

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**KAREN PIRES ANTUNES**

**INICIATIVAS DE UMA COMISSÃO DE CONTROLE DO TABAGISMO EM  
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Porto Alegre

2020

KAREN PIRES ANTUNES

**INICIATIVAS DE UMA COMISSÃO DE CONTROLE DO TABAGISMO EM  
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Enfermagem da Universidade  
Federal Rio Grande do Sul como requisito  
parcial para a obtenção do título de Enfermeira.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Isabel Cristina Echer

Porto Alegre

2020

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>4</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>6</b>
2.1 Objetivo geral.....	6
2.2 Objetivos específicos .....	6
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>7</b>
3.1 O tabagismo .....	7
3.2 Trajetória da legislação antitabagismo no Brasil.....	8
3.3 Educação em saúde para cessação do tabagismo .....	11
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>14</b>
4.1 Tipo de estudo .....	14
4.2 Campo de estudo .....	14
4.3 Objeto de estudo.....	15
4.4 Coleta dos dados.....	15
4.5 Análise dos dados .....	16
4.6 Aspectos éticos.....	16
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>17</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>22</b>
Artigo intitulado Iniciativas de uma Comissão de Controle do Tabagismo para coibir o fumo em um hospital universitário .....	22
Resumo.....	22
Introdução.....	22
Método .....	24
Resultados .....	25
Discussão.....	32
Conclusão .....	35
Referências .....	35
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>38</b>
<b>ANEXO A</b> .....	<b>39</b>
<b>ANEXO B</b> .....	<b>44</b>
<b>ANEXO C</b> .....	<b>45</b>
<b>ANEXO D</b> .....	<b>46</b>
<b>ANEXO E</b> .....	<b>47</b>

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço aos meus pais, Cristina e Gleciomar, que me educaram, incentivaram e apoiaram minhas escolhas. Ao meu irmão, Gabriel, pela parceria e cumplicidade.

À todos os meus professores que contribuíram para a minha educação fazendo com que eu chegasse nesse momento.

Ao meu namorado, Josué, pelo companheirismo, paciência e carinho.

As minhas incríveis amigas Francynne, Natália e Walcy, pela torcida e apoio nos momentos bons e ruins.

À minha orientadora professora Isabel Cristina Echer que me oportunizou a vivência de ser bolsista da Comissão de Controle de Tabagismo e conseqüentemente estar podendo realizar esse trabalho.

À enfermeira Solange Klöckner Boaz, por compartilhar suas experiências e aprendizados com calma e gentileza.

À mestranda Fernanda e bolsista Eduarda por me ajudarem a elaborar esse trabalho.

À minha turma Enfermagem 2015/2, sem vocês esses cinco anos não teria sido tão alegre, intenso e com tantas novas experiências de vida.

Por fim, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Escola de Enfermagem que me proporcionaram um ensino de qualidade.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado!

## 1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença crônica caracterizada pela dependência de nicotina e consta na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo considerado um grave problema de saúde pública. Além disso, o tabaco está relacionado com cerca de 50 doenças, dentre elas destacam-se as cardiovasculares, respiratórias, diabetes e neoplasias (BRASIL, 2016; BRASIL, 2018a). Entre as doenças causadas pelo tabagismo, os percentuais são mais elevados para as doenças respiratórias como câncer de pulmão (78%), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) (74%), e pneumonias (13%) (PINTO et al, 2017).

O fumo passivo também acarreta prejuízos à saúde devido a inalação da fumaça derivada da combustão do tabaco. As substâncias químicas que saem da ponta do cigarro e se difundem homogeneamente no ambiente contém, em média, três vezes mais nicotina e monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas. As pessoas expostas involuntariamente a fumaça do tabaco podem desenvolver as mesmas doenças que um fumante ativo. Em crianças, pode aumentar o número de infecções respiratórias (BRASIL, 2018b).

O tabaco é responsável por mais de oito milhões de mortes por ano em todo o mundo, sendo em torno de sete milhões em fumantes ativos e 1,2 milhão em não fumantes expostos ao fumo passivo (BRASIL, 2019a). Em 2015, no Brasil, o tabagismo foi associado a 156.216 mortes (428 mortes ao dia), correspondendo a 12,6% do total das mortes nesse ano (PINTO et al, 2017).

Os gastos causados pelo tabagismo geram em torno de R\$ 39,4 bilhões em custos diretos à saúde por ano, o que equivale a 8% de todo o dinheiro investido na saúde brasileira, e R\$ 17,5 bilhões em custos indiretos decorrentes da perda de produtividade devido à morte prematura e incapacidade de trabalhadores. Isso representa despesas anuais de R\$ 56,9 bilhões, sendo que a arrecadação fiscal pela venda do produto cobre apenas 23% desse valor. (PINTO et al., 2017).

Com o intuito de limitar a exposição ao fumo entra em vigor a Lei n.º 9.294, de 15 de julho de 1996, restringindo o uso de tabaco e seus derivados em ambiente coletivo fechado, privado ou público, com exceção de área isolada e destinada exclusivamente a esse fim (BRASIL, 1996). A Portaria Interministerial n.º 1.498, de 22 de agosto de 2002, recomenda que instituições de saúde e de ensino introduzem programas de ambientes livres da exposição tabágica ambiental (BRASIL, 2002a). Em 14 de dezembro de 2011, a Lei nº 12.546 inclui a proibição do uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto

fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, privado ou público (BRASIL, 2011a).

A partir das legislações instituídas e diante desse cenário, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) preocupado com os prejuízos acarretados pelo tabaco, criou em 1989 a Comissão de Controle do Tabagismo (CCT). O objetivo desta é coibir o fumo nas dependências e arredores da instituição, bem como conscientizar a população por meio de ações educativas (HCPA, 2017).

Assim, este estudo se propõe a responder a seguinte questão norteadora: “Quais as iniciativas realizadas pela Comissão de Controle do Tabagismo, nos últimos cinco anos, para impedir o fumo nas dependências e arredores do hospital?”. Esta pesquisa é relevante a medida que poderá qualificar as estratégias atualmente desenvolvidas dando maior visibilidade às iniciativas realizadas por esta comissão para promover a saúde de trabalhadores, visitantes e pacientes, e um ambiente livre do tabaco.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Identificar as iniciativas realizadas pela Comissão de Controle do Tabagismo no Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos últimos cinco anos.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Verificar o número de rondas realizadas;
- Verificar o número de fumantes abordados e a quantidade de baganas encontradas nas áreas vistoriadas;
- Identificar as atividades educativas realizadas pela comissão.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O tabagismo

Existe mais de um bilhão de fumantes no mundo, sendo que a maioria reside em países de baixa e média renda, onde a quantidade de doenças e mortes relacionadas ao tabaco é maior. Estima-se que os fumantes atuais consumam cerca de seis trilhões de cigarros anualmente (WHO, 2019).

Conforme recente análise feita pela OMS, o Sudeste Asiático apresenta maior percentual de tabagismo, com 31,2%, e o menor, a África, com 13,5%. A região das Américas apresentou 20,1% em 2015 (WHO, 2019). No Brasil, em 2018, o percentual de adultos fumantes foi de 9,3%, sendo Porto Alegre a cidade com a maior taxa (14,4%), seguida por São Paulo (12,5%) e Curitiba (11,4%) (BRASIL, 2019b).

Em 1970, começaram a surgir no Brasil movimentos de controle do tabagismo liderados por profissionais de saúde e sociedades médicas. A partir disso, em 1985, começou a ser institucionalizada a constituição do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo e, em 1986, foi criado o Programa Nacional de Combate ao Fumo (BRASIL, 2018c; ROMERO E SILVA, 2011).

Em 1989, 34,8% da população brasileira adulta era fumante. Segundo a Pesquisa Mundial de Saúde, em 2003, observou-se uma queda significativa desses números para 22,4% de adultos fumantes e, dez anos depois, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde o percentual de tabagistas foi de 14,7 % (BRASIL, 2019c).

Nota-se que a prevalência de adultos fumantes no Brasil tem diminuído expressivamente desde o final da década de 1980, devido as inúmeras ações desenvolvidas pela Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), articulada pelo Ministério da Saúde por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Essa política tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e, consequentemente, a morbimortalidade relacionada ao consumo do tabaco por meio de ações educativas, comunicação e atenção à saúde com o apoio de medidas legislativas e econômicas. Diminuindo assim, as chances da iniciação tabágica, principalmente, entre menores de 18 anos (BRASIL, 2018c).

Nessa perspectiva, a Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) foi validada no Brasil em 2005, sendo o primeiro tratado internacional de saúde pública que tem como propósito conter a epidemia global do tabagismo. O objetivo da CQCT é "proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas



geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco". Determina, também, a adesão de medidas intersetoriais nas áreas de propaganda, publicidade, patrocínio, advertências sanitárias, tabagismo passivo, tratamento de fumantes, comércio ilegal, preços e impostos (WHO, 2003). Dessa forma, visando o cumprimento das medidas e diretrizes da CQCT pelo país o Programa Nacional de Controle do Tabagismo passou a fazer parte da Política Nacional de Controle do Tabagismo (BRASIL, 2018c).

Em nível nacional, o INCA tem se dedicado a implementar iniciativas que visam alcançar os objetivos propostos pela PNCT. Sua principal função é articular a participação e alinhamento dos setores do governo aos objetivos e medidas previstas pela CQCT. O Ministério da Saúde e o INCA atuam em rede desenvolvendo ações, em conjunto com as equipes coordenadoras dos estados e dos municípios, para elaborar atividades do Programa. Essas ações são multiplicadas nas diferentes instituições envolvidas no controle do tabagismo, tais como escolas, instituições de saúde e universidades (BRASIL, 2018c).

### **3.2 Trajetória da legislação antitabagismo no Brasil**

O combate ao tabagismo iniciou com a Lei n.º 7.488, de 11 de junho de 1986, quando foi criado o Dia Nacional de Combate ao Fumo que determina a realização de atividades alusivas ao tema no dia 29 de agosto em todo o território nacional (BRASIL, 1986). Posteriormente, a Portaria Interministerial n.º 3.257, de 22 de setembro de 1988, recomenda medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho e confere certificados de honra ao mérito às empresas que se destacarem em campanhas para o controle do tabagismo (BRASIL, 1988a).

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988, Capítulo V, sobre Comunicação Social no Art. 220. § 4º, torna público a restrição legal da propaganda comercial de tabaco garantindo à pessoa e à família a possibilidade de se defenderem da propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente, e deverá conter, sempre que necessário, advertência sobre os malefícios decorrentes de seu uso (BRASIL, 1988b). Visando preservar o direito à saúde, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, proíbe vender, fornecer ou entregar, à criança ou ao adolescente, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica (BRASIL, 1990).

A Portaria Interministerial n.º 477, em 24 de março de 1995, recomenda às emissoras de televisão que evitem a transmissão de imagens em que apareçam personalidades conhecidas do público fumando e aos órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) a recusa do

patrocínio, colaboração, apoio ou promoção de campanhas de saúde pública pelas indústrias de tabaco (BRASIL, 1995).

Em 15 de julho de 1996, a Lei n.º 9.294 restringe o uso e a propaganda de produtos fumígenos. Esta proíbe o uso de tabaco e seus derivados em ambiente coletivo fechado, privado ou público, com exceção de área isolada e destinada exclusivamente a esse fim; a venda por via postal; a distribuição de amostra ou brinde; a comercialização em estabelecimentos de ensino e de saúde; publicidade nos meios de comunicação e nos pontos de venda, com exceção da exposição dos produtos nos locais de venda; a propaganda por meio eletrônico, inclusive Internet; a propaganda indireta contratada, também denominada merchandising; o patrocínio de eventos esportivos nacionais e culturais; a venda a menores de 18 anos (BRASIL, 1996).

A Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, decreta o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) responsável pela regulamentação, controle e fiscalização dos cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco (BRASIL, 1999).

A Medida Provisória n.º 2.190-34, de 23 de agosto de 2001, inclui na Lei n.º 9.294/96 que o material de propaganda e as embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco, exceto as destinadas à exportação, contenham advertências acompanhadas de imagens que ilustrem o seu sentido (BRASIL, 2001). A Portaria Interministerial n.º 1.498, de 22 de agosto de 2002, recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres da exposição tabágica ambiental. Confere certificados de honra ao mérito às instituições de saúde e de ensino que se destacarem em campanhas para o controle do tabagismo (BRASIL, 2002a). Em 07 de novembro de 2002, a Resolução de Diretório Colegiado (RDC) n.º 304 proíbe em todo o território nacional a produção, importação, comercialização, propaganda e distribuição de alimentos com forma de apresentação semelhante a cigarro, charuto, cigarrilha, ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco (BRASIL, 2002b).

Em 17 de janeiro de 2003, a Resolução - RDC n.º 15 regulamenta disposições dadas pela Lei n.º 9.294, de 15 de julho de 1996, proibindo a venda de produtos derivados do tabaco na Internet (BRASIL, 2003a). A Resolução - RDC n.º 199, de 24 de julho de 2003, regulamenta as frases de advertência do Ministério da Saúde exibidas durante a transmissão de eventos esportivos e culturais internacionais de produtos derivados do tabaco (BRASIL, 2003b). O Decreto de 1º de agosto de 2003 cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos (BRASIL, 2003c). A Resolução - RDC n.º 335, de 21 de novembro de 2003, dispõe sobre a inserção de novas advertências, acompanhadas de imagens, nas embalagens e no material de propaganda dos produtos

fumígenos. Determina a impressão da seguinte frase nas embalagens dos produtos derivados do tabaco: “Venda proibida a menores de 18 anos - Lei 8.069/1990 e Lei 10.702/2003”, proibindo o uso de frases como “Somente para adultos” e “Produto para maiores de 18 anos” (BRASIL, 2003d).

O Decreto n.º 1.012, de 28 de outubro de 2005, aprova o texto da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, assinada pelo Brasil, em 16 de junho de 2003 (BRASIL, 2005). A Portaria do Ministério da Saúde n.º 300, de 09 de fevereiro de 2006, institui o programa “Ministério da Saúde Livre do Tabaco”, com a finalidade de elaborar e implementar ações educativas destinadas a conscientizar os funcionários e os visitantes da instituição em relação aos males provocados pelo uso do tabaco. Proíbe fumar em todas as dependências do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

A Lei n.º 11.488, de 15 de junho de 2007, obriga os fabricantes de cigarros a instalarem equipamentos contadores de produção e que permitem o controle e rastreamento dos produtos em todo o território nacional, possibilitando a identificação legítima da origem do produto e reprimindo a produção e importação ilegais, bem como a comercialização de contrafações (BRASIL, 2007a). A Resolução - RDC n.º 90, de 27 de dezembro de 2007, dispõe sobre a obrigatoriedade de registrar os dados cadastrais dos produtos fumígenos, derivados do tabaco, fabricados no território nacional, importados ou exportados (BRASIL, 2007b).

Em 28 de agosto de 2009, a Resolução n.º 46 proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar, conhecidos como cigarro eletrônico, e-cigarettes, e-ciggy, ecigar, entre outros (BRASIL, 2009).

A Lei n.º 12.546, de 14 de dezembro de 2011, altera o sistema de tributação dos cigarros e institui a política de preços mínimos. Determina que, a partir de janeiro de 2016, 30% das embalagens de produtos de tabaco tenham advertências sanitárias sobre os malefícios do tabagismo e proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, privado ou público (BRASIL, 2011a). Em 12 maio de 2011, a Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.083 aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional para Implementação da Convenção - Quadro para o Controle do Tabaco (BRASIL, 2011b).

Em 15 de março de 2012, a Resolução - RDC n.º 14 dispõe sobre os limites máximos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono nos cigarros; restringe o uso de aditivos em produtos derivados do tabaco comercializados; proíbe a utilização, em embalagens ou material publicitário, de descritores, tais como, classes, baixos teores, suave, light, leve e outros que

possam induzir o consumidor a uma interpretação equivocada quanto aos teores contidos nos cigarros (BRASIL, 2012).

A Lei nº 12.921, de 26 de dezembro de 2013, proíbe a fabricação, a comercialização, a distribuição e a propaganda de produtos nacionais e importados, de qualquer natureza, bem como embalagens, destinados ao público infanto juvenil, reproduzindo a forma de cigarros e similares (BRASIL, 2013).

O Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014, altera o Decreto nº 2.018, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe da proibição do tabagismo em local público ou privado, total ou parcialmente fechado em qualquer de seus lados por parede, divisória, teto, toldo ou telhado, de forma permanente ou provisória (BRASIL, 2014).

Em 11 de dezembro de 2017 o Decreto Legislativo nº 185 aprova o texto do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco (BRASIL, 2017a). A Resolução - RDC nº 195, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre embalagens e advertências sanitárias para produtos fumígenos derivados do tabaco que deverão conter todas as advertências sanitárias sobre os riscos decorrentes do uso desses produtos (BRASIL, 2017b). O Decreto nº 9.517, de 01 de outubro de 2018, institui o Comitê para Implementação do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco (BRASIL, 2018d).

### **3.3 Educação em saúde para cessação do tabagismo**

A proposta de promoção da saúde admitida em vários países sugere a existência de políticas públicas saudáveis que articulem diversos setores da sociedade com o objetivo de proporcionar melhorias no modo de viver e na redução dos riscos à saúde (HARADA et al, 2012).

No início do século XX, o termo “Promoção da Saúde” foi utilizado pela primeira vez por Henry Sigerist, um sanitarista, que elaborou as quatro funções da medicina, sendo elas a promoção da saúde, a prevenção das doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação. A primeira função consistia em iniciativas de educação em saúde e, também, ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida (HARADA, 2012). No final do século XIX, Thomas McKeown observou que a melhoria da qualidade de vida estava relacionada ao desenvolvimento econômico, a nutrição da população e as mudanças nas classes sociais (HARADA, 2012). Assim, foi possível observar que somente tratar a doença não era o suficiente, também era necessário gerar a promoção e educação em saúde para as pessoas permanecessem saudáveis. Em 1974, o governo canadense publicou o relatório *Lalonde* que

incentiva a prática de promoção da saúde e questionava o fato dos recursos de políticas públicas serem destinados aos agravos das doenças, sem investigar as causas e fatores predisponentes dessas doenças (HARADA, 2012; RABELLO, 2009). Nessa perspectiva, em 1978, a Declaração de Alma-Ata propõe a existência da atenção primária a saúde, expandindo o olhar para o cuidado a saúde integral e participação da população (RABELLO, 2009).

Em 1986, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa (Canadá). Essa conferência gerou a Carta de Ottawa, que amplia a definição de saúde, incorporando a atenção primária a saúde, a intersectorialidade, a participação social e a reorganização dos serviços assistências (RABELLO, 2009). Concomitantemente, no Brasil, ocorria a 8ª Conferência Nacional de Saúde em um momento de importantes mudanças políticas, sociais e culturais em que também se discutia o modelo biomédico de assistência (HARADA, 2012).

A partir das conferências internacionais e nacionais e da legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde foi implementada, em 2006, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com o objetivo de desenvolver e avaliar as ações de promoção da saúde (DIAS et al, 2018). Essa política é desenvolvida por meio de projetos e programas de promoção da saúde em todo o país. A Rede Nacional de Promoção da Saúde conta com o programa Vida no Trânsito, a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, a Academia da Saúde, o Programa Saúde na Escola, promoção da alimentação saudável, redução do uso de álcool e do tabaco, entre outros (MAGALHÃES, 2016).

Nesse sentido, o PNCT realiza ações direcionadas para a prevenção da iniciação do tabagismo, o tratamento e a promoção de ambientes livres de tabaco. Tendo em vista essas iniciações o INCA é responsável por desenvolver estratégias voltadas para os diferentes públicos. Destacam-se, nesse plano o programa de educação para a saúde, denominado Saber Saúde com o objetivo de habilitar a comunidade para desenvolver a capacidade de decidir sobre a adesão de comportamentos saudáveis na busca de melhor qualidade de vida. O Programa Saber Saúde instrui profissionais da educação e da saúde para trabalharem conteúdos relacionados à promoção da saúde e prevenção do tabagismo com crianças, adolescentes e jovens dentro das escolas (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b). O Dia Mundial sem Tabaco, alerta sobre as doenças e mortes evitáveis relacionadas ao tabagismo, e o Dia Nacional de Combate ao Fumo, que reforça as ações nacionais de sensibilização e mobilização da população para os danos sociais, políticos, econômicos e ambientais causados pelo tabaco, também são

intervenções que corroboram nas mudanças de atitude e de comportamento diminuindo as taxas de iniciação no tabagismo (BRASIL, 2020c; BRASIL, 2020d).

A legislação e as políticas públicas de saúde visando a educação, comunicação e conscientização da população são válidas e de extrema importância para que as iniciativas em prol de coibir o fumo sejam implementadas e aderidas. Contudo, ainda não são aderidas por completo, fazendo com que seja necessário reforçá-las e inová-las.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva, com abordagem quantitativa, a ser realizada por meio da análise de documentos originais da Comissão de Controle do Tabagismo. A análise documental busca material que não foi editado e sua utilização contribui e valoriza as evidências coletadas por outros instrumentos, sendo úteis para triangulações de dados e de resultados. Buscas sistemáticas em documentos são importantes em qualquer planejamento para coleta de dados e evidências (ANDRADE, 2010).

Segundo Polit e Beck (2011), a pesquisa quantitativa movimenta-se de modo sistemático, utilizando métodos destinados a controlar a situação de pesquisa de modo a minimizar as parcialidades e maximizar a precisão e validade. Neste estudo, os pesquisadores, observam, contam, esboçam, elucidam e classificam. A descrição quantitativa enfatiza a prevalência, a incidência, o tamanho e outros atributos mensuráveis dos fenômenos.

### **4.2 Campo de estudo**

O estudo foi realizado em um hospital universitário de grande porte e referência no ensino, assistência e pesquisa no Sul do Brasil, que oferece atendimento em mais de 60 especialidades e atende majoritariamente pacientes encaminhados pelo Sistema Único de Saúde. No ano de 2019, a instituição contabilizou 33.092 internações, 567.784 consultas, com quadro de funcionários composto por 6.096 profissionais.

A CCT foi criada por esta instituição em 1989 com o objetivo de coibir o fumo nas dependências e perímetro do hospital, bem como conscientizar a população por meio de ações educativas. Ela é composta por uma equipe multiprofissional formada por enfermeiras, acadêmica de enfermagem, médicas, funcionários da vigilância e da higienização, coordenação de gestão de pessoas e segurança do trabalho. Seus membros reúnem-se mensalmente e/ou extraordinariamente para discutir e definir iniciativas para manter o ambiente da instituição livre do tabaco e para a promoção da saúde de trabalhadores, visitantes e pacientes. Além disso, também é responsável por elaborar e divulgar atividades educativas para o público geral e realizar capacitações para seus funcionários.

### 4.3 Objeto de estudo

Os documentos que foram analisados neste estudo foram produzidos pela CCT e consistem em atas de reuniões, planilhas e relatórios referentes às atividades desenvolvidas. As atas são elaboradas após o término de cada reunião com a descrição das decisões tomadas e, posteriormente, são digitalizadas conforme modelo institucional e enviadas por e-mail para os membros da comissão.

Uma das atividades sob responsabilidade da CCT são as rondas, que consistem em inspeções efetuadas em áreas internas e externas do hospital pré-definidas pela CCT e são realizadas por uma acadêmica de enfermagem e um vigilante, que contam com o apoio de um membro da equipe da higienização. Elas ocorrem três vezes na semana com a finalidade de abordar e orientar as pessoas que são identificadas fumando em local proibido. Também é realizado a contagem de baganas encontradas no chão para observar a diminuição ou aumento de fumantes nas áreas. Quando se identifica algum funcionário fumando, além da orientação, o mesmo recebe uma notificação por escrito. Essa notificação é enviada à chefia direta do funcionário e também é anexada aos registros do funcionário na instituição.

Após as rondas, são elaboradas planilhas no programa *Excel*<sup>®</sup> com um roteiro pré-estruturado, que possibilita contabilizar o número de fumantes identificados nas áreas vistoriadas, se as abordagens foram realizadas e aceitas, se houve a limpeza das áreas visitadas e a quantidade de baganas encontradas no chão. Também são realizados relatórios no programa *Word*<sup>®</sup> onde se descreve a data, o horário, dados de identificação do segurança que acompanhou a acadêmica de enfermagem, se as inspeções foram internas ou externas, se foi identificado funcionário fumando em local proibido, quais áreas foram encontrados fumantes, locais que a higienização foi ou não realizada e quais locais continham um número maior ou menor de baganas.

### 4.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados no período de agosto de 2019 a janeiro de 2020 e armazenados cronologicamente nos programas *Word*<sup>®</sup> e *Excel*<sup>®</sup> (APÊNDICE A).

Foram incluídos para a análise as atas de reuniões, planilhas e relatórios das rondas referentes ao período de 2015 a 2019. Este intervalo foi definido pelo fato de já haver uma análise realizada anteriormente dos anos de 2005 a 2014. (CRUZ, et al; 2015).



#### **4.5 Análise dos dados**

A análise das atas foi realizada pelos pesquisadores que elencaram as principais ações elaboradas pela comissão para coibir o tabagismo. Para a análise das planilhas e relatórios, utilizou-se a estatística descritiva e apresentou-se a frequência absoluta das variáveis em gráficos, visando melhor entendimento dos resultados pelo leitor.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

O estudo atende à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b) e está alinhado a um projeto de pesquisa intitulado “Ações de uma Comissão de Controle do Tabagismo de um hospital universitário” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob parecer número 27685714.7.0000.5327 (ANEXO A).

A proposta de pesquisa foi autorizada pela Comissão de Controle do Tabagismo, conforme carta assinada pela Coordenadora da comissão (ANEXO B). O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO C). As pesquisadoras assinaram Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais (ANEXO D).

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.G.; LINTZ, A. **Guia para elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de curso**. 2ª ed. Editora Atlas S.A. São Paulo, 2010. 22p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto promulgado em 05 de outubro de 1988b. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.pdf](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf). Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto de 1º de agosto de 2003**. Brasília, DF: Presidência da República, 2003c. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/dnn/2003/Dnn9944.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/dnn/2003/Dnn9944.htm). Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto Legislativo nº 185, 11 de dezembro de 2017**. Brasília, DF: Senado Federal, 2017a. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/2017/decretolegislativo-185-11-dezembro-2017-785909-publicacaooriginal-154466-pl.html>. Acesso em: 31 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 1.012 de 28 de outubro de 2005**. Brasília, DF: Senado Federal, 2005. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/2005/decretolegislativo-1012-27-outubro-2005-539059-convencao-quadro-36837-pl.html>. Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014**. Brasília, DF: Presidência da República, 2014. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/decreto/d8262.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8262.htm). Acesso em: 30 mai. 2019

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 9.517, de 01 de outubro de 2018**. Brasília, DF: Presidência da República, 2018d. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/Decreto/D9517.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Decreto/D9517.htm). Acesso em: 31 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 7.488, de 11 de junho de 1986**. Institui o “Dia Nacional de Combate ao Fumo”. Brasília, DF: Presidência da República, 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1980-1988/L7488.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7488.htm). Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996**. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1996. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9294-15-julho-1996-349045-norma-1996-349045-pl.html>. Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9782.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm). Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 11.488 de 15 de junho de 2007.** Brasília, DF: Presidência da República, 2007a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11488.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11488.htm). Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 12.546 de 14 de dezembro de 2011.** Brasília, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm). Acesso em: 30 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 12.921, de 26 de dezembro de 2013.** Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12921.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12921.htm). Acesso em: 30 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Medida Provisória n.º 2.190-34, de 23 de agosto de 2001.** Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/MPV/2190-34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2190-34.htm). Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Ações educativas pontuais.** Rio de Janeiro, 2020c. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/acoes-educativas-pontuais>. Acesso em: 19 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Dados e números da prevalência do tabagismo.** Rio de Janeiro, 2019c. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>. Acesso em: 15 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Doenças relacionadas ao tabagismo.** Rio de Janeiro, 2018a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/doencas-relacionadas-ao-tabagismo>. Acesso em: 2 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Prevenção do tabagismo.** Rio de Janeiro, 2020d. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/prevencao>. Acesso em: 19 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Promoção da saúde.** Rio de Janeiro, 2020a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/promocao-saude>. Acesso em: 19 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Programa Nacional de Controle do Tabagismo.** Rio de Janeiro, 2018c. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>. Acesso em: 15 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Programa Saber Saúde.** Rio de Janeiro, 2020b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/programa-saber-saude>. Acesso em: 19 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Tabagismo passivo.** Rio de Janeiro, 2018b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo/tabagismo-passivo>. Acesso em: 2 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2018**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2019b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Classificação Internacional de Doenças**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>. Acesso em: 2 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Tabaco**. Brasília, 2019a. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=1097](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=1097). Acesso em: 15 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial n.º 3.257 de 22 de setembro de 1988**. Brasília, DF: Ministério do Trabalho, 1988a. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/participacao-social-mtps/participacao-social-do-trabalho/legislacao-seguranca-e-saude-no-trabalho/itemlist/category/688-sst-portarias-1988>. Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial n.º 477 de 24 de março de 1995**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1995. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1995/pri0477\\_24\\_03\\_1995.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1995/pri0477_24_03_1995.html). Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial n.º 1.498 de 22 de agosto de 2002**. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2002a. Disponível em: [http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/Pi\\_1498\\_2002.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pi_1498_2002.pdf). Acesso em: 30 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 300 de 09 de fevereiro de 2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0300\\_09\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0300_09_02_2006.html). Acesso em: 30 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.083, de 12 de maio de 2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1083\\_12\\_05\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1083_12_05_2011.html). Acesso em: 30 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 304, de 7 de novembro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC\\_304\\_2002\\_COMP.pdf/1cf0a7dc-ced3-4811-b85e-74d9efa36f99](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_304_2002_COMP.pdf/1cf0a7dc-ced3-4811-b85e-74d9efa36f99). Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 17 de janeiro de 2003**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC\\_15\\_2003\\_COMP.pdf/58b53781-6386-4e1f-b9c3-51dc24e6c33a](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_15_2003_COMP.pdf/58b53781-6386-4e1f-b9c3-51dc24e6c33a). Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 199, de 24 de julho de 2003**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em:

[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/%281%29RDC\\_199\\_2003\\_COMP.pdf/4d393226-1e8d-4c72-87a4-2415f4e00233?version=1.0](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/%281%29RDC_199_2003_COMP.pdf/4d393226-1e8d-4c72-87a4-2415f4e00233?version=1.0). Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n.º 335 de 21 de novembro de 2003.**

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003d. Disponível em:

[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC\\_335\\_2003\\_COMP.pdf/f698fc6a-5a4d-4bc6-b937-923329076632](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_335_2003_COMP.pdf/f698fc6a-5a4d-4bc6-b937-923329076632). Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n.º 90 de 27 de dezembro de 2007.**

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em:

[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC\\_90\\_2007\\_COMP.pdf/fdfaa6d6-7e87-4fca-b972-1d02bf6c6dd5](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_90_2007_COMP.pdf/fdfaa6d6-7e87-4fca-b972-1d02bf6c6dd5). Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.º 46 de 28 de agosto de 2009.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

[http://bvsm.sau.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0046\\_28\\_08\\_2009.html](http://bvsm.sau.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0046_28_08_2009.html). Acesso em: 30 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Resolução - RDC Nº 14, de 15 de março de 2012.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em:

[http://bvsm.sau.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0014\\_15\\_03\\_2012.html](http://bvsm.sau.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0014_15_03_2012.html). Acesso em: 31 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n.º 195, de 14 de dezembro de 2017.**

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em:

[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3119516/RDC\\_195\\_2017\\_.pdf/f165638d-15e9-4b9d-99c6-f6ebe20063ad](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3119516/RDC_195_2017_.pdf/f165638d-15e9-4b9d-99c6-f6ebe20063ad). Acesso em: 31 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012b. Disponível em:

<http://www.conselho.sau.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2019.

CRUZ, N.F.; MANTOVANI, V.M.; MACIEL, S.V.P et al. O desafio de controlar o tabagismo em um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 63-71, set. 2015. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000300063&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000300063&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 mai. 2019.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2ª ed. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2009. 152-156p.

DIAS, M.S.A.; OLIVEIRA, I.P.; SILVA, L.M.S. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 103-114, jan. 2018. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000100103&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100103&lng=pt&nrm=iso). Acessos em: 3 jun. 2019.

HARADA, M.J.C.S.; PEDREIRA, M.L.G.; VIANA, D.L. **Promoção da Saúde: fundamentos e práticas.** 1ª ed. Editora Dirce Laplace Viana. São Caetano do Sul (SP), 2012. 1-16p.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). Política de Controle do Tabagismo. Porto Alegre, 2017.

MAGALHAES, ROSANA. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1767-1776, jun. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000601767&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601767&lng=pt&nrm=iso). Acessos em: 3 jun. 2019.

PINTO, M.; BARDACH, A.; PALACIOS, A; BIZ, A; ALCARAZ, A; RODRIGUEZ, B; AUGUSTOVSKI, F; PICHON-RIVIERE, A. **Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos**. Documento técnico IECS N° 21. Argentina, 2017. Disponível em: [www.iecs.org.ar/tabaco](http://www.iecs.org.ar/tabaco). Acesso em: 2 abr. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Editora Artmed. Porto Alegre, 2011.

ROMERO, L. C.; SILVA, V. L.C. 23 anos de Controle do Tabaco no Brasil: a atualidade de Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2011; v. 57, n. 3, p. 305-314, jun 2011.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition**. Geneva, Word Health Organization; 2019.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Framework Convention on Tobacco Control**. Geneva, Word Health Organization; 2003. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 mai. 2019.

## 5 RESULTADO

Os resultados serão apresentados em formato de artigo original já formatado conforme os procedimentos editoriais do Jornal Brasileiro de Pneumologia (ANEXO E), intitulado:

### INICIATIVAS DE UMA COMISSÃO DE CONTROLE DO TABAGISMO PARA COIBIR O FUMO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

#### RESUMO

**Objetivo:** Identificar as iniciativas realizadas pela Comissão de Controle do Tabagismo para coibir o fumo no ambiente hospitalar. **Métodos:** Pesquisa documental descritivo-exploratória retrospectiva com abordagem quantitativa realizada em um hospital universitário do sul do Brasil em 2019. A coleta de dados foi realizada por meio de consulta ao conteúdo das atas de reuniões da Comissão de Controle do Tabagismo e dos relatórios das atividades realizadas. Buscou-se identificar as ações mais relevantes ocorridas no período de 2015 a 2019.

**Resultados:** As principais estratégias para coibir o fumo na instituição e promover à saúde de trabalhadores, visitantes e pacientes consistiram em: rondas, campanhas, atividades educativas e lúdicas e ampliação da sinalização antifumo no perímetro do hospital. Além disso, foi desenvolvido e implementado um curso de Educação a Distância com etapa presencial, visando capacitar os profissionais de enfermagem para abordar os pacientes tabagistas hospitalizados.

**Conclusões:** As iniciativas realizadas pela Comissão de Controle do Tabagismo têm colaborado para promover a saúde de trabalhadores, pacientes e visitantes e para manter o perímetro da instituição livre do fumo.

**Descritores:** Ambientes Livres do Fumo; Poluição por Fumaça de Tabaco; Prevenção do Hábito de Fumar.

#### INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença crônica caracterizada pela dependência de nicotina e está associado a cerca de 50 patologias, dentre elas destacam-se as cardiovasculares, respiratórias, diabetes e câncer<sup>1</sup>. O fumo passivo consiste na inalação da fumaça derivada da combustão do tabaco e acarreta prejuízos, incluindo desde reações alérgicas até infarto agudo do miocárdio, câncer de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica. Em crianças, o número de infecções respiratórias causadas pelo fumo passivo é maior do que em relação aos adultos<sup>2</sup>.

O tabaco é responsável por mais de oito milhões de mortes por ano em todo o mundo, sendo em torno de sete milhões em fumantes ativos e 1,2 milhões indivíduos expostos ao fumo passivo<sup>3</sup>. Em 2020, estima-se que existam em torno de 1,3 bilhões de fumantes no mundo<sup>4</sup>. No Brasil, em 2018, o percentual de adultos fumantes foi de 9,3%, sendo Porto Alegre a cidade com o maior percentual (14,4%), seguida por São Paulo (12,5%) e Curitiba (11,4%)<sup>5</sup>.

O tabagismo, no Brasil, gera anualmente em torno de R\$ 39,4 bilhões de custos diretos à saúde e em torno de R\$ 17,5 bilhões em custos indiretos decorrentes da perda de produtividade devido à morte prematura e incapacidade de trabalhadores. Isto representa despesas anuais de R\$ 56,9 bilhões, sendo a arrecadação fiscal pela venda do produto de R\$ 13 bilhões, cobrindo apenas 23% dos custos totais<sup>6</sup>.

Em 2011 foi promulgada a Lei 12.546 que dispõe sobre a proibição do uso de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, em ambiente coletivo fechado, privado ou público e advertências sanitárias sobre os malefícios do tabagismo em 30% das embalagens de produtos de tabaco e alterou o sistema de tributação dos cigarros instituindo a política de preços mínimos<sup>7</sup>. Contudo, estudos mostram que mesmo após alguns anos da implementação da Lei, ainda há pessoas fumando em locais inapropriados. Assim, se evidencia a necessidade de esclarecer à população sobre a importância desta legislação, bem como a realização de atividades educacionais com vistas a obtenção de ambientes livres do fumo<sup>8,9</sup>.

A partir das legislações instituídas e diante desse cenário, um hospital universitário, preocupado com os prejuízos acarretados pelo tabaco, criou em 1989 a Comissão de Controle do Tabagismo (CCT), com o objetivo de coibir o fumo nas dependências e perímetro da instituição bem como conscientizar a população por meio de ações educativas<sup>10</sup>.

Visando dar maior visibilidade às ações implementadas bem como os resultados obtidos a partir dessas iniciativas, este estudo se propõe a responder a seguinte questão norteadora: “Quais as iniciativas realizadas pela CCT, nos últimos cinco anos, para impedir o fumo nas dependências e arredores do hospital?”. A partir desse questionamento, o objetivo desta pesquisa consiste em identificar as iniciativas realizadas pela CCT para coibir o fumo no ambiente hospitalar.

Com a realização desta pesquisa espera-se qualificar as estratégias além de dar maior visibilidade às iniciativas desenvolvidas por esta comissão para promover a saúde de trabalhadores, visitantes e pacientes e um ambiente livre do tabaco.



## **MÉTODO**

### **Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa documental descritivo-exploratória retrospectiva, com abordagem quantitativa, a qual se movimenta de modo sistemático utilizando métodos destinados a controlar a situação de pesquisa de modo a minimizar as parcialidades e maximizar a precisão e validade. Neste estudo, os pesquisadores observam, contam, esboçam, elucidam e classificam. A descrição quantitativa enfatiza a prevalência, a incidência, o tamanho e outros atributos mensuráveis dos fenômenos<sup>11</sup>.

### **Local de estudo**

O estudo foi realizado em um hospital universitário de grande porte e referência no ensino, assistência e pesquisa do Sul do Brasil, que oferece atendimento em mais de 60 especialidades e atende majoritariamente pacientes encaminhados pelo Sistema Único de Saúde. No ano de 2019, a instituição contabilizou 33.092 internações, 567.784 consultas, com quadro de funcionários composto por 6.096 profissionais.

A CCT é composta por uma equipe multiprofissional formada por enfermeiras, acadêmica de enfermagem, médicas, funcionários da vigilância e da higienização, coordenadoria de gestão de pessoas e segurança do trabalho. Seus membros reúnem-se mensalmente e/ou extraordinariamente para discutir e definir iniciativas para manter o ambiente da instituição livre do tabaco e para a promoção da saúde de trabalhadores, visitantes e pacientes. Além disso, é responsável por elaborar e divulgar atividades educativas para o público geral e realizar capacitações para seus funcionários.

### **Objeto de estudo**

Os documentos produzidos pela CCT consistem em atas de reuniões, planilhas e relatórios referentes às atividades realizadas. As atas foram elaboradas após o término de cada reunião com a descrição das decisões tomadas e, posteriormente, são digitalizadas conforme modelo institucional e enviadas por e-mail para os membros da comissão.

Uma das atividades sob responsabilidade da CCT são as rondas que consistem em inspeções efetuadas em áreas internas e externas do hospital pré-definidas pela CCT e são realizadas por uma acadêmica de enfermagem e um vigilante que contam com o apoio de um membro da equipe da higienização. Elas ocorrem três vezes na semana, preferencialmente com intervalo de um dia e têm a finalidade de abordar e orientar as pessoas que são identificadas fumando em local proibido. Também é realizado a contagem de baganas encontradas no chão para observar a diminuição ou aumento de fumantes nas áreas. Quando se identifica algum funcionário fumando, além da orientação, o mesmo recebe uma notificação por escrito. Essa

notificação é enviada à chefia direta do funcionário e também é anexada aos registros do funcionário na instituição.

Após as rondas são elaboradas planilhas no programa *Excel*<sup>®</sup> com roteiro pré estruturado, que, possibilitam registrar o número de fumantes identificados nas áreas vistoriadas, se as abordagens foram realizadas e aceitas, se houve a limpeza das áreas visitadas e a quantidade de baganas encontradas no chão.

As rondas também geram relatórios no programa *Word*<sup>®</sup> que descrevem a data, o horário, dados de identificação do segurança que acompanhou a acadêmica, se as inspeções eram internas ou externas, se foi encontrado funcionário fumando em local proibido, quais áreas foram encontrados fumantes, locais que a higienização foi ou não realizada e quais locais continham um número maior ou menor de baganas.

### **Coleta de informações**

As informações foram coletadas no período de agosto de 2019 a janeiro de 2020 e armazenados cronologicamente nos programas *Word*<sup>®</sup> e *Excel*<sup>®</sup>. Foram incluídos para a análise as atas de reuniões, planilhas e relatórios das rondas referentes ao período de 2015 a 2019. Este intervalo foi definido pelo fato de já haver uma análise realizada anteriormente nos anos de 2005 a 2014<sup>12</sup>.

### **Análise de dados**

A análise das atas foi realizada pelos pesquisadores que elencaram as principais ações elaboradas pela comissão para coibir o tabagismo. Para a análise das planilhas e relatórios utilizou-se a estatística descritiva e apresentou-se a frequência absoluta das variáveis em gráficos, visando melhor entendimento dos resultados pelo leitor.

### **Aspectos éticos**

Os aspectos éticos foram respeitados conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>13</sup>. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob parecer número 27685714.7.0000.5327. As pesquisadoras obtiveram autorização formal por parte da CCT para ter acesso aos documentos e também assinaram o Termo de Comprometimento para Utilização de Dados Institucionais.

## **RESULTADOS**

A CCT tem promovido estratégias visando coibir o fumo nas áreas da instituição, colaborando com o cuidado à saúde. Seus membros reúnem-se para discutir e definir ações a serem realizadas com o objetivo de informar e educar o público sobre os malefícios do uso do tabaco, os benefícios da sua cessação e a importância de um ambiente livre no fumo.

Nas datas alusivas ao uso do tabaco, “Dia Mundial sem tabaco” e “Dia Nacional de Combate ao Fumo”, são sistematicamente planejadas atividades especiais, para orientar a comunidade interna e externa sobre a importância da cessação do tabagismo e abordagens a serem utilizadas pela equipe de saúde neste processo. Observa-se que além dessas atividades também foram feitas ações para coibir e conscientizar sobre o uso do tabaco na instituição. No Quadro 1, constam as principais ações da CCT nos últimos cinco anos.

ANO	PRINCIPAIS AÇÕES REALIZADAS PELA COMISSÃO DE CONTROLE DO TABAGISMO
2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizou-se rodas de conversa com os funcionários da lavanderia, objetivando orientar sobre o ambiente livre do cigarro. Na ocasião, houve a entrega de material educativo divulgando a Política e Plano de Controle do Tabagismo da instituição;</li> <li>- O serviço de higienização passou a participar das rondas uma vez na semana;</li> <li>- Na ronda noturna, os vigilantes passaram a fazer orientações para visitantes em relação a Política de Controle do Tabagismo da instituição e, na ronda diurna, um vigilante acompanha a acadêmica de enfermagem da CCT;</li> <li>- Seguiu-se com a notificação por escrito, instituída em 2014, aos funcionários identificados fumando na área da instituição;</li> <li>- No Dia Mundial Sem Tabaco, utilizou-se um estande com um jogo ilustrando o corpo humano com os malefícios causados pelo tabaco, os benefícios com a cessação do tabagismo. A campanha também divulgou cartazes com a frase “Não fumar faz bem”, assim como panfletos educativos que foram distribuídos e enviados por e-mail institucional, <i>Facebook</i><sup>®</sup>, Intranet, proteção de tela dos computadores da instituição e no contracheque dos funcionários;</li> <li>- No Dia Nacional de Combate ao Fumo, utilizou-se os mesmos materiais da campanha do Dia Mundial Sem Tabaco devido ao retorno positivo;</li> <li>- Padronizou-se uma carta a ser enviada junto com a notificação à chefia direta dos funcionários que foram abordados fumando nas dependências da instituição, com a finalidade de esclarecer o objetivo da CCT e obter uma parceria neste processo de coibir o tabagismo na instituição;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciou-se a elaboração de um curso Educação a Distância (EaD) sobre tabagismo para capacitação da equipe de enfermagem a respeito de como abordar pacientes fumantes internados;</li> <li>- Desenvolveu-se um projeto piloto em que o paciente fumante será abordado na internação e terá alta com a medicação para a cessação do tabagismo fornecida pela Secretaria da Saúde e, posteriormente, o mesmo deverá ser encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde para continuidade do tratamento.</li> </ul>
<b>2016</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborou-se um e-mail padrão para as chefias dos locais onde foram encontrados funcionários fumando, visando alertar e abordar a questão do tabagismo nas dependências do hospital;</li> <li>- Colocaram-se novas placas de “Proibido Fumar” nas dependências e proximidades pertencente a instituição;</li> <li>- Realizou-se a campanha do Dia Mundial sem Tabaco no <i>Facebook</i><sup>®</sup>, intranet, via e-mail institucional e <i>toten</i> interativo contendo depoimentos de pacientes e funcionários que obtiveram sucesso na cessação do tabagismo. Foram divulgadas orientações sobre os benefícios de parar de fumar e os malefícios do cigarro, bem como orientação de consultas oferecidas pelo Serviço de Medicina Ocupacional (SMO) para funcionários que desejam parar de fumar;</li> <li>- A campanha do Dia Nacional de Combate ao Fumo foi realizada junto a Semana Científica da instituição com a programação voltada para esta temática e aberta à comunidade. O hospital divulgou o evento pelo <i>Facebook</i><sup>®</sup>, Intranet, e-mail e imprensa;</li> <li>- Realizou-se reunião com representantes da Prefeitura Municipal para discutir estratégias no atendimento dos pacientes tabagistas hospitalizados e a continuidade do atendimento para cessação do fumo na Rede de Saúde do município, referente ao projeto piloto de 2015;</li> <li>- Definiu-se que o curso em EaD deverá ter dois formatos, sendo um voltado para a equipe de enfermagem e outro para a médica.</li> </ul>
<b>2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instalaram-se bituqueiras nas principais entradas do hospital, visando manter essas áreas limpas;</li> <li>- Colocaram-se placas de “Proibido Fumar” em novos locais;</li> </ul>

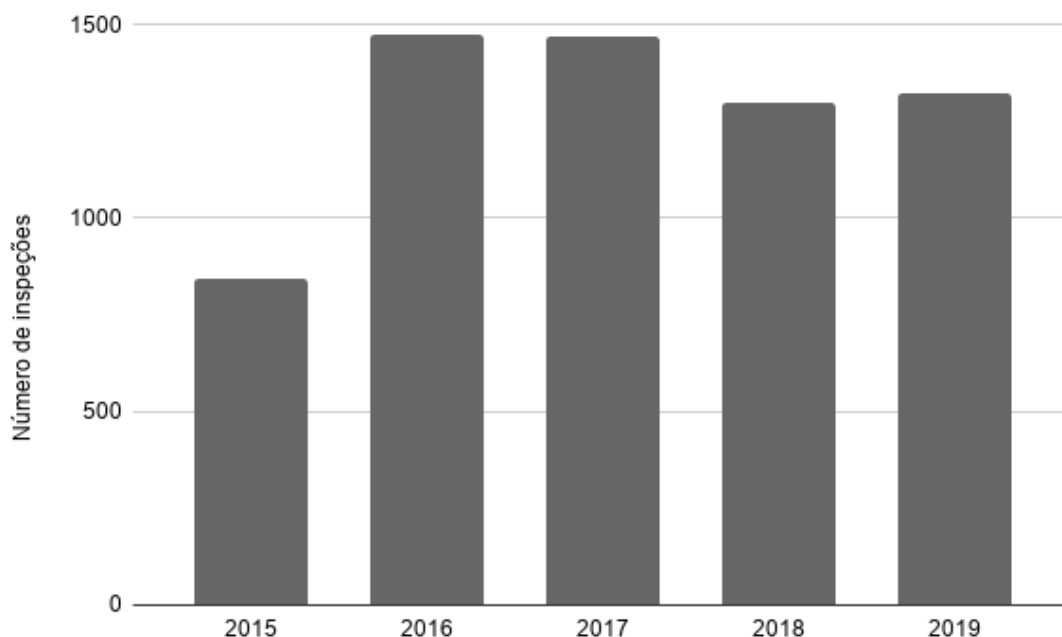
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Na campanha do Dia Mundial Sem Tabaco foram divulgadas na Intranet e <i>Facebook</i><sup>®</sup> informações sobre atuação da CCT e realizada uma ronda na instituição com os membros da comissão e acadêmicos do curso de medicina;</li> <li>- Realizou-se a pintura de faixas verdes e símbolos de proibido fumar nas calçadas das entradas da instituição, visando alertar a população;</li> <li>- Na campanha do Dia Nacional de Combate ao Fumo foram divulgadas as pinturas das faixas verdes com a seguinte escrita em branco “ÁREA LIVRE DO CIGARRO”, os símbolos de proibido fumar e foi reforçado o Plano de Controle do Tabagismo;</li> <li>- Realizou-se a revisão da Política e Plano de Controle do Tabagismo institucional;</li> <li>- Incluiu-se novo horário de início da ronda externa, nas principais entradas, às 07 horas e 30 minutos para avaliação das áreas antes da limpeza e retirada das baganas;</li> <li>- Adquiriu-se um sugador para auxiliar na retirada das baganas dos jardins.</li> </ul>
<b>2018</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No Dia Mundial sem Tabaco, foi divulgado via Intranet a redução do número de fumantes em Porto Alegre;</li> <li>- Instalaram-se novas bituqueiras nas duas principais entradas do hospital;</li> <li>- Na semana do Dia Nacional de Combate ao Fumo, foi utilizado o mesmo material da campanha do dia 31/05/2018, porém com divulgação mais ampla por e-mail, Intranet e cartazes nos murais da instituição;</li> <li>- O manual de educação em saúde sobre a cessação do tabagismo distribuído aos pacientes e familiares atendidos na instituição foi atualizado;</li> <li>- Realizou-se revisão da Política e Plano de Controle do Tabagismo institucional;</li> <li>- Instalou-se câmera em uma das dependências do hospital para melhor monitoramento de possíveis funcionários fumando nessa área;</li> <li>- Finalizou-se a elaboração do curso EaD sobre a Cessação do Tabagismo para equipe de enfermagem;</li> <li>- Elaborou-se um cronograma para iniciar o curso Cessação do Tabagismo por equipes de trabalho das diferentes unidades e serviços da instituição.</li> </ul>
<b>2019</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lançamento do curso Cessação do Tabagismo para alunos, professores, residentes e equipe de enfermagem;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciou-se a implementação de uma atividade presencial após realização do curso para tirar dúvidas e reforçar as estratégias para cessação do tabagismo em pacientes hospitalizados;</li> <li>- No Dia Mundial sem Tabaco, foi montado um estande com informativos sobre o tabagismo, distribuição de brindes, <i>totem</i> interativo com dicas para abordar os pacientes fumantes e divulgação do curso Cessação do Tabagismo. A campanha foi divulgada por meio do <i>Facebook</i><sup>®</sup> e Intranet;</li> <li>- No Dia Nacional de Combate ao Fumo, a campanha propôs uma reflexão sobre a abordagem ao paciente tabagista internado e, para isso, utilizou-se de atividade lúdica com perguntas sobre como abordar o paciente tabagista e distribuição de brindes para os que acertassem e. A campanha foi divulgada por e-mail, Intranet, totem e <i>Facebook</i><sup>®</sup>;</li> <li>- Unificou-se o Plano e a Política da instituição em um só documento, agora denominado como Plano de Controle do Tabagismo, após avaliarem que as Políticas da instituição deveriam ser mais estratégicas e vinculadas ao Plano de Negócios.</li> <li>- Colocou-se novas placas de “Proibido Fumar” em uma das principais entradas da instituição.</li> </ul>
--	---

**Quadro 1** - Atividades realizadas pela Comissão de Controle do Tabagismo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de 2015 a 2019, RS, 2020.

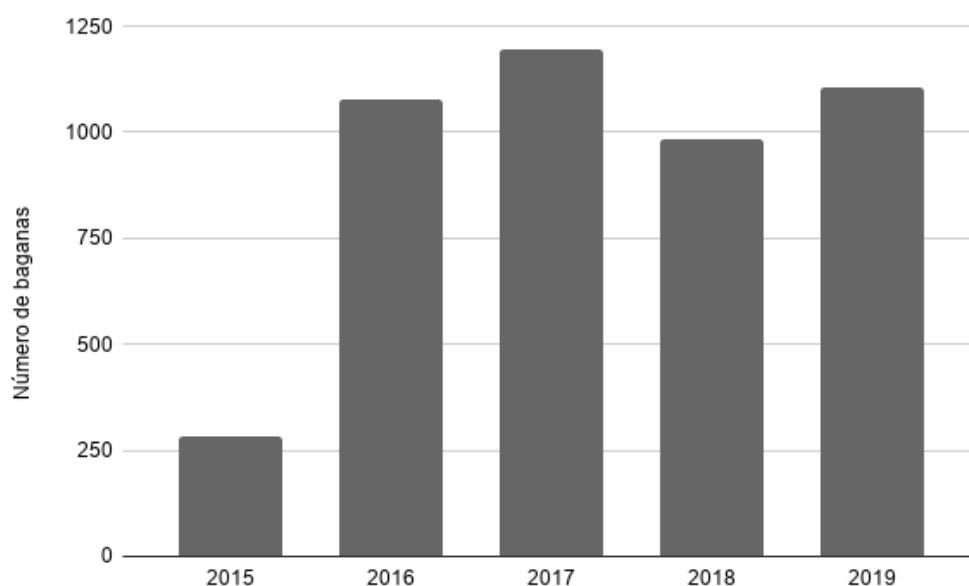
Outra atividade realizada foi a ronda, que ocorre três vezes por semana, sendo duas externas e uma interna, com o objetivo de identificar os fumantes e orientá-los sobre a proibição do fumo na área hospitalar, sincronicamente contabilizando as baganas encontradas no chão. Atualmente, não há nenhuma área dentro do perímetro da instituição em que seja permitido fumar.

No período de 2015 a 2017, as rondas ocorreram em 27 áreas diferentes. Em 2018 e 2019, com a finalização de obras de ampliação da instituição, algumas áreas foram unificadas passando a ser 25 locais fiscalizados. No total desses cinco anos ocorreram 6398 inspeções conforme ilustra o Gráfico 1.



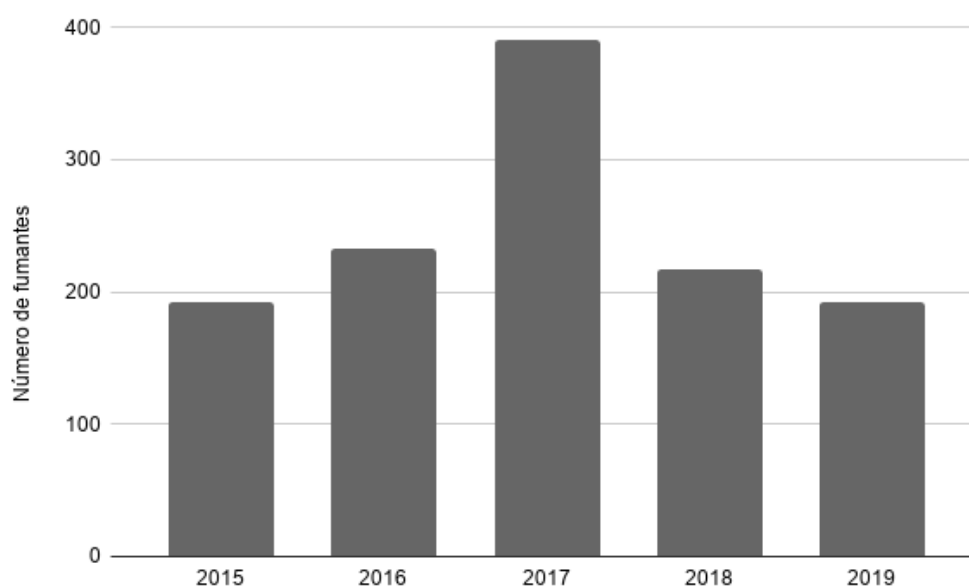
**Gráfico 1** - Número de inspeções realizadas no período de 2015 a 2019 no perímetro do HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil, 2020.

Além das áreas pré-estabelecidas, quando necessário, foram realizadas inspeções em espaços nos quais funcionários relataram que havia cheiro de cigarro ou presença de baganas. Esses pontos também são descritos nos relatórios e permanecem sendo fiscalizados com certa periodicidade. Eventualmente, a ronda externa e/ou interna não foi realizada devido à temporada de chuvas, feriados, ausência de vigilante para acompanhar a acadêmica de enfermagem ou por a mesma estar em período de férias. Durante as rondas, foram contabilizadas no total 4.645 baganas encontradas no chão conforme ilustra o Gráfico 2.



**Gráfico 2** - Número de baganas encontradas no período de 2015 a 2019 de inspeções realizadas no HCPA. Porto Alegre, RS, Brasil, 2020.

Do total de 1224 pessoas identificadas fumando em locais inadequados, 1219 (99,6%) foram abordadas e orientadas sobre a proibição do uso do tabaco no perímetro hospitalar, também foi solicitado que o cigarro fosse apagado e descartado corretamente. Nos últimos cinco anos, o maior número de fumantes abordados foi em 2017 se contrapondo aos anos de 2015 e 2019 em que houveram menores taxas conforme ilustra o Gráfico 3.



**Gráfico 3** - Número de fumantes encontrados fumando em local impróprio no período de 2015 a 2019 de inspeções realizadas no HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil, 2020.



Do total de fumantes abordados, 21 (1,7%) eram funcionários da instituição, os quais foram orientados sobre o Plano de Controle do Tabagismo institucional, informados sobre o tratamento disponível para quem deseja parar de fumar oferecido pelo Serviço de Medicina Ocupacional (SMO) da instituição e notificados por escrito. Quando realizado a notificação, uma via ficava com o funcionário que estava fumando e a outra com o supervisor do serviço de vigilância para registro e posterior envio à chefia direta do trabalhador para que pudesse reiterar orientações sobre a infração.

## **DISCUSSÃO**

É notável, ao longo desses últimos cinco anos, a dedicação constante da CCT na instituição, em diferentes frentes, destacando a atualização do Plano de Controle do Tabagismo, a divulgação da Política Nacional de Controle do Tabagismo, a capacitação dos funcionários e promoção de ações educativas para a conscientização da população. Esse conjunto de ações tem se mostrado eficaz, principalmente, nos últimos dois anos estudados, com diminuição de pessoas encontradas fumando em locais inapropriados. Esses achados vão ao encontro de uma revisão integrativa da literatura que buscou avaliar se as proibições institucionais ao tabagismo podem reduzir os índices de fumantes ativos e passivos, evidenciando uma diminuição das taxas de pessoas fumantes em hospitais após realizarem a divulgação da política antifumo e das restrições do tabaco em ambiente aberto<sup>8</sup>.

Desde a implementação da legislação de controle do tabaco, a CCT tem se comprometido em manter a instituição em um ambiente livre do fumo, coibindo o ato de fumar por meio da realização de atividades educacionais com o intuito de comunicar sobre a política, mostrar os malefícios do tabaco para fumantes ativos e passivos, evidenciar os benefícios de parar de fumar e as possibilidades disponíveis de tratamento. Nesse sentido, os resultados de um estudo realizado em um hospital na Armênia vem ao encontro das ações realizadas pela CCT, pois os mesmos apontaram que as intervenções realizadas visando conscientizar pacientes, visitantes e funcionários sobre a criação de ambiente livre do tabaco por meio da divulgação da política contra o fumo, sinalizações que faziam referência à lei, informações sobre as penalidades em caso de violação, distribuição de folhetos informando os riscos do tabagismo ativo e passivo para a saúde, benefícios dos hospitais livre do fumo e notificações verbais sobre a política pelos enfermeiros resultaram na melhora significativa da qualidade do ar, redução da exposição do local de trabalho à fumaça do cigarro e aumento da conscientização sobre a política do tabagismo<sup>14</sup>.

Tão importante quanto conscientizar a população que acessa diariamente a instituição é qualificar e capacitar os profissionais para que possam intervir de forma adequada na abordagem de indivíduos fumantes. Nesse sentido, as capacitações para funcionários realizadas pela CCT<sup>12</sup> e, mais recentemente, o desenvolvimento e implementação de um curso em Ensino a Distância combinado com atividades presenciais para habilitar as equipes na abordagem aos pacientes tabagistas, são de extrema relevância para oferecer uma assistência de qualidade e, como consequência, manter um ambiente livre do fumo. Nesta perspectiva, um estudo realizado em dois hospitais públicos na Austrália evidenciou que a realização de cuidados relacionados a cessação do tabagismo e o cumprimento das políticas foram de baixa aderência devido ao pouco apoio das equipes de saúde na adesão a prestação de cuidados com os pacientes. O mesmo sugere ainda que intervenções como, por exemplo, o treinamento da equipe para melhor compreensão a respeito desta problemática possibilitam uma assistência mais qualificada junto a esta clientela<sup>15</sup>. Outro estudo realizou capacitação da equipe de saúde com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre os perigos do tabagismo, a exposição ao fumo passivo e os benefícios para a instituição ao adotar medidas de controle do fumo constatando o aumento da conformidade do comportamento dos indivíduos que acessavam a instituição perante a política<sup>14</sup>

A comissão realiza anualmente atividades educativas nas datas alusivas ao Dia Mundial sem Tabaco e Dia Nacional de Combate ao Fumo que são elaboradas pela equipe multiprofissional e direcionadas a funcionários, pacientes e visitantes, independente de serem ou não fumantes. Essas ações têm como propósito orientar à comunidade sobre o prejuízo do tabagismo, benefícios da cessação do fumo, estratégias para diminuir o consumo e aumentar a motivação para parar de fumar, divulgação da política e de depoimentos de pacientes e funcionários que conseguiram parar de fumar, entre outras iniciativas. Essas campanhas servem de inspiração para que a população compreenda e respeite a política e também se conscientize sobre a importância dessa temática. Corroborando com a importância dessas iniciativas, um estudo realizado em um hospital do Reino Unido aplicou um questionário para averiguar as percepções errôneas sobre o ato de fumar nas entradas do hospital para funcionários, pacientes e visitantes. O questionário foi aplicado antes e após a divulgação de uma campanha de marketing de normas sociais destacando que a maioria das pessoas relatava que o fato de não fumarem na entrada do hospital incentivavam outros fumantes a fazerem o mesmo<sup>16</sup>.

Na instituição em estudo, os funcionários contam com apoio de uma equipe de saúde do SMO que dá suporte por meio de consultas individuais aos que desejam parar de fumar. Nessa perspectiva, um estudo internacional buscou avaliar os funcionários de um hospital em três

momentos: no primeiro ainda não havia legislação antifumo; no segundo foi implementada a lei de proibição do fumo em ambiente fechado e no terceiro executada a lei de proibido fumar em hospital e concomitante a isso foi articulado um treinamento para cessação do tabagismo, programa de parada do uso, monitoramento e avaliação periódica. Os resultados evidenciaram uma diminuição significativa da prevalência do tabaco entre os trabalhadores do hospital<sup>17</sup>.

Observa-se neste estudo que somente a utilização de placas, informando sobre a legislação 9294/96<sup>18</sup> que trata da proibição do tabagismo em determinados ambientes, não foram suficientes para que as pessoas não fumassem em locais proibidos, pois os mesmos justificavam o seu ato por não prestarem atenção nas sinalizações. Assim, como estratégia para reforçar estas normas de proibição, foi realizado nas principais entradas do hospital, onde o fluxo de pedestres é maior, a pintura de faixas verdes com a seguinte escrita “Área livre do fumo” e símbolos de proibido fumar na extensão das calçadas para conscientizar a população. No entanto ainda há descumprimento das normas. Um estudo realizado em cinco hospitais localizados na capital da Etiópia também evidenciou que embora existam as sinalizações para coibir o fumo nos hospitais ainda era possível encontrar pessoas fumando e baganas de cigarro no chão<sup>9</sup>. Alguns fatores podem contribuir para que as normas não sejam obedecidas, tais como a ausência de constante fiscalização, falta de conscientização da população sobre os problemas causados pelo tabaco, fatores estressantes relacionados ao ambiente hospitalar que podem servir de gatilho para fumar em locais inapropriados.

Uma das alternativas utilizadas pela comissão diante deste cenário, para auxiliar na conscientização da população que diariamente circula na instituição e ajudar no combate ao fumo, é associar o uso das sinalizações às rondas. Em 2015 o número de rondas foi menor quando comparado com os demais anos, pois a atividade não foi realizada durante três meses. De 2016 para 2017 nota-se um aumento no número de fumantes e de baganas. Já de 2018 para 2019, percebe-se a diminuição de fumantes e o aumento de baganas, o que pode ser justificado pela possibilidade de uma pessoa fumar mais de um cigarro no mesmo local.

Embora os resultados aparentem uma diminuição no número de inspeções, esse dado se justifica pela a unificação de algumas áreas e também por não haver uma certa periodicidade das rondas devido aos feriados, temporadas de chuva, locais em manutenção, férias da acadêmica de enfermagem e indisponibilidade do funcionário da vigilância para acompanhar as rondas. Além disso, mesmo contendo sinalizações de “Proibido Fumar” nos locais, ocorrendo as rondas e sendo realizada a higienização, nem sempre era respeitada a proibição do fumo. Identifica-se isso pelas baganas no chão mesmo não havendo a presença de fumantes,

justificando assim a importância e necessidade do papel desenvolvido pela CCT na promoção e manutenção de um ambiente livre do fumo.

## CONCLUSÃO

É perceptível o comprometimento da CCT em promover iniciativas para conscientização da população, garantindo a continuidade das atividades educacionais e fiscalização para alcançar um ambiente 100% livre do tabaco coibindo o fumo na instituição.

Destacam-se entre as iniciativas a realização de campanhas; capacitação; curso EaD com etapa presencial; apoio institucional para trabalhadores e pacientes fumantes; instalação de sinalizações e bituqueiras; aquisição de um sugador de baganas; instalação de câmera de segurança; notificação ao funcionário fumante; participação da equipe de higienização nas rondas; realização de atividades educacionais e ronda em horários alternativos.

Acredita-se que as iniciativas devem ser ampliadas com colocação de mais câmeras em locais com menor visibilidade, aumento da frequência das rondas, distribuição de materiais educativos para além do período de campanhas e disponibilização do curso EaD com etapa presencial para outros profissionais da saúde. Assim, espera-se obter melhores resultados na diminuição da prevalência de fumantes melhorando a qualidade de vida de milhares de pessoas que acessam a instituição diariamente.

Dessa forma, é notável a importância da atuação da CCT em ações para que esses resultados não aumentem a prevalência do tabagismo. Sendo as iniciativas realizadas ao longo desses cinco anos de grande valor para a saúde da população.

Espera-se que esse estudo possa contribuir como um *feedback* positivo para CCT e sirva de exemplo para que outras entidades possam implementar essas iniciativas a fim de conscientizar a população sobre este grave problema de saúde pública.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer (INCA). Doenças relacionadas ao tabagismo. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/doencas-relacionadas-ao-tabagismo>. Acesso em: 2 abr. 2019.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer (INCA). Tabagismo passivo. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo/tabagismo-passivo>. Acesso em: 2 abr. 2019.
3. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (BR). Tabaco. Brasília, 2019.

4. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition. Geneva, Word Health Organization; 2019.
5. Ministério da Saúde (BR). VIGITEL BRASIL 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2019. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2019.
6. Pinto M, Bardach A, Palacios A, et al. Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos. Documento técnico IECS N° 21. Argentina, 2017. Disponível em: [www.iecs.org.ar/tabaco](http://www.iecs.org.ar/tabaco). Acesso em: 2 abr. 2019.
7. BRASIL. Lei nº 12.546 de 14 de dezembro de 2011. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm).
8. Frazer K, McHugh J, Callinan JE, Kelleher C. Impact of institutional smoking bans on reducing harms and secondhand smoke exposure. Cochrane Library 2016, Issue 5. Art. No.: CD011856. [citado 07 dez 2019]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011856.pub2/full>.
- 9 Tadesse T, Zawdie B. Non-compliance and associated factors against smoke-free legislation among health care staffs in governmental hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: an observational cross-sectional study. BMC Public Health 19, 91 (2019). [citado 07 dez 2019]. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6407-z>.
10. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Política de Controle do Tabagismo. Porto Alegre, 2017.
11. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Editora Artmed. Porto Alegre, 2011.
12. Cruz NF, Mantovani VM, Poser, MSV, et al. O desafio de controlar o tabagismo em um hospital universitário. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 63-71, Sept. 2015. [citado 16 mar 2020]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000300063&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000300063&lng=en&nrm=iso).
13. BRASIL. **Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012.** Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2019.
14. Movsisyan NK, Petrosyan V, Harutyunyan A, et al. Clearing the air: improving smoke-free policy compliance at the national oncology hospital in Armenia. BMC Cancer 14, 943 (2014). [citado 15 jan 2020]. Disponível em: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-14-943#citeas>.
15. McCrabb S, Baker AL, Attia J, et al. Hospital Smoke-Free Policy: Compliance, Enforcement, and Practices. A Staff Survey in Two Large Public Hospitals in Australia. Int. J.

Environ. Res. Public Health 2017, 14, 1358. [citado 15 abr 2020]. Disponível em:  
<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1228#citeas>.

16. Crosby S, Bell D, Savva G, et al. The impact of a social norms approach on reducing levels of misperceptions around smokefree hospital entrances amongst patients, staff, and visitors of a NHS hospital: a repeated cross-sectional survey study. BMC Public Health 18, 1365 (2018). [citado 12 jan 2020]. Disponível em:  
<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6231-x#citeas>.

17. Martínez C, Fu M, Martínez-Sánchez JM, et al. Impact of a long-term tobacco-free policy at a comprehensive cancer center: a series of cross-sectional surveys. BMC Public Health 14, 1228 (2014). [citado 14 abr 2020]. Disponível em:  
<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1228#citeas>.

18. BRASIL. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1996. Disponível em:  
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9294-15-julho-1996-349045-normaatualizada-pl.html>. Acesso em: 29 mai. 2019.

**APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de dados**

**1) Descrição das iniciativas realizadas pela comissão para coibir o fumo na instituição.**

<b>ANO</b>	<b>PRINCIPAIS AÇÕES REALIZADAS PELA COMISSÃO DE CONTROLE DO TABAGISMO</b>
<b>2015</b>	
<b>2016</b>	
<b>2017</b>	
<b>2018</b>	
<b>2019</b>	

**2) Levantamento dos dados registrados nas planilhas e relatórios das rondas.**

<b>Total</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Número de inspeções</b>					
<b>Número de fumantes</b>					
<b>Número de funcionários fumantes</b>					
<b>Número de abordagens</b>					
<b>Número de baganas no chão</b>					
<b>Número de higienização efetivada</b>					

## ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AÇÕES DE UMA COMISSÃO DE CONTROLE DO TABAGISMO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**Pesquisador:** Isabel Cristina Echer

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 27685714.7.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 617.903

**Data da Relatoria:** 09/04/2014

#### Apresentação do Projeto:

O tabagismo passivo, quando o não fumante se expõe à fumaça de produtos de Tabaco, é a terceira causa de morte evitável no mundo. O artigo 8 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) determina que os países adotem medidas para proteger a população dos riscos do tabagismo passivo em ambientes públicos, locais de trabalho e meios de transporte. Desde 2002 uma portaria interministerial recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres da poluição tabagística ambiental. Em 2011, o artigo 49 (lei no 12.546), proíbe o fumo em recintos coletivos fechados, privados ou públicos, de todo o país. O HCPA adotou a Política de Controle do Tabagismo com objetivo de controlar a utilização do fumo nas dependências do Hospital. Para atender as determinações dessa política, foi criada a comissão de controle do tabagismo do HCPA, composta por 11 profissionais de diversas áreas que se reúnem mensalmente e definem ações de promoção da saúde para a comunidade circulante nas dependências da Instituição. Uma das ações desenvolvidas pela Comissão é o controle do uso do tabaco nas dependências do hospital por meio de uma atividade denominada Ronda, a qual é executada por um bolsista de graduação da enfermagem e um segurança da Instituição. A Ronda consiste em visitar três vezes por semana 26 áreas do hospital abordando e orientando sobre a Política de controle do

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

**Bairro:** Bom Fim

**CEP:** 90.035-903

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)359--7640

**Fax:** (51)359--7640

**E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 617.903

tabagismo na Instituição, caso encontre pessoas fumando em locais impróprios, e contando o número de baganas encontradas o que evidencia a existência de fumantes nesses locais. O projeto que é um Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da UFRGS e pretende avaliar se as ações realizadas pela comissão do tabagismo têm contribuído para tornar o HCPA um ambiente livre do Tabaco.

**Objetivo da Pesquisa:**

Descrever as ações desenvolvidas pela Comissão de Controle do Tabagismo com a finalidade de eliminar o fumo do ambiente hospitalar e avaliar a atividade de Ronda no controle do tabagismo nas dependências do HCPA.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foi considerado como risco mínimo devido a utilização de dados institucionais pré-existentes em banco de dados e como benefício considerou a contribuição em analisar as estratégias que vem sendo desenvolvidas pela comissão de controle do tabagismo para eliminar o fumo do ambiente hospitalar e garantir a promoção da saúde dos profissionais e pacientes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa documental a fim de descrever fatos e comparar informações. A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos e práticas.

A pesquisa será realizada no HCPA junto aos documentos, atas das reuniões da Comissão de Controle do Tabagismo e relatórios das Rondas (banco em excel) no período de maio de 2013 a maio de 2014, que tem informações do número de fumantes nas áreas visitadas, o vínculo com o Hospital, se foi realizada abordagem, se a abordagem foi aceita e ainda a quantidade estimada de baganas, incluindo a limpeza do local. O estudo não prevê exclusão de nenhum documento.

Nas atas da Comissão serão computadas e listadas as informações referentes às ações da Comissão do tabagismo no sentido de tornar o HCPA de um ambiente livre do tabaco. Os dados referentes as Rondas serão digitados e analisados em um banco de dados construído no Excel. Inicialmente, será feita análise descritiva através de frequência absoluta, relativa, média dos resultados. Nesse relatório é quantificado o número de baganas/dia encontradas e o número de intervenções realizadas. Os resultados das ações de intervenção serão obtidos pela análise com relação a redução/eliminação ou não do cigarro do ambiente hospitalar ao longo do período

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)359--7640 **Fax:** (51)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 617.903

estudado.

O projeto está bem escrito e fundamentado. A professora orientadora é membro da comissão de controle do tabagismo do HCPA. A relevância do estudo está na contribuição que, ao analisar as estratégias desenvolvidas pela comissão de controle do tabagismo, auxilie no planejamento e qualificação de ações para atingir o objetivo do ambiente livre de tabaco.

A principal questão a ser revisada no projeto está no método. A pesquisa tem dois objetivos e o método documental que se refere a análise das atas está correto. Entretanto, o objetivo de avaliar as atividades do Ronda a partir de um banco de dados em excel que parte já está coletado (de maio de 2013 até o momento) e continuará até maio de 2014 não está detalhado. A sugestão é que o método contemple essa fase da pesquisa, incluindo a análise dos dados. Não está claro no projeto como pretende relacionar as ações definidas nas atas com o resultado do relatório da Ronda.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A proposta do projeto foi apresentada e aprovada pela Comissão de Controle do Tabagismo, conforme carta assinada pela coordenadora da comissão e os pesquisadores assinarão o termo de compromisso para utilização de dados (documentos anexados ao projeto).

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

1) Acrescentar o nome da aluna Natália Ferreira Cruz como pesquisadora na Plataforma Brasil (PB);

Resposta dos pesquisadores: a aluna foi incluída como pesquisadora.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2) Justificar a que se refere o número 252 de tamanho da amostra que consta nas informações básicas do projeto na PB e não consta no projeto completo anexado;

Resposta dos pesquisadores: O número foi corrigido, uma vez que o que será estudado são aproximadamente 200 eventos (reuniões e rondas).

PENDÊNCIA ATENDIDA.

3) Definir no método o período de tempo que pretende analisar as atas. No instrumento de coleta (apêndice A - iniciativas e atividades da comissão) consta de 2003 a 2013;

Resposta dos pesquisadores: A informação foi corrigida.

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)359--7640 **Fax:** (51)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 617.903

PENDÊNCIA ATENDIDA.

4) Em relação ao método, sugerimos acrescentar que é uma pesquisa documental e de banco de dados. Na análise das informações e de dados, detalhar como irá verificar a relação da redução/eliminação do cigarro do ambiente hospitalar ao longo do período estudado.

Resposta dos pesquisadores: As correções foram realizadas no projeto.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

5) Também cabe esclarecer se as pesquisadoras pretendem relacionar as informações coletadas nas atas do último ano, com os dados dos relatórios do Ronda e como isso será realizado.

Resposta dos pesquisadores: Foi esclarecido a relação que será realizada.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto 26/03/2014 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP.

Os autores deverão preencher o documento de Delegação de Funções para atividades do presente projeto (disponível na página da internet do HCPA - Pesquisa - GPPG - Formulários - Formulário de Delegação de funções para membros de equipe de pesquisa). Uma vez preenchido, o documento deverá ser enviado ao CEP como Notificação, através da Plataforma Brasil.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)359--7640 **Fax:** (51)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 617.903

PORTO ALEGRE, 16 de Abril de 2014

---

**Assinador por:**  
**José Roberto Goldim**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)359--7640 **Fax:** (51)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

**ANEXO B – Carta de autorização da Comissão de Controle do Tabagismo do HCPA**

Porto Alegre, 24 de junho de 2019.

**DECLARAÇÃO**

Declaro para devidos fins que Karen Pires Antunes, portadora do CPF: 847.860.270-49 e RG: 5121326309, orientanda da pesquisadora Prof.<sup>a</sup> Isabel Cristina Echer, está autorizada a desenvolver a pesquisa: Iniciativas da Comissão de Controle do Tabagismo em um hospital público, usando os documentos produzidos pela Comissão de Controle do Tabagismo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de 2015 a 2019.

Atenciosamente,

HCPA  
Prof. Dr<sup>a</sup>. Marli Maria Knorst  
Chefe do Serviço de Pneumologia

Marli Maria Knorst

Coordenadora da Comissão de Controle do Tabagismo

**ANEXO C – Carta de aprovação Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

Projetos

Page 1 of 1

**Sistema Pesquisa - Pesquisador: Isabel Cristina Echer**

**Projeto Nº:** 26163

**Título:** ACOES DE UMA COMISSAO DE CONTRÓLE DO TABAGISMO DE UM HOSPITAL UNIVERSITARIO  
COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM; Parecer

Projeto aprovado após diligência em que a autora atendeu ao solicitado. Trata-se de um projeto de pesquisa para o desenvolvimento de um TCC. Título - reflete o conteúdo do trabalho, que está voltado para o estudo das ações realizadas pela comissão do tabagismo no HCPA. Introdução - contextualiza bem o tema e apresenta o problema de pesquisa. Objetivo geral e específico - bem descritos. Revisão da literatura - adequada e atual ao tema proposto para o estudo, com descrição de legislação sobre o tabaco. Método - apresenta todas as etapas da pesquisa documental. Aspectos éticos - apresenta o termo de compromisso para uso de dados; o projeto será encaminhado ao Comitê de ética do HCPA. Orçamento - adequado. Cronograma- adequado.

## ANEXO D – Termo de compromisso de utilização de dados



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS



### Termo de Compromisso de Utilização de Dados Institucionais

**Título do Projeto:** INICIATIVAS DA COMISSÃO DE CONTROLE DE TABAGISMO EM UM HOSPITAL PÚBLICO.

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em base de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 24 de julho de 2019.

**Pesquisadoras:**

  
Isabel Cristina Echer

  
Karen Pires Antunes

## ANEXO E – Normais para submissão do artigo na revista de escolha.

18/05/2020

Jornal Brasileiro de Pneumologia

PUBLICAÇÃO CONTÍNUA E BIMESTRAL

ISSN (on-line): 1806-3756 | ISSN (impresa): 1806-3713



Português    Espanhol    Inglês

Pesquisar  
Busca avançada

Home    Volume Atual (2020)    Números Anteriores    Resumos    Diretrizes    Sobre a Revista    Instruções aos Autores    Submissão de Artigos    Contato    A SBPT

### Instruções Redatoriais

#### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

O Jornal Brasileiro de Pneumologia (JBP) ISSN-1806-3756, publicado de modo contínuo, em seis números ao ano, é um órgão oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, destinado à publicação de trabalhos científicos referentes à Pneumologia e áreas correlatas. O JBP está registrado no PubMed Central ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/2395](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/2395)) e no SciELO (<http://www.scielo.br/jbpneu>).

Os manuscritos serão analisados e, de acordo com definição do Conselho Editorial, serão encaminhados para revisores qualificados, sendo o anonimato garantido no processo de julgamento. Os artigos que não apresentarem mérito suficiente, que contenham erros significativos de metodologia ou não se enquadrem na política editorial do JBP serão rejeitados diretamente pelo Conselho Editorial, não cabendo recurso.

Os artigos podem ser escritos em português, espanhol ou inglês. Todos os artigos serão disponibilizados tanto numa versão em língua latina como também em inglês no site do JBP ([www.jornaldepneumologia.com.br](http://www.jornaldepneumologia.com.br)). Cada artigo receberá um número de referência na submissão para consulta futura.

#### **Não há taxas para submissão, avaliação e eventual publicação do artigo.**

O JBP apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informações sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de ensaios clínicos que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Dentro desse contexto, o JBP adota a definição de ensaio clínico preconizada pela OMS, que pode ser assim resumida: "qualquer pesquisa que prospectivamente designe seres humanos para uma ou mais intervenções visando avaliar seus efeitos em desfechos relacionados à saúde. Tais intervenções incluem drogas, células e outros produtos biológicos, procedimentos cirúrgicos, radiológicos, dispositivos, terapias comportamentais, mudanças de processos de cuidados, cuidados preventivos, etc."

Estudos com humanos devem incluir, na seção de Métodos, a informação sobre a aprovação da Comissão de Ética Local ou Nacional, preferencialmente com o número de aprovação, e estar de acordo com os princípios da Declaração de Helsinki. Estudos experimentais em animais devem estar alinhados com preceitos éticos.

Os autores garantem que os artigos submetidos ao JBP não foram publicados anteriormente e não estão sendo avaliados simultaneamente para a publicação em outro(s) periódico(s). O JBP utiliza o programa *Crossref Similarity Check* (iThenticate) para a avaliação do grau de similaridade com artigos previamente publicados.

#### CRITÉRIOS DE AUTORIA

A inclusão de um autor em um manuscrito encaminhado para publicação só é justificada se ele contribuiu significativamente, do ponto de vista intelectual, para a sua realização. Fica implícito que o autor participou de pelo menos uma das seguintes fases: 1) concepção e planejamento do trabalho, bem como da interpretação das evidências; 2) redação e/ou revisão das versões preliminares e definitiva; e 3) aprovou a versão final.

A simples coleta e catalogação de dados não constituem critérios para autoria. Igualmente, não devem ser considerados como autores auxiliares técnicos que fazem a rotina, médicos que encaminham pacientes ou interpretam exames de rotina e chefes de serviços ou departamentos não diretamente envolvidos na pesquisa. A essas pessoas poderá ser feito um agradecimento especial. A contribuição de cada autor para o trabalho e eventuais agradecimentos devem constar da página de identificação (*title page*) obrigatoriamente (ver no item Página de Identificação). Os conceitos contidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Com exceção de trabalhos considerados de excepcional complexidade, a revista considera 10 o número máximo aceitável de autores para os artigos originais. No caso de haver um maior número de autores, enviar carta à Secretária do JBP descrevendo a participação de cada um no trabalho.

#### APRESENTAÇÃO E SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos deverão ser obrigatoriamente encaminhados via eletrônica a partir do sistema de submissão ScholarOne <https://mc04.manuscriptcentral.com/jbpneu-scielo>. As instruções e o processo de submissão estão descritos abaixo: O formulário de transferência de



18/05/2020

Jornal Brasileiro de Pneumologia

direitos autorais deve ser assinado à caneta por todos os autores e deve ser carregado como um arquivo complementar junto ao manuscrito enviado. O modelo está disponível aqui: [Clique aqui](#).

Pede-se aos autores que sigam rigorosamente as normas editoriais do JBP, particularmente no tocante ao número máximo de palavras, tabelas, quadros e figuras permitidas, bem como às regras para confecção das referências bibliográficas. A não observância das instruções redatoriais implicará na devolução do manuscrito pela Secretaria do JBP para que os autores façam as correções pertinentes antes de submetê-lo aos revisores.

Instruções especiais se aplicam para a confecção de Diretrizes e Consensos e devem ser consultadas pelos autores antes da confecção desses documentos na homepage do JBP. Diretrizes e Consensos serão publicados como Artigos Especiais, também na modalidade de publicação contínua, em números regulares do JBP.

O JBP reserva o direito de efetuar nos artigos aceitos adaptações de estilo, gramaticais e outras.

#### ESPECIFICAÇÕES POR TIPO DE ARTIGO

Os manuscritos principais deverão ser submetidos em arquivo Word (.doc ou .docx). Na tabela abaixo, segue um resumo das especificações dos tipos de artigos a serem submetidos.

	Artigo Original	Revisão sistemática e Meta-análise	Artigo de revisão	Ensaio Pictórico	Comunicação Breve	Carta ao Editor	Correspondência	Editorial	Imagens em Pneumologia
<b>N.º máximo de autores</b>	10	6	6	6	5	5	3	3	3
<b>Resumo</b>	250 com estrutura	250 com estrutura	250 sem estrutura	250 sem estrutura	100 sem estrutura	sem resumo	sem resumo	sem resumo	sem resumo
<b>N.º máximo de palavras</b>	3.000	5.000	5.000	3.000	1.500	1.000	500	1.000	200
<b>N.º máximo de referências</b>	40	80	80	30	20	10	3	12	3
<b>N.º de tabelas e figuras</b>	6	8	8	12	2	1	-	1	1

#### Artigos originais

O texto deve ter entre 2.000 e 3.000 palavras, excluindo resumo, referências e ilustrações (isto é, tabelas, quadros e figuras). Deve conter no máximo 6 ilustrações. O número de referências bibliográficas não deve exceder 40. A sua estrutura deve conter as seguintes partes: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, (Agradecimentos e Contribuição dos Autores somente na title page) e Referências. A seção Métodos deverá conter menção quanto à aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Animais, ligados a Instituição onde o projeto foi desenvolvido. Nessa seção também deve haver descrição da análise estatística empregada, com as respectivas referências bibliográficas. Ainda que a inclusão de subtítulos no manuscrito seja aceitável, o seu uso não deve ser excessivo e deve ficar limitado às sessões Métodos e Resultados.

#### Séries de casos

As séries de casos deverão ser publicadas como artigos originais, seguindo suas especificações.

#### Revisões sistemáticas e meta-análises

O resumo deve ser estruturado da mesma forma que artigos originais. O texto não deve ultrapassar 5.000 palavras, excluindo resumo, referências e ilustrações. O número total de ilustrações não deve ser superior a 8. O número de referências bibliográficas deve se limitar a 80.

#### Revisões e Atualizações

Serão realizadas somente a convite do Conselho Editorial. O texto não deve ultrapassar 5.000 palavras, excluindo resumo, referências e ilustrações. O número total de ilustrações não deve ser superior a 8. O número de referências bibliográficas deve se limitar a 80.

#### Ensaio pictórico

18/05/2020

Jornal Brasileiro de Pneumologia

Serão igualmente realizados a convite ou após consulta dos autores ao Conselho Editorial. O texto não deve ultrapassar 3.000 palavras, excluídas referências e ilustrações. O número total de ilustrações não deve ser superior a 12, e as referências bibliográficas não devem exceder 30.

#### Comunicações Breves

O texto não deve ultrapassar 1.500 palavras, excluindo as referências e ilustrações. O número total de ilustrações não deve exceder 2 e o de referências bibliográficas, 20. O texto deverá ser confeccionado de forma corrida, sem subtítulos.

#### Cartas ao Editor

Constituem-se em contribuições originais contendo resultados preliminares, não ultrapassando 1.000 palavras e com não mais do que 10 referências bibliográficas e 1 ilustração.

#### Correspondências

Serão consideradas para publicação comentários e sugestões relacionadas a um artigo anteriormente publicado, não ultrapassando 500 palavras e 3 referências no total.

#### Editoriais

Serão realizados a convite. O texto não deve ultrapassar 1.000 palavras, excluídas referências e ilustrações. O número total de ilustrações é 1, e as referências bibliográficas não devem exceder 12.

#### Imagens em Pneumologia

O texto deve ser limitado ao máximo de 200 palavras, incluindo título e corpo do texto, e até 3 referências. Deve-se incluir somente 1 figura com no máximo de 5 imagens, considerando-se que o conteúdo total será publicado em apenas uma página.

#### Não aceitamos Relatos de Caso.

#### PREPARO DO MANUSCRITO

##### Página de identificação (*Title page*)

Ela deve conter o título do trabalho, em português e inglês, nome completo (incluindo nomes do meio sem abreviatura), instituições as quais estão vinculados, endereço completo, inclusive telefone, celular e e-mail do autor correspondente e, se houver, nome do órgão financiador da pesquisa e identificação do protocolo de financiamento. O *Open Researcher and Contributor ID* (ORCID) de cada autor deverá ser fornecido. Para instruções sobre como obter o identificador ORCID, acesse <https://orcid.org/>. Devem-se incluir os locais onde o estudo foi realizado. Além disso, as informações sobre a contribuição de cada autor para o trabalho e eventuais agradecimentos devem constar aqui. Primeiro o item agradecimentos e depois, o item contribuição dos autores. Essas informações serão publicadas ao final do manuscrito, antes das referências. A página de identificação deve ser enviada como um arquivo a parte em Word, separado do manuscrito principal.

##### Resumo/Abstract

Deve conter informações facilmente compreendidas, sem necessidade de recorrer-se ao texto, não excedendo 250 palavras. Deve ser feito na forma estruturada para os Artigos Originais e Meta-análises com os seguintes subtítulos: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Quando se tratar de Artigos de Revisão e Ensaio Pictóricos, o resumo não deve ser estruturado. Para Comunicações Breves, não deve ser estruturado nem exceder 100 palavras. Uma versão em língua inglesa correspondente deve ser fornecida no caso de artigos submetidos em português ou espanhol.

##### Descritores e Keywords

Devem ser fornecidos de três a seis termos em português/espanhol e inglês, que definam o assunto do trabalho, de acordo com os termos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), publicados pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), disponíveis em <http://decs.bvs.br>, e dos Medical Subject Headings (MeSH), disponíveis na homepage <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

##### Corpo do texto

Com exceção das unidades de medidas, siglas e abreviaturas devem ser evitadas ao máximo, devendo ser utilizadas apenas para termos consagrados. Estes termos estão definidos na Lista de Abreviaturas e Acrônimos aceitos sem definição. Clique aqui ([Lista de Abreviaturas e Siglas](#)). Quanto a outras abreviaturas, o termo deve aparecer ao menos três vezes para que possa ser abreviado e sempre definido na primeira vez em que for citado - por exemplo, proteína C reativa (PCR). Após a definição da abreviatura, o termo completo não deverá ser mais utilizado. Termos com palavras únicas não devem ser abreviados - por exemplo, tuberculose (TB). Com exceção das abreviaturas aceitas sem definição, elas não devem ser utilizadas nos títulos e evitadas no resumo dos manuscritos se possível. Para fazer referências ao longo do texto igualmente deve-se evitar a menção ao nome de autores, dando-se sempre preferência às citações numéricas apenas.

Quando os autores mencionarem qualquer substância ou equipamento incomum, deverão incluir o modelo/número do catálogo, o nome da fabricante, a cidade e o país, por exemplo: "... esteira ergométrica (modelo ESD-01; FUNBEC, São Paulo, Brasil)" No caso de produtos provenientes dos EUA e

18/05/2020

Jornal Brasileiro de Pneumologia

Canadá, o nome do estado ou província também deverá ser citado; por exemplo: "... ITG de fígado de porco da Guiné (T5398; Sigma, St. Louis, MO, EUA)"

#### Tabelas, Quadros e Figuras (Ilustrações)

Tabelas, quadros e figuras devem ser apresentados em preto e branco. As ilustrações devem ser enviadas no seu arquivo digital original; tabelas e quadros em arquivos Microsoft Word e figuras em arquivos JPEG com resolução mínima de 300 dpi. Fotografias de exames, procedimentos cirúrgicos e biópsias nas quais foram utilizadas colorações e técnicas especiais serão consideradas para impressão colorida, sem custo adicional aos autores. As grandezas, unidades e símbolos devem obedecer às normas nacionais correspondentes (ABNT: <http://www.abnt.org.br>). As tabelas e figuras devem ser numeradas com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de citação no texto.

#### Legendas

Legendas deverão acompanhar todas as ilustrações. No caso de figuras (gráficos, fotografias, etc.), as legendas devem ser citadas logo abaixo da imagem e submetidas em arquivo Word. No caso de tabelas e quadros, as legendas devem estar no topo. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a suas citações no texto. Notas de rodapé devem ser incluídas da seguinte maneira: primeiramente, todas as abreviaturas e siglas definidas por extenso; detalhes e informações extras a respeito da ilustração com letras em sobrescrito - p.ex., a) valores expressos em n (%); e sinais tipográficos em sobrescrito (exceto \*) para estatística - p.ex., \*p < 0,05. Eis a sequência de uso desses sinais: \*, +, ++, †, ‡, §, || e #.

#### Referências

Devem ser indicadas apenas as referências utilizadas no texto, numeradas com algarismos arábicos e na ordem em que foram citadas. Deve-se evitar a utilização dos nomes dos autores ao longo do manuscrito para referenciar partes do texto - utilize, ao invés, "um estudo" ou "um autor/um grupo de autores", por exemplo. A apresentação deve estar baseada no formato *Vancouver Style*, conforme os exemplos abaixo. Os títulos dos periódicos citados devem ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journals Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine* disponibilizada no seguinte endereço: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?term=currentlyindexed%5BAll%5D>. Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima desse número, cite os seis primeiros autores seguidos da expressão et al.

#### Exemplos:

##### Artigos Originais

1. Neder JA, Nery LE, Castelo A, Andreoni S, Lerario MC, Sachs AC et al. Prediction of metabolic and cardiopulmonary responses to maximum cycle ergometry: a randomized study. *Eur Respir J*. 1999;14(6):1204-13.

##### Resumos

2. Singer M, Lefort J, Lapa e Silva JR, Vargafig BB. Failure of granulocyte depletion to suppress mucin production in a murine model of allergy [abstract]. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;161:A863.

##### Capítulos de Livros

3. Queluz T, Andres G. Goodpastures syndrome. In: Roitt IM, Delves PJ, editors. *Encyclopedia of Immunology*. 1st ed. London: Academic Press; 1992. p. 621-3.

##### Publicações Oficiais

4. World Health Organization. Guidelines for surveillance of drug resistance in tuberculosis. *WHO/Tb*, 1994;178:1-24.

##### Teses

5. Martínez TY. Impacto da dispnéia e parâmetros funcionais respiratórios em medidas de qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com fibrose pulmonar idiopática [thesis]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.

##### Artigos Publicados na Internet

6. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs [serial on the Internet]*. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6): [about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

##### Homepages/Endereços Eletrônicos

7. Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

##### Outras situações:

Na eventualidade do surgimento de situações não contempladas por estas Instruções Redatoriais, deverão ser seguidas as recomendações contidas em ICMJE Recommendations no site do International Committee of Medical Journal Editors (última atualização dezembro de 2017). Disponível em <http://www.icmje.org/recommendations/archives/>

##### Suplemento on-line

Um suplemento on-line poderá ser acrescentado para artigos originais e de revisão, devendo ser submetido simultaneamente ao manuscrito principal como *Supplementary File*. Poderão ser incluídos dados complementares sobre metodologia e resultados, incluindo ilustrações e vídeos, que serão analisados pelos editores e revisores. Ilustrações acrescentadas ao suplemento on-line deverão ser numeradas como Tabela S1, Figura S1 e assim sucessivamente.

#### Toda correspondência para o JBP deve ser encaminhada para:

Prof. Dr. Bruno Guedes Baldi Editor-Chefe do Jornal Brasileiro de Pneumologia

<https://www.jornaldepneumologia.com.br/conteudo.asp?cont=9>

4/5