTO DO TABAGISMO EM UM HOSPITAL ESCOLA, NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**”, que tem por finalidade avaliar o Serviço de Cessação do Tabagismo do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo quanto aos resultados obtidos, os indicadores de qualidade e a percepção de profissionais e de pacientes sobre as práticas adotadas.

Estes dados são importantes, pois podem melhorar a organização deste ou de outros serviços públicos de cessação do tabagismo.

Você foi selecionado(a) por profissional de referência na formação de opinião, de saberes, de políticas, ou na gestão de ações voltadas para a cessação do tabagismo. Sua contribuição consistirá em RESPONDER À uma entrevista semi estruturada que será gravada e depois transcrita, para a qual se prevê um encontro de cerca de duas horas de duração.

A entrevista será agendada com antecedência, procurando respeitar preferências. Não há risco diretamente relacionado a este processo.

As informações fornecidas são confidenciais e asseguram-se o anonimato e sigilo no tratamento dos dados e divulgação em congressos, publicações científicas ou educativas.

Sua participação é voluntária e você tem o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer ônus à sua pessoa.

Você receberá uma cópia assinada e datada deste termo, onde consta o telefone, endereço e e-mail da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento. Outra cópia ficará nos arquivos da pesquisadora.

Conto com sua colaboração, agradecendo desde já.

Ana Lúcia Mendes Lopes
Chefe de Seção de Ambulatório
Departamento de Enfermagem
Doutoranda pela Escola de
Enfermagem da USP

Telefones: (11) 3091-9429;
 (11) 9-9915-2105
E-mail: analuciamlopes@hu.usp.br
Orientadora: Profa. Dra. Lislaine A. Fracolli

Nome: _____ RG _____
 Sexo: F () M () Data de nascimento: __/__/____
 Endereço: _____
 Telefones: () _____; () _____
 Email: _____

Declaro que, após ser convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar deste estudo.

São Paulo ____ de _____ de 2012.

 Ass. do sujeito da pesquisa

 Ass. da pesquisadora

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de
Enfermagem da USP
Avenida Doutor Enéas de Carvalho Aguiar,
419, CEP 05403-000 São Paulo SP.
Tel: 3061-7548. E-mail: edipesq@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do
Hospital Universitário da USP Avenida
Professor Lineu Prestes, 2565 Cidade
Universitária CEP 05508-000 São Paulo SP.
Tel: 3091-9457. E-mail: cep@hu.usp.br

ANEXO 6 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuários do Serviço de Tratamento de Tabagismo do HU-USP

Convido o Sr.(a) a participar do projeto de pesquisa “**AValiação DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE TRATAMENTO DO TABAGISMO EM UM HOSPITAL ESCOLA, NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**”, que tem por finalidade avaliar o Serviço de Cessação do Tabagismo do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo quanto aos resultados obtidos, os indicadores de qualidade e a percepção de profissionais e de pacientes sobre as práticas adotadas.

Estes dados são importantes, pois podem melhorar a organização deste ou de outros serviços públicos de cessação do tabagismo.

Você foi selecionado(a) para esta pesquisa por já haver se matriculado no grupo de cessação do tabagismo do HU-USP e frequentado no mínimo a três das cinco reuniões que compõem a intervenção.

Sua contribuição consiste em participar de entrevista, com cerca de uma hora de duração, que será agendada com antecedência. A entrevista será conduzida pela estagiária Ariane Souza do Nascimento. Também serão utilizadas informações da ficha de matrícula e prontuário médico. O conteúdo será gravado e transcrito. Não há risco diretamente relacionado a este processo.

As informações fornecidas são confidenciais e asseguram-se o anonimato e sigilo no tratamento dos dados e divulgação em congressos, publicações científicas ou educativas.

Sua participação é voluntária e você tem o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer ônus à sua pessoa.

Você receberá uma cópia assinada e datada deste termo, onde constam o telefone, endereço e e-mail da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento. Outra cópia ficará nos arquivos da pesquisadora.

Conto com sua colaboração, agradecendo desde já.

Ana Lúcia Mendes Lopes
Chefe de Seção de Ambulatório
Departamento de Enfermagem
Doutoranda pela Escola de
Enfermagem da USP

Telefones: (11) 3091-9429;
(11) 9-9915-2105
Email: analuciamlopes@hu.usp.br
Orientadora: Profa. Dra. Lislaine A. Fracolli

Nome: _____ RG _____
Sexo: F () M () Data de nascimento: __/__/____
Endereço: _____
Telefones: () _____; () _____
Email: _____

Declaro que, após ser convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar deste estudo.

São Paulo ____ de _____ de 2012.

Ass. do sujeito da pesquisa

Ass. da pesquisadora

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de
Enfermagem da USP
Avenida Doutor Enéas de Carvalho Aguiar,
419, CEP 05403-000 São Paulo SP.
Tel: 3061-7548. E-mail: edipesq@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do
Hospital Universitário da USP Avenida
Professor Lineu Prestes, 2565 Cidade
Universitária CEP 05508-000 São Paulo SP.
Tel: 3091-9457. E-mail: cep@hu.usp.br

ANEXO 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais do HU-USP

Convido o Sr.(a) a participar do projeto de pesquisa “**AValiação DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE TRATAMENTO DO TABAGISMO EM UM HOSPITAL ESCOLA, NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**”, que tem por finalidade avaliar o Serviço de Cessação do Tabagismo do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo quanto aos resultados obtidos, os indicadores de qualidade e a percepção de profissionais e de pacientes sobre as práticas adotadas.

Estes dados são importantes, pois podem melhorar a organização deste ou de outros serviços públicos de cessação do tabagismo.

Você foi selecionado(a) por ser ou ter sido profissional diretamente implicado na organização, condução e acompanhamento operacional do serviço de cessação do tabagismo do HU-USP ou por atender tabagistas no HU-USP.

Sua contribuição consistirá em participar de reuniões (4 encontros, com cerca de 2 hs. de duração) ou de entrevista semi estruturada (um encontro com cerca de 1 h. de duração), que serão gravadas e transcritas. As entrevistas ou reuniões serão agendadas com antecedência, procurando respeitar preferências. Não há risco diretamente relacionado a este processo.

As informações fornecidas são confidenciais e asseguram-se o anonimato e sigilo no tratamento dos dados e divulgação em congressos, publicações científicas ou educativas.

Sua participação é voluntária e você tem o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer ônus à sua pessoa.

Você receberá uma cópia assinada e datada deste termo, onde consta o telefone, endereço e e-mail da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento. Outra cópia ficará nos arquivos da pesquisadora.

Conto com sua colaboração, agradecendo desde já.

Ana Lúcia Mendes Lopes
Chefe de Seção de Ambulatório
Departamento de Enfermagem
Doutoranda pela Escola de
Enfermagem da USP

Telefones: (11) 3091-9429;
(11) 9-9915-2105
Email: analuciamlopes@hu.usp.br
Orientadora: Profa. Dra. Lislaine A. Fracolli

Nome: _____ RG _____
Sexo: F () M () Data de nascimento: __/__/____
Endereço: _____
Telefones: () _____; () _____
Email: _____

Declaro que, após ser convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar deste estudo.

São Paulo ____ de _____ de 2012.

Ass. do sujeito da pesquisa

Ass. da pesquisadora

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de
Enfermagem da USP
Avenida Doutor Enéas de Carvalho Aguiar,
419, CEP 05403-000 São Paulo SP.
Tel: 3061-7548. E-mail: edipesq@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do
Hospital Universitário da USP Avenida
Professor Lineu Prestes, 2565 Cidade
Universitária CEP 05508-000 São Paulo SP.
Tel: 3091-9457. E-mail: cep@hu.usp.br

ANEXO 8 - Ficha de Matrícula no Ambulatório de Tabagismo HU-USP 2010-2011

Ambulatório de Tabagismo HU-USP
UBAS / Ambulatório
Ficha de Matrícula
Data de início das reuniões: ___/___/___

I. Identificação

Nome: _____

Origem: <input type="checkbox"/> Func. USP: Unidade: _____ <input type="checkbox"/> Dependente de Funcionário <input type="checkbox"/> Aluno USP: Unidade: _____ <input type="checkbox"/> Comunidade Butantã <input type="checkbox"/> Fora da Comunidade	Documentos: RG: _____ Org. Exp: _____ <input type="checkbox"/> Matrícula ou <input type="checkbox"/> RH: _____ Se USP: Nº USP: _____						
Endereço: _____ Bairro: _____ CEP: _____ - _____ Cidade: _____ UF _____	Contato Telefone fixo: _____ Telefone celular: _____ e-mail: _____						
Demográficos: Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Cor: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viuvo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a ou separado/a <input type="checkbox"/> Morando com companheiro <input type="checkbox"/> outros: _____ Nº de filhos: _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Escolaridade <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> E. Médio incompleto <input type="checkbox"/> E. Médio completo <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Pós graduado </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Renda familiar: (em R\$/mês) <input type="checkbox"/> Menor que 400 <input type="checkbox"/> 401 - 600 <input type="checkbox"/> 601 - 950 <input type="checkbox"/> 951-1.400 <input type="checkbox"/> 1.401-2.300 <input type="checkbox"/> 2.301-4.600 <input type="checkbox"/> 4.601- 8.100 <input type="checkbox"/> mais que 8.100 </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Profissão: _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Religião: _____ Pr </td> </tr> </table>	Escolaridade <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> E. Médio incompleto <input type="checkbox"/> E. Médio completo <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Pós graduado	Renda familiar: (em R\$/mês) <input type="checkbox"/> Menor que 400 <input type="checkbox"/> 401 - 600 <input type="checkbox"/> 601 - 950 <input type="checkbox"/> 951-1.400 <input type="checkbox"/> 1.401-2.300 <input type="checkbox"/> 2.301-4.600 <input type="checkbox"/> 4.601- 8.100 <input type="checkbox"/> mais que 8.100	Profissão: _____		Religião: _____ Pr	
Escolaridade <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> E. Médio incompleto <input type="checkbox"/> E. Médio completo <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Pós graduado	Renda familiar: (em R\$/mês) <input type="checkbox"/> Menor que 400 <input type="checkbox"/> 401 - 600 <input type="checkbox"/> 601 - 950 <input type="checkbox"/> 951-1.400 <input type="checkbox"/> 1.401-2.300 <input type="checkbox"/> 2.301-4.600 <input type="checkbox"/> 4.601- 8.100 <input type="checkbox"/> mais que 8.100						
Profissão: _____							
Religião: _____ Pr							
Como ficou sabendo do grupo? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Colega de trabalho <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> UBAS <input type="checkbox"/> Cartaz <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outros: _____							

II. Moradia

Total de residentes dentro de casa: _____ Crianças menores de 14 anos: _____
 Número de outros fumantes em casa (além de você): _____

Se há outros fumantes, assinale o parentesco deles em relação a você.

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> outro: _____	<input type="checkbox"/> outro: _____
	Mãe	Pai	Cônjuge	filho/a		
Nº Cigarros/dia	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Fuma:	()D	()D	()D	()D	()D	()D
D=dentro de casa	()F	()F	()F	()F	()F	()F
F=fora de casa						

III. Avaliação do grau de dependência - Teste de Fagerström

- Quantos cigarros você fuma por dia? _____ cigarros
 - () Menos de 10 = 0
 - () 11-20 = 1
 - () 21-30 = 2
 - () Mais de 31 = 3
- Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?
 - () Dentro de 5 minutos = 3
 - () Entre 6 e 30 minutos = 2
 - () Entre 31 e 60 minutos = 1
 - () Após 60 minutos = 0
- Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus?
 - () Sim = 1 () Não = 0
- Qual cigarro do dia lhe traz mais satisfação (aquele que você mais sente necessidade de acender)?
 - () O primeiro da manhã = 1
 - () Outros = 0
 Após fumar o primeiro cigarro da manhã, quanto tempo depois você acende o segundo cigarro? _____ minutos
- Você fuma mais durante a manhã do que no resto do dia?
 - () Sim = 1 () Não = 0
- Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
 - () Sim = 1 () Não = 0

Nota fagerström: _____

Grau de dependência: 0-2 pontos: muito baixo; 3-4: baixo; 5-7: médio, >7 pontos: elevado

- Já tentou parar de fumar antes?
 - () Não
 - () Sim, Quantas vezes? _____ Maior tempo sem fumar: _____
 Já participou de algum programa para parar de fumar? () Não () Sim, _____
 Qual? () HU-USP () Outros: _____
 Se participou do programa, participou do grupo psicológico? () Sim () Não
 Se parou, por que voltou a fumar? _____
- Qual marca de cigarro você fuma? _____ Preço do maço: R\$ _____
- Começou a fumar com que idade? _____ anos. Há quanto tempo fuma? _____ anos.
- a. Como/onde começou a fumar? () pais () amigos () sozinho
 () em casa () na escola () Outros: _____

10. Se do **sexo feminino**, parou de fumar durante a(s) gestação (ões)
 sim não, mas reduzi não, mantive a quantidade não se aplica
 Se sim, voltou a fumar depois de quanto tempo? _____
11. Motivação em parar de fumar (de 0 a 10, onde "0" é nada motivado e "10" está completamente motivado): Qual sua nota em parar de fumar? _____
 Por que quer parar de fumar? _____
12. Que motivos você identifica como desencadeadores do desejo de fumar? _____
13. Praticar atividade física? Não Sim, Qual? _____
 Qual frequência? _____ vezes por semana

IV. Comorbidades - Assinale "X" quando sim

1. *Doenças cardiovasculares*
 I21 - Infarto do miocárdio. Quanto tempo do último episódio: _____
 I20 - Angina
 I50 - Insuficiência cardíaca grave
 I49 - Arritmia
 I10 - Hipertensão arterial
 I64 - Doença Vascular Cerebral. Quanto tempo do último episódio: _____
2. I73 - Doença arterial periférica
3. *Convulsão*: R56a - atual R56p - pregressa
4. *Doenças neuropsíquicas*
 F32 - Depressão
 F31 - Bipolar
 F41 - Ansiedade
 F102 - Dependência ao álcool
 Uso de drogas: F122 - Maconha F142 - Cocaína e crack
 F002 - Outros: Qual? _____
5. *Doenças Pulmonares*
 J45 - Asma
 J40 - Bronquite
 J43 - Enfisema
 J17 - Pneumonia: Quantas: _____
6. *Doença Gastro intestinal*:
 K29 - Gastrite
7. *Metabólica*:
 E66 - Obesidade E11 - Diabete E78 - Dislipidemias
8. Câncer: Qual _____
9. *Medicações*:
 9.1. Uso de medicação para doença neuropsíquica: _____
 9.2. Outros medicamentos em uso: _____
10. Outras morbidades: _____

V. Avaliação inicial

Peso: _____ altura: _____ IMC: _____ PA: _____ X _____

Enfermeira - Coren

Assinatura do paciente

Data: ____/____/____

ANEXO 9 - Esboço de matriz de indicadores de *estrutura*, classificados por temas e fontes de dados.

TEMA/ DIMENSÃO	VARIÁVEL OBSERVÁVEL E INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	MODALIDADE DE COLETA DE INFORMAÇÃO	FONTES
Critérios estruturais que fundamentam o serviço	Pressupostos políticos adotados Ambiente livre do tabaco	Quais são os pressupostos que fundamentam o serviço? O local onde o serviço funciona é um ambiente livre do tabaco?	Pesquisa em documentos oficiais e no manual do serviço	Dados secundários existentes (manual, documentos oficiais, entrevistas, pesquisas)
Organização estrutural/ econômica/ institucional do serviço	Relação entre os setores envolvidos (internamente e externamente) Formas de financiamento/ sustentabilidade Tipos de serviços prestados Abrangência do serviço	Qual é a relação interna entre os setores envolvidos? Qual é a relação externa? Quais são as fontes de financiamento do programa? Quais são os serviços prestados? Qual é a abrangência do serviço (região do Butantã/ Jaguaré pacientes internados, comunidade USP, público em geral)?	Dados primários Dados secundários: documentos oficiais	Entrevista com os profissionais Manual do serviço
Recursos Humanos	Número de profissionais que compõem o grupo/ Multidisciplinaridade	Quantos profissionais compõem o grupo? Quais são as qualificações destes profissionais?		

TEMA/ DIMENSÃO	VARIÁVEL OBSERVÁVEL E INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	MODALIDADE DE COLETA DE INFORMAÇÃO	FONTES
	Nível de capacitação/ atribuições dos profissionais Nível de dedicação ao serviço Multiplicadores	Quais são as suas atribuições no grupo? Qual é a carga horária dedicada ao serviço? Quantas reuniões de organização realizam? Há multiplicadores?		
Instalações, equipamentos e insumos	Capacidade da sala de reunião Número de consultórios Existência de equipamentos Insumos necessários	As instalações, equipamentos e insumos estão adequados às normas técnicas estabelecidas pelo programa?	Observação Check lists Entrevista	Visita ao local Profissionais que utilizam e gerenciam os equipamentos e insumos
Estrutura de Acessibilidade/ adesão	Tipo do serviço (aberto/fechado/ misto/ homogêneo) Localização do serviço, Número de grupos oferecidos/ano Número de usuários atendidos /ano Condições de entrada e permanência no grupo de usuários	Qual é o tipo do serviço oferecido? Onde está localizado? Quantos grupos foram oferecidos por ano? Quantos usuários foram atendidos/ano? Quais são os requisitos para participar do grupo?	Observação Check lists Entrevista	Visita ao local Profissionais do serviço

TEMA/ DIMENSÃO	VARIÁVEL OBSERVÁVEL E INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	MODALIDADE DE COLETA DE INFORMAÇÃO	FONTES
		Quais são os requisitos de permanência no grupo?		
Estrutura de divulgação e de transmissão de conhecimento	Pesquisa Ensino Assistência Internet Rádio, TV Folhetos?			
Estrutura de registro dos atendimentos	Formas de documentação dos resultados individuais	Quais são as formas de registro e documentação do desempenho e resultados individuais e coletivos?	Dados secundários: documentos oficiais	Arquivos de fichas dos usuários atendidos no período Prontuários
Apoio	Medicamentoso (Machado, 2010) Segurança	Qual é o apoio medicamentoso oferecido?	Dados primários Dados secundários: documentos oficiais	Entrevista com os profissionais Manual do serviço Registro de fornecimento de medicamentos
Educação	Material Educativo (existência, linguagem, compreensão e aceitação)	Quais são os materiais educativos disponíveis? Cartilhas, folhetos, livros, livretos, manuais página na internet?	Dados primários Dados secundários: documentos oficiais	Entrevista com os profissionais Manual do serviço Material educativo

(Lopes, 2008; Lendahls et al., 2002 ; Chalmers et al, 2004; Moffatt, Whip, 2004; Akerman et al, 2004 ; Pullon et al 2003; Marques et al., 2001 ; U.S. Preventive Task Force, 2009; Reichert J et al., 2008; National Institutes Of Health, 2006; Joanna Briggs Institute, 2001; Marques et al., 2001, Tanaka, 1996, p.60).

ANEXO 10 - Esboço de matriz de indicadores de *processo*, classificados por temas e fontes de dados.

TEMA/ DIMENSÃO	VARIÁVEL OBSERVÁVEL E INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	MODALIDADE DE COLETA DE INFORMAÇÃO	FONTES
Alcance da cobertura do serviço oferecido	Número de casos atendidos entre 2004 e 2010	Qual o alcance do serviço junto à população alvo?	Levantamento de arquivos Grupo focal	Arquivos de fichas dos usuários atendidos no período Grupo focal de usuários
Processo decisório do serviço com relação aos requisitos do programa nacional de controle do tabagismo	Estimativa de casos existentes que necessitam de atendimento	Como se operam as decisões? Quais requisitos são e não são atendidos pelo serviço?	Dados de observação e entrevistas Análise de documentos e arquivos	Visita ao local Entrevistas com dirigentes, técnicos, usuários e outros informantes-chave Grupo focal de usuários Grupo focal de profissionais
Adesão/ Acesso	Facilidade em matricular-se no grupo Acolhimento e disponibilidade Faltas nas reuniões - faltar é indicador confiável de baixa adesão (Nemes 2009) Existência de busca ativa dos motivos das faltas dos usuários não aderentes Reengajamento do usuário (que faltou/ abandonou) durante o processo terapêutico?	Quanto tempo leva entre a inscrição e a efetiva participação no grupo? Há facilidade para a realização da matrícula? Há facilidade para o usuário esclarecer dúvidas fora do momento programado para o grupo? Qual é a porcentagem de faltas nas reuniões? Qual é a porcentagem de abandono do programa oferecido? Há busca ativa e/ou tentativa	Entrevistas Grupo focal de usuários Grupo focal de profissionais Levantamento de arquivos	Arquivos de fichas dos usuários atendidos no período Registro da frequência nas reuniões Entrevista por telefone Grupo focal de usuários Grupo focal de profissionais

TEMA/ DIMENSÃO	VARIÁVEL OBSERVÁVEL E INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	MODALIDADE DE COLETA DE INFORMAÇÃO	FONTES
		de reengajamento dos faltantes e desistentes? Quais são os motivos das faltas e das desistências?		
Contexto	Perfil dos participantes Nível de dependência (teste de Fargeström)	Qual é o perfil dos participantes segundo características gerais/ nível de dependência?	Levantamento de arquivos	Arquivos de fichas dos usuários atendidos no período
Perfil do serviço	Número de encontros (grupais e individuais) Existência de acompanhamento (forma e período)	Como se organizam os encontros grupais e individuais? Quais são os critérios de acompanhamento após os encontros? Qual é a forma e qual é o período de acompanhamento?	Entrevista Registros dos encontros e atendimentos Levantamento de arquivos	Arquivos de fichas dos usuários atendidos no período Registro da frequência nas reuniões Entrevista com os profissionais
Integralidades da prática de atenção à saúde	Intersetorialidade nas práticas e intervenções Articulações com outros setores do HU-USP Articulações com outras unidades da USP Articulações com o SUS	Quais são as iniciativas de busca de intersetorialidade nas práticas e intervenções? Como são estabelecidas articulações com outros setores do HU-USP, outras unidades da USP, com o SUS, com o CRATOD, com o INCA, com a sociedade, com a(s) comunidade(s), com ONGs?	Entrevistas Grupo focal de usuários Grupo focal de profissionais	Grupo focal de usuários Grupo focal de profissionais Entrevistas com dirigentes, técnicos, usuários e outros informantes-chave

TEMA/ DIMENSÃO	VARIÁVEL OBSERVÁVEL E INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	MODALIDADE DE COLETA DE INFORMAÇÃO	FONTES
	<p>Articulações com o CRATOD</p> <p>Articulações com o INCA</p> <p>Articulações com a sociedade</p> <p>Articulações com a(s) comunidade(s)</p> <p>Articulações com ONGs</p> <p>Parcerias com a sociedade civil organizada</p> <p>Eqüidade</p>	<p>Como são estabelecidas parcerias com a sociedade civil organizada?</p> <p>Como se estabelecem princípios de eqüidade?³⁸</p>		
Diagnóstico do tabagismo	Realização de abordagem mínima a todos os indivíduos (os “5A”: perguntar, aconselhar, negociar, preparar, avaliar)	A abordagem mínima é realizada nas consultas individuais: no ambulatório? No pré-natal? Nas unidades de internação?	Entrevista	Entrevista a informantes-chave (profissionais de saúde e pacientes do Ambulatório, do pré-natal e internados)
Acompanhamento	<p>Acompanhar com diferentes estratégias (mídia, telefone, Internet, por exemplo)</p> <p>Medidas que previnam recaídas</p> <p>Medidas que previnam a iniciação do tabagismo</p>	<p>Ações multi estratégicas?</p> <p>Há medidas de prevenção de recaídas? Quais?</p> <p>Há medidas de prevenção do tabagismo? Quais?</p>	<p>Registros dos encontros e atendimentos</p> <p>Levantamento de arquivos</p> <p>Entrevista</p>	<p>Entrevista com os profissionais</p> <p>Arquivos de fichas dos usuários atendidos no período</p>

³⁸ Perelman, 1996 apud Hartz, 2005, p.25 “instrumento de justiça para resolver as contradições entre as fórmulas de justiça formal ou abstrata” – acesso, acolhimento, qualidade, efetividade.

TEMA/ DIMENSÃO	VARIÁVEL OBSERVÁVEL E INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	MODALIDADE DE COLETA DE INFORMAÇÃO	FONTES
	Ampliação do foco dos sujeitos para o contexto familiar e comunitário Extensão das informações do usuário do serviço aos profissionais de saúde que dele cuidam	A abordagem é ampliada para o contexto familiar e comunitário? Como? As informações do usuário do serviço são compartilhadas com os profissionais que dele cuidam? Como?		
Avaliação	Avaliar a eficácia da intervenção	Os profissionais avaliam a performance da intervenção? Os profissionais modificam suas estratégias?	Levantamento de arquivos Entrevista	Arquivos de fichas dos usuários atendidos no período Entrevista com os profissionais
Abordagem	Abordagem centrada no paciente Com conhecimento de sua situação social? Com conhecimento de seus pontos de vista? Diferenciada aos grupos de risco (gestantes, idosos, portadores de doenças cardiovasculares, adolescentes) Concepção holística Terapia individual	Como é a abordagem? Os diferentes contextos sociais e culturais são contemplados? Há abordagem diferenciada para diferentes grupos de risco? Há indícios do foco não ser exclusivo no tabagismo, de modo a contemplar o indivíduo como um todo? As preferências do paciente são respeitadas, quanto à terapia individual e em grupo?	Grupo focal Entrevista	Grupo focal de usuários Grupo focal de profissionais Entrevistas com dirigentes, técnicos, usuários e outros informantes-chave

TEMA/ DIMENSÃO	VARIÁVEL OBSERVÁVEL E INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	MODALIDADE DE COLETA DE INFORMAÇÃO	FONTES
	Terapia comportamental breve em grupo Implantação de intervenções mais atrativas (National Institutes Of Health, 2006, p.844)	Há tentativas de usar intervenções mais atrativas? Quais?		
Divulgação e comunicação	Divulgação e comunicação	Como é feita a divulgação do serviço? Qual é a sua abrangência?	Dados primários por inquérito ou entrevista Dados secundários	Análise do conteúdo e dos veículos de divulgação e comunicação Análise do conteúdo das reuniões em grupo Entrevista com profissionais Grupo focal de profissionais Grupo focal de usuários
Educação	Educação (dialógicas? Educação em saúde? Existência de práticas educativas individuais, coletivas e/ou comunitárias (campanhas, eventos).	Quais são as práticas educativas adotadas?	Dados primários por inquérito ou entrevista Dados secundários	Análise do material educativo Análise do conteúdo educacional das reuniões em grupo Entrevista com profissionais Grupo focal de profissionais Grupo focal de usuários

(Lopes, 2008; Lendahls et al., 2002 ; Chalmers et al, 2004; Moffatt, Whip, 2004; Akerman et al, 2004 ; Pullon et al 2003; Marques et al., 2001 ; U.S. Preventive Task Force, 2009; Reichert J et al., 2008; National Institutes Of Health, 2006; Joanna Briggs Institute, 2001; Marques et al., 2001, Tanaka, 1996, p.60).

ANEXO 11 - Esboço de matriz de indicadores de *resultado*, classificados por temas e fontes de dados.

TEMA/ DIMENSÃO	VARIÁVEL OBSERVÁVEL E INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	MODALIDADE DE COLETA DE INFORMAÇÃO	FONTES
Efeito do serviço sobre a população atendida	Número de grupos por ano Número de pessoas por grupo Porcentagem de cessação do tabagismo (entre forte e fraco-dependentes) Porcentagem de cessação do tabagismo (entre usuários de medicamento e não usuários de medicamento)% de Participação nas reuniões/ por ano	Quantos grupos por ano? Quantas pessoas por grupo? Quantos pararam de fumar? Quantos diminuíram o número de cigarros? Quantos mantiveram o seu comportamento inalterado? O fornecimento de medicamentos influenciou nos resultados?	Levantamento de arquivos Dados primários por inquérito ou entrevista	Arquivos de fichas dos usuários atendidos no período Grupo focal de usuários Grupo focal de profissionais
Efetividade	Relação entre os processos adotados e os resultados obtidos Nível de monóxido de carbono expirado	O serviço de tratamento do tabagismo favoreceu a população atendida em suas tentativas de parar de fumar? Em que grau? O nível de monóxido de carbono é condizente com o número de cigarros declarado?	Dados primários por inquérito ou entrevista Dados secundários de documentação Levantamento de arquivos	Arquivos de fichas dos usuários atendidos no período Grupo focal de usuários Grupo focal de profissionais
Disseminação do conhecimento	Número de atividades de disseminação do conhecimento	Qual é a produção e como se dá a disseminação do conhecimento?	Dados secundários de documentação Levantamento de arquivos	Pesquisa na produção científica de profissionais do grupo (currículo Lattes, Google, bases de

TEMA/ DIMENSÃO	VARIÁVEL OBSERVÁVEL E INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	MODALIDADE DE COLETA DE INFORMAÇÃO	FONTES
				dados eletrônicas, entre outros)
Impacto Social	Melhoria das condições de saúde da população	Qual é a contribuição do serviço na melhoria das condições de saúde da população?	Dados primários por inquérito ou entrevista	Grupo focal de usuários Grupo focal de profissionais
Resgate ético	Respeito ao sigilo Respeito à autonomia Respeito ao momento certo de abordar	Os profissionais respeitam a autonomia? Preservam o sigilo? São oportunos na abordagem?	Dados primários por inquérito ou entrevista	Grupo focal de usuários Grupo focal de profissionais
Impacto Operacional	Verificar se as rotinas do serviço estão sendo aplicadas igualmente. Identificar áreas de não-observância Medir a satisfação dos usuários e profissionais (incluindo a gerência) com o serviço. Medir a satisfação dos usuários e profissionais com o tratamento para parar de fumar proposto?	Há áreas desiguais na aplicação das rotinas do serviço? Quais? Qual é o nível de satisfação do usuário e dos profissionais envolvidos, com o serviço? Qual é o nível de satisfação do usuário e dos profissionais envolvidos, com o tratamento proposto?	Dados primários por inquérito ou entrevista	Grupo focal de usuários Grupo focal de profissionais

(Lopes, 2008; Lendahis et al., 2002 ; Chalmers et al, 2004; Moffatt, Whip, 2004; Akerman et al, 2004 ; Pullon et al 2003; Marques et al., 2001 ; U.S. Preventive Task Force, 2009; Reichert J et al., 2008; National Institutes Of Health, 2006; Joanna Briggs Institute, 2001; Marques et al., 2001, Tanaka, 1996, p.60).

ANEXO 12 - Carta do Comitê de Ética em Pesquisa do HU-USP



São Paulo, 23 de junho de 2012.

Il^{mo(a)}. Sr^(a).

Ana Lucia Mendes Lopes

Departamento de Saúde Coletiva

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “Avaliação da qualidade do Serviço de Tratamento do Tabagismo em um hospital escola na perspectiva da promoção da saúde” – **Pesquisador(a) responsável:** Ana Lúcia Mendes Lopes – **Orientador (a):** Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracoli - **Registro CEP-HU/USP:** 1202/12 – **CAAE:** 01026912.5.0000.5392

Prezada Senhora

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 22 de junho de 2012, analisou o Projeto de Pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como o seu **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, inciso IX.2, letra “c”.

O primeiro relatório está previsto para 22 de junho de 2013.

Atenciosamente,


Dr. Mauricio Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA USP
Avenida Professor Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – 05508-000 São Paulo – SP
Tels.: (11) 3091-9457 – Fax: (11) 3091-9479 - E-mail: cep@hu.usp.br