

Como criar um hospital livre de cigarros

**Dr. Ronaldo Laranjeira, Ph.D - Professor Visitante do Departamento de
Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina.
Dr. Montezuma Pimenta - Hospital das Clinicas USP**

**Endereço para Correspondência: Dr. Ronaldo Laranjeira, Ph.D -
Departamento de Psiquiatria - Escola Paulista de Medicina- Rua
Botucatu, 740 CEP 04023-900 São Paulo - SP - FAX 8221262**

Artigo de Revisão

Como criar um hospital livre de cigarros

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que o fumo cause cerca de 3 milhões de mortes por ano no mundo todo (Peto e col. 1994). Se a tendência atual for mantida, no ano 2020 cerca de 10 milhões de pessoas estarão morrendo anualmente por causa do cigarro, sendo que esse aumento de mortalidade ocorrerá principalmente nos países em desenvolvimento. Um estudo prospectivo realizado por mais de 40 anos com 35.000 médicos ingleses recentemente publicado (Peto e col. 1994) mostrou que metade dos fumantes morrem de causas diretamente relacionadas ao cigarro. Fumantes que morreram entre os 35 e os 69 anos perderam em média 22 anos de vida. Mesmo os que sobreviveram além dos 69 anos, perderam cerca de 8 anos de vida por causa do cigarro.

Nos países em que o custo social do fumo foi bem avaliado, os dados se mostraram alarmantes. Nos EUA, por exemplo, cada maço de cigarros vendido gera um custo de US\$ 2 em cuidados com saúde. A cada ano, 70 bilhões de dólares — ou seja, 7% do orçamento americano para a saúde — são gastos com o tratamento de doenças diretamente causadas pelo fumo.

Por tudo isso, o tabagismo vem sendo considerado a pior epidemia dos países desenvolvidos na atualidade. Desta forma, nos últimos vinte anos um grande esforço tem sido feito para conter o uso de cigarros nesses países. Um marco importante nesta luta foi o relatório de 1988 do “Surgeon General” dos EUA que reuniu as evidências científicas então disponíveis caracterizando definitivamente a nicotina como uma substância psicoativa causadora de dependência. O mesmo relatório também estabeleceu o papel da nicotina como responsável pela manutenção do comportamento de fumar. Em relação às possíveis estratégias a serem usadas para enfrentar o problema esse relatório reconhece que não existe uma intervenção única para deter esta epidemia. Ao contrário, a melhor estratégia em termos de saúde pública seria uma combinação de ações como: educação de saúde em relação aos riscos do fumo e para mudar as atitudes em relação ao cigarro, proibição da propaganda do cigarro e das vendas para menores de idade, aumento dos impostos, grupos de aconselhamento breve para os fumantes que não conseguem parar mesmo após várias tentativas, restrições ao fumo nos lugares públicos. Dentre essas restrições, a proibição nas escolas e hospitais deve ser prioritária.

O hospital é um ambiente privilegiado em relação ao fumo por vários motivos: 1) é um ambiente de trabalho onde muitas pessoas ficam várias horas por dia; 2) é o local onde a população tem contacto com os profissionais de saúde e portanto onde poderia ater cesso à informações referentes aos riscos do fumo; 3) é o local onde os profissionais de saúde poderiam ser vistos como modelos de comportamentos saudáveis, não fumando.

A importância dos médicos como modelos tem sido bem explorada nos países desenvolvidos. Desde o início das campanhas contra o fumo ficou claro o papel destes profissionais como modelos de saúde e catalizadores de mudanças sociais. O decréscimo no número de médicos fumantes antecipou e serviu de exemplo para a população geral. Na década de 50 cerca de 60% dos médicos fumavam nos EUA e na Inglaterra; atualmente,

somente 5-10% o fazem. No Brasil parece existir uma tendência dos médicos fumarem menos. Infelizmente, outros profissionais de saúde — como os enfermeiros —, não parecem acompanhar essa diminuição de consumo.

Alguns hospitais no Brasil têm tido a preocupação em restringir os locais onde o fumo é permitido, muito embora a técnica desenvolvida de implementação de uma política local tenha sofrido de uma improvisação excessiva. Portanto existe uma necessidade de identificarmos na literatura internacional quais seriam as melhores estratégias que podem ser usadas para o desenvolvimento de uma política efetiva nos hospitais.

Como Começar uma Política no Hospital

Aqueles que pretendem desenvolver uma política hospitalar de controle do fumo devem lembrar-se que boas intenções por si só não garantem ações eficazes. Não é incomum uma política anti-fumo começar por tentativas voluntárias de alguém com mais iniciativa, mas muitas vezes, tais ações freqüentemente esbarram na desmotivação dos fumantes e acabam por cair no descrédito geral. Deve-se ter em mente que há um processo a ser desenvolvido e não apenas uma determinação única a ser seguida pelas pessoas que trabalham no hospital (Hurt et al, 1989). A comparação mais apropriada seria mais como uma corrida de fundo do que com uma corrida de 100 metros. Ações isoladas não bastam mas uma combinação de atividades e determinações das chefias que combinadas darão a direção certa no processo.

Esta idéia de um processo de implantação de uma política anti fumo é útil, pois implica que cada hospital poderá traçar a sua própria rota, embora o objetivo final seja um só, que o hospital fique completamente livre da fumaça do cigarro.

Para que esse processo tenha início, é essencial que a direção do hospital se comprometa seriamente com uma política antitabagista que seja sustentada ao longo de vários anos (Hurt et al, 1989; Stillman et al, 1990, Offord et al, 1992). A decisão deve ser precedida da percepção da dimensão e complexidade da tarefa, e da consciência de que existirão ganhos e perdas, avanços e recuos no curso de sua implementação.

Como parte deste compromisso inicial, deve-se compreender que a nova política hospitalar deve servir para todos, da diretoria e chefes de clínicas ao mais humilde funcionário. A política deve incluir, ainda, todos os visitantes - mesmo e principalmente convidados ilustres. As normas em relação aos pacientes devem ser explicitadas antes da internação. Unidades psiquiátricas podem, de acordo com a necessidade, requerer um cronograma especial de implementação, mas como um estudo recente mostrou mesmo esse tipo de clínica pode rapidamente adaptar-se às novas condições.

Após a decisão inicial de se implantar essa política anti fumo, isto deve ser divulgada amplamente através de uma carta de intenções para que todas as pessoas e setores do hospital tomem conhecimento e possam opinar. Para garantir que a política atenda de modo justo aos interesses das diversas pessoas envolvidas, costuma-se recomendar a formação de uma comissão de representantes. Esta comissão deve ser a mais abrangente possível, com representantes dos diferentes níveis hierárquicos, homens e mulheres, fumantes e não fumantes. Seu objetivo é ouvir os diversos setores e captar as diferentes necessidades das

pessoas. Embora possivelmente não se possa atender a todos os interesses, todos deverão ter o direito de expressar suas opiniões e sugestões. *Para evitar mal-entendidos, deve ser claro que o objetivo final de transformar o hospital em um ambiente livre de cigarros não está sendo posto em discussão.*

Planejando a Implementação

Uma vez decidida a criação de um hospital livre da fumaça de cigarros, algumas decisões devem ser tomadas. A primeira refere-se à opção entre proibição total dos cigarros ou limitação parcial de seu uso. O banimento total é preferível por ser mais abrangente, claramente definível e mais facilmente fiscalizável. No entanto, por ser uma atitude mais drástica, o banimento repentino está mais sujeito a oposição. Desta forma, para evitar o desencadeamento de uma resistência muito grande pode-se adotar uma política de banimento gradual, começando-se por restringir o fumo a locais designados e progredindo até a proibição total.

Existem algumas alternativas quanto à forma de se restringir parcialmente o fumo: demarcação de áreas para fumantes, determinação de horários em que o fumo é permitido, e permitir o fumo quando houver consenso. A demarcação de áreas específicas para o fumo é provavelmente a alternativa mais comum. As áreas escolhidas devem ser bem ventiladas, e não se deve escolher áreas de uso comum como salas de repouso, refeitórios ou áreas de passagem. A forma mais adequada é a limitação do fumo a uma sala específica, o chamado “fumódromo”. Esta alternativa tem a grande vantagem de ser facilmente fiscalizável. Seus pontos negativos são a ocupação de um espaço provavelmente precioso e implicar no deslocamento dos funcionários até um local eventualmente distante. Outro inconveniente é que obrigar os fumantes a se afastarem do local de trabalho pode dificultar a fiscalização de seu trabalho e atrair críticas dos não fumantes que continuam trabalhando.

A limitação dos cigarros a horários específicos tem a vantagem de que estes horários são previsíveis, não acarretando perda de tempo de trabalho. Frequentemente, adotam-se horários de refeições e outros intervalos como horários em que é permitido fumar. Uma desvantagem é que, se não complementada por outras medidas, este sistema pode submeter os não fumantes à exposição maciça à fumaça em alguns horários.

Embora pareça simples, permitir o fumo quando houver consenso entre os presentes esconde algumas armadilhas. Muitos não fumantes terão dificuldade de dizer “não” quando confrontados com um número expressivo de fumantes, ou com fumantes que ocupem graus mais altos na hierarquia. Além disso, nem todos os fumantes sabem ouvir um não, o que pode dar margem a atritos.

O próximo passo no planejamento é a comunicação da decisão ao corpo de funcionários e a realização de um inquérito a respeito do tabagismo na instituição. O objetivo deste inquérito é: 1- determinar a prevalência de tabagismo na instituição bem como o perfil de fumantes e não fumantes; 2- ajudar a aumentar a informação e percepção dos funcionários em relação ao problema; 3- identificar áreas problemáticas que não tenham sido antecipadas; 4- explorar focos de preocupação em relação a pacientes e funcionários fumantes; 5- avaliar o interesse de formas de auxílio para os fumantes que não consigam parar de fumar. Embora

provavelmente nem todas as sugestões possam ser atendidas, a realização do inquérito garante que todos sejam ouvidos, contribuindo para diminuir eventuais resistências.

Durante a implementação de um programa de eliminação do fumo realizado na Mayo Medical Center (Hurt e col, 1989), as preocupações mais freqüentemente apontadas foram:: preocupação pelos pacientes que fumam, preocupação com os colegas fumantes, necessidade de programas de auxílio à cessação de fumar, como a fiscalização e implementação da nova política ocorreria em especial se as regras seriam as mesmas para toda a hierarquia do hospital., e preocupação de que a política pudesse representar uma violação dos direitos individuais.

A eficiência da implementação desta política dependerá em grande parte de que todos estejam suficiente informados, convencidos e motivados da importância das medidas. Para isto, deve-se considerar diversos meios de comunicação como: palestras, panfletos e outros tipos de texto, vídeos, grupos de discussão, etc. Deve-se afastar de um evangelismo exagerado contra o fumo e ressaltar os benefícios para todos de se viver num ambiente livre da fumaça. Bom humor, tolerância e criatividade deveria permear qualquer iniciativa de comunicação.

O êxito do programa depende da fiscalização por todos os funcionários. Com o passar do tempo, cria-se uma cultura contrária ao uso dos cigarros dentro da instituição e isto se torna uma realidade. No entanto, no início da implantação, é preferível que algumas pessoas sejam especificamente responsáveis pelo sucesso das medidas. Este grupo deve incluir as chefias de clínica, de enfermagem e de serviços auxiliares, inclusive secretaria, manutenção e segurança. É importante que todos os porteiros e funcionários da segurança recebam treinamento para que saibam orientar funcionários, pacientes e visitantes de modo preciso, gentil e firme a respeito da natureza das medidas.

Todas as entradas do edifício devem portar avisos sobre as restrições ao fumo. Todos funcionários, pacientes e visitantes devem estar suficientemente informados sobre a natureza das proibições. Do lado de dentro do prédio deve-se retirar os cinzeiros e sinalizar todos os recintos. Isto evita que alguém possa alegar desconhecimento ou se ofender ao ser advertido para não acender ou apagar um cigarro. Para evitar a saturação de informação deveria existir várias formatos e mensagens nos cartazes e deveriam ser mudados a intervalos regulares.

Implementação

Como no planejamento estabeleceu-se a idéia de um processo, a implementação também deverá seguir alguns passos. Deve-se criar e comunicar progressivamente a expectativa e determinação de uma nova política a ser implementada. Esta política deveria ter início a partir de um dia bem definido mas não muito distante e que seria amplamente divulgado. Este dia deveria também ter uma certa preparação ambiental, como por exemplo a retirada de cinzeiros, colocação de flores no local e ampla sinalização de restrições ao fumar.

Deve-se esperar algumas resistências à implementação desta política. Se essa resistência não for identificada muitas pessoas passarão a testar a implementação desobedecendo as regras e testando o limite da decisão. Para contornar esta resistência é importante manter o

momentum da implementação. As pessoas com postos chaves clínicos ou administrativos terão um papel fundamental neste estágio como formadores de opinião e modelos de comportamento que servirão para reforçar o entusiasmo pela continuidade das medidas. Comunicar ativamente aquilo que já foi conseguido, com histórias de sucesso, quer seja de andares do hospital que aboliram completamente o fumo ou de pessoas que pararam de fumar após várias tentativas. Deve-se buscar um balanço nesta comunicação entre um otimismo de acreditar na justiça e importância da política anti-fumo e ao mesmo tempo identificar as dificuldades. Deve ser possível identificar o avanço conseguido sem desanimar com aquilo que deve ainda ser alcançado. As dificuldades que surgem deveriam ser encaradas como novas metas a serem atingidas e não como uma falha da implementação.

Áreas problemas

Alguns setores do hospital podem oferecer uma resistência maior à implementação. Não é incomum o período noturno, por ter menor controle social, resistir às mudanças. Mesmo no período diurno, alguns funcionários mais graduados e fumantes já antigos também podem resistir à mudança de hábito. Algumas clínicas como por exemplo a Psiquiatria podem ter maiores dificuldades de implementar com os pacientes uma política de proibição total. Enfrentar essas resistências não significa um confronto aberto e perseguições com retaliações. Deve-se buscar um clima onde se perceba uma firmeza na implementação da política mas sem enfatizar as possíveis punições pelo desrespeito constante desta determinação.

Alguns hospitais identificaram pacientes que cancelaram consultas após o banimento total do fumo nas suas instalações (Hurt e col, 1989), mas o efeito foi bem pequeno e não chegou a afetar o volume total de atendimento. Uma área difícil de organizar diz respeito aos pacientes que se encontram internados. A ocorrência de fumo nos quartos e a preocupação dos efeitos dos sintomas de abstinência da nicotina na condição clínica do paciente são as preocupações mais comuns. Uma forma possível de lidar com esta situação é em primeiro lugar organizar uma compilação de todos os pacientes internados que tiveram problemas em ficar sem fumar. Pode-se também constituir uma comissão composta de tres pessoas para analisar as possíveis exceções (uma enfermeira, o médico do paciente e uma das pessoas da comissão de implementação da política anti-fumo no hospital).

Alguns funcionários reclamam quando ocorre um banimento total do fumo no hospital pois têm que sair das instalações hospitalares para fumar. Algumas vezes em condições climáticas extremamente desfavoráveis. Aparentemente não existe o risco dos funcionários demitirem-se devido à esta política (Stillman e col, 1990; Hurt e col, 1989)

Conclusões

Como foi salientado no começo do artigo o preparar-se para um processo de implementação é de fundamental importância para o sucesso de banir o cigarro dos hospitais. Desde que esta preparação ocorra de uma forma realista levando-se em consideração as características locais do hospital esta política tem grande chances de sucesso. O objetivo desse artigo não

foi em estabelecer regras rígidas a serem seguidas, mas algumas diretrizes empregadas por alguns hospitais americanos (Mayo Medical Center, The Johns Hopkins Medical Institutions) bem como nossa pequena experiência em São Paulo (Hospital São Paulo-EPM, Hospital das Clínicas de São Paulo-USP). A melhor sequência de procedimentos e os detalhes de implementação deve ser específico de cada hospital e grupo de profissionais.

Os hospitais devem aproveitar o clima social de debate em relação ao fumo e adotar o quanto antes uma política anti-fumo. O potencial impacto nas atitudes em relação ao fumo da população decorrentes de uma rede hospitalar e de médicos livres do cigarros é por demais atraentes para adiarmos essas políticas.

Como Começar uma Política no Hospital ?

Desenvolvimento de política como um processo

Compromisso da diretoria do hospital+

Universalidade da política para todos

Carta de intenções e prazos de implementação

Comissão representativa para assessoria e consulta. Indicação do executor

Planejando a implementação

Opções de estratégia (banir totalmente, áreas para fumantes, consenso, horários, fumódromos)

Inquérito (descrever população, atitudes e opiniões, informar, identificar as áreas problemáticas, focos de preocupação e necessidades de ajuda))

Planejamento e alocação de recursos para informação (palestras, panfletos, vídeos, grupos de discussão)

Fiscalização (treinamento das pessoas-chaves que supervisionarão o respeito pela implementação)

Implementação

Informações que criem expectativas num crescendo

Determinação do dia “D”

Preparação ambiental (retirada de cinzeiros, sinalização)

Manter o momentum

Enfatizar benefícios de tratar num local sem fumaça

Boletim para divulgação

Áreas problemáticas

Identificar setores do hospital que resistem à implementação

Monitorização (corrigir a rota de implementação, e escutar e arbitrar as reclamações existentes)

Comissão de assessoria técnica para orientar os pacientes que não queiram parar de fumar nas

Referências

Hurt, R.D., et al. The Making of a Smoke-free Medical Center. Journal of the American Medical Association, 1989, 261, 95-97.

Stillman, F.A. et al. Ending Smoking at The Johns Hopkins Medical Institutions. An evaluation of smoking prevalence and indoor air pollution. Journal of the American Medical Association, 1990, 264, 1565-1569.

Offord, K.P. et al. Effects of the Implementation of a Smoke-Free Policy in a Medical Center, CHEST, 1992,102, 1531-1536.

Henningfield, J.E. et al. Smoking and the Workplace: Realities and Solutions. Journal of Smoking Related Diseases, 1994, 5, 261-270.

Summary

How to create a smoke free hospitals

It has been pointed out that hospitals are a particularly important places to become smoke free. This article review the literature that have been published recently suggesting a process in which these hospitals have achieved this status. It describes fours stages of implementation: 1-How to start a hospital policy: where it has to become clear for the policy makers that there is a process involved and that there is a need of open communication with all the sector involved; 2- Planning for implementation, where the decision of the best estrategy to follow has to be made (total ban, partial ban, etc); 3- Implementation, where the actual action have to be done, with a preparation in the form of a `D'day, keep the process going, communication asserting the benefiits of the policy, etc; 4- Identify Problem Areas, where the monitoring of the process has to be made. The conclusion is that it is worthwhile to start this policy and the sonner we start the better.