

## 1. Introdução

Capela Nova é um município de 4755 habitantes (CENSO 2010), localizada no Campo das Vertentes do Estado de Minas Gerais, situando-se a 135 Km da capital Belo Horizonte e a 67 Km de Barbacena.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2013), os primitivos habitantes da microrregião dos Campos da Mantiqueira, onde situam-se as terras do município, foram os índios da tribo dos carijós, evadidos do litoral fluminense. No final do século XVIII, possivelmente, por volta de 1795, os então moradores ergueram uma capela, situada atrás da Serra da Pedra Menina. O topônimo, Capela Nova, originou-se da construção da capelinha na localidade e, para distinguir das demais capelas da redondeza, recebia o nome de Capela Nova.

Já em 02 de Janeiro de 1957, o povoado foi elevado à categoria de “cidade”, tornando-se independente de Carandaí. Desde então, esse município que possui uma área de 110,955 km<sup>2</sup>, não apresentou grande crescimento populacional e, a partir de 1991, vem experimentando uma estabilidade demográfica, mantendo-se hoje com uma concentração populacional de 42,88 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2013).

No que diz respeito à situação de saúde do município foi realizado diagnóstico situacional durante o curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família e dentre os problemas de saúde, nomeou-se como prioritário a alta prevalência do tabagismo.

O tabagismo é considerado problema de saúde pública de extrema relevância, já que, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), morrem anualmente cinco milhões de pessoas no mundo, em decorrência do uso do tabaco (INCA, 2001). Tal morbidade deve, portanto, ser abordada não só a partir de políticas nacionais de saúde, mas também no âmbito municipal, a partir de intervenções propostas pela equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Outros dados apontam o tabagismo como o responsável por mais mortes do que a soma daquelas causadas pelo álcool e as drogas de abuso. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – WHO, 2013).

No Brasil, uma pesquisa realizada em 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) demonstrou que 17,1% da população acima de quinze anos (25 milhões de pessoas) eram fumantes.

O tabaco tem sido atualmente identificado, como um dos principais fatores de risco à vida, pois se relaciona fortemente a diversas causas de morte por doenças respiratórias, cardio e cerebrovasculares, além de estar diretamente relacionado à origem de tumores malignos em pelo menos oito órgãos (boca, laringe, esôfago, pâncreas, pulmões, rins, bexiga e colo de útero), sendo que dos seis tipos de câncer com maior índice de mortalidade no Brasil, três deles (esôfago, pulmões e colo de útero, tem o fumo identificado como um dos seus fatores de risco (ROSEMERG, 2003).

Portanto, o fumo torna-se uma importante causa de morbidade, sendo uma das principais causas preveníveis de morte no mundo (MENEZES *et al*, 2004).

Assim, o presente trabalho propõe a intervenção com vistas a prevenir e controlar o tabagismo por meio da atuação da equipe de ESF – Unidade 2, da cidade de Capela Nova – MG.

Para o plano de intervenção, dentre as causas do uso do tabaco na área de abrangência da equipe, nomeou-se como nó crítico *as ações ineficientes de combate ao tabagismo* sendo, dessa forma, de extrema importância, uma intervenção com vistas a modificar tal realidade.

Espera-se, ao se traçar um plano de intervenção construído com a equipe, que esse, ao ser implementado, possa obter impactos positivos em relação ao tabagismo na área da Equipe 2 de Capela Nova e assim contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos munícipes, bem como a otimização de recursos para o sistema de saúde, com o investimento em promoção e prevenção.

## **2. Objetivo Geral**

Elaborar plano de intervenção com vistas a prevenir e controlar o tabagismo por meio da atuação da equipe de ESF – Unidade 2, da cidade de Capela Nova – MG.

### 3. Metodologia:

Conhecido o nó crítico destacado no diagnóstico situacional, seguiu-se com a elaboração do plano de intervenção, o qual é considerado uma importante ferramenta para o trabalho com a saúde.

Um projeto de intervenção pode ser visto como “uma ação organizada que deve responder a uma ou mais necessidades implícitas na causa sobre a qual incidirá a intervenção, ou seja, trata-se de uma proposta objetiva e focalizada, para resolver problemas da realidade”. (PAZ, *et al.*, 2013, p.4)

Sendo assim, a organização do Projeto de Intervenção deve se embasar em um minucioso planejamento que envolvam as diversas nuances que caracterizam o nosso foco de ação, já que,

... quando estamos diante de uma situação qualquer ou de um problema qualquer, geralmente, existem diversos atores sociais, com diversas visões, propósitos, interesses e compromissos relacionados a essa situação ou problema. São essas diferenças que colocam a possibilidade de conflitos. Existindo conflitos, é preciso que se racionalize estrategicamente para que os objetivos estabelecidos sejam alcançados. (CAMPOS, *et al.*, 2009, p.23).

Uma das amplas e difundidas formas de se organizar um projeto de intervenção é a partir do Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES foi idealizado pelo autor chileno a partir da sua vivência como Ministro da Economia no governo de Salvador Allende entre os anos de 1970 e 1973, bem como de suas experiências no planejamento tradicional vigente na América Latina. Seu enfoque baseou-se no âmbito mais geral do planejamento econômico-social, mas vem sendo, paulatinamente adaptado e utilizado na área de planejamento em saúde (ARTMANN, 2000).

Segundo a autora acima, o enfoque do PES se baseia na fragmentação da incerteza e no reconhecimento da complexidade as quais se assemelham a um sistema final aberto e probabilístico, onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados, já que nenhuma parte detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação.

Ainda segundo Artmann (2000, p.3):

O PES é um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida como no caso daqueles bem estruturados. (...) embora se possa partir de um campo ou setor específico, os problemas são sempre abordados em suas múltiplas dimensões - política, econômica, social, cultural etc. e em sua multissetorialidade, pois suas causas não se limitam ao interior de um setor ou área específicos e sua solução depende, muitas vezes, de recursos extra-setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação.

CAMPOS, *et al* (2009) afirma que a construção do sistema de Matus divide o planejamento estratégico em quatro fases: na primeira delas, chamada de “Momento Explicativo”, busca-se conhecer a situação atual e priorizar os problemas encontrados. A partir daí, são formuladas soluções que enfocam sistematicamente tais problemas, etapa essa conhecida como “Momento Normativo”. No terceiro tempo, denominado de “Momento Estratégico”, são avaliadas as soluções propostas. Por fim, o “Momento Tático-Operacional”, é aquele no qual o plano é executado.

As etapas do PES serão apresentadas no decorrer da apresentação dos resultados do processo de planejamento realizado com a Equipe.

#### 4. Breve contextualização do Tema

O tabagismo é considerado uma das mais importantes causas das doenças crônicas não transmissíveis, sendo a principal causa de mortes evitáveis no mundo. Estudos sobre os malefícios do fumo mostram acúmulo de evidências sobre seus riscos à saúde, inclusive entre as pessoas que convivem com fumantes, os denominados fumantes passivos (BRASIL, 2011).

Conforme publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que 22% da população adulta no mundo seja constituída por fumantes, destacando-se que essa prevalência é de aproximadamente 36% no sexo masculino e de 8% entre as mulheres. Acresce-se, ainda, que o tabagismo é responsável por 10 mil mortes por dia, e estima-se que em 2030, será cerca de 10 milhões de morte por ano, se mantiver as atuais tendências de consumo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – WHO, 2013).

São muitas as consequências do fumo, e sobre isso Balbani e Montovani (2005) afirmam que o tabagismo é fator de risco para desenvolver carcinomas do aparelho respiratório, esôfago, estômago, pâncreas, cérvix uterina, rim e bexiga, e que a nicotina pela sensação de prazer produzida, induz a tolerância e dependência, além de atuar como estimulante do sistema nervoso central, aumentando o estado de alerta e reduzindo o apetite.

Entretanto nos últimos anos tem sido observado um declínio importante das taxas de prevalência do tabagismo, e, acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), pode atribuir-se tal declínio às medidas educativas, preventivas, legislativas e regulatórias.

Tais resultados mostram a importância de se avançar nas ações em diversos setores, em um processo de mobilização para a compreensão do tabagismo como um tema transversal ao processo de organização dos serviços de saúde, assim como nas abordagens específicas, para que se possam vencer os desafios, por meio de ações integradas e articuladas.

Slatter (2013) concluindo estudo, afirma a necessidade dos profissionais envolvidos na atenção à saúde repensarem estratégias para a promoção e a manutenção da abstinência, em casos de usuários em tratamento. O autor

mostrou também que foi importante conhecer o tabagista quanto ao hábito de fumar, assim como das demandas de novas estratégias na assistência aos tabagistas, com vistas à abstinência e prevenção da recaída.

Abreu (2011, p 941) corrobora afirmando que o entendimento dos fatores associados ao tabagismo precisa ultrapassar o nível individual “e deve apontar para a necessidade da formulação de intervenções contemporâneas, com ações em nível de atenção primária, tendo como público-alvo comunidade, escola, família e adolescente”.

Cavalcante (2013) sugere que o cigarro precisa ser veementemente restrito aos menores e o Estado deve criar políticas que impeçam o acesso desses aos produtos do tabaco, e afirma ainda que devido as dimensões continentais do Brasil, é preciso descentralizar as ações de combate ao fumo, para que, assim, as estratégias anti- tabagismo sejam mais efetivas. Destaca ainda a importância de medidas comportamentais no processo de abandono ao fumo. Segundo ela, exercícios físicos e aconselhamentos, contribuem positivamente no abandono do tabaco.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), para que haja uma diminuição acentuada e duradoura na prevalência do tabagismo é preciso que as campanhas sejam abrangentes e duradouras. É necessário, ainda, que haja uma legislação forte, que taxe veementemente a produção e o comércio dos derivados do tabaco. Deve ainda haver uma sobrecarga tributária em tais produtos para que os altos valores dos produtos desestimulem o consumo (BRASIL, 2013).

## 5. Resultados:

Tendo em vista o nó crítico escolhido, *ações ineficientes de combate ao tabagismo*, traçou-se o plano de intervenção que segue abaixo, mostrando as etapas do processo de planejamento estratégico. Conforme Campos *et al* (2010, p. 64), a partir da identificação do problema torna-se possível pensar em soluções e estratégias para abordá-lo, descrevendo as operações para o enfrentamento das causas selecionadas, identificando os produtos e os resultados para cada uma das causas definidas e determinando os recursos necessários para a concretização das operações, como mostra o Quadro 1 abaixo:

**Quadro 1**  
**Desenho das operações**

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
- Falta de incentivo ao abandono do tabagismo	- Agrupar para aprender	- Criar um grupo operativo de combate ao tabagismo	- Redução de 20% da prevalência do tabagismo	- Organizacional: elaboração de palestras - Político: alocação de um espaço para as reuniões do grupo - Financeiro: Recursos audiovisuais
- Início precoce do tabagismo	- Conhecendo os perigos do cigarro	- Palestras semanais nas escolas	- Redução de 100% da prevalência do tabagismo na população menor de 18 anos	- Organizacional: elaboração de palestras - Político: conseguir espaço durante as aulas
- Falta de informações epidemiológicas	- Conhecer melhor para melhor intervir	- Diagnóstico epidemiológico na área de abrangência da equipe	- Aplicação de questionários em 100% dos fumantes da área adscrita	- Cognitivo: elaboração do questionário e análise dos dados - Político: submissão da pesquisa ao comitê de ética - Econômico: confecção dos questionários - Operacional: realização da pesquisa.



Campos *et al* (2010, p.67) reforça ainda que no processo de transformação de uma realidade sempre haverá o consumo de recursos, e que a dimensão da transformação vai depender diretamente do grau disponibilidade desses. É preciso, portanto, prever a demanda de cada operação evitando, assim, que essa tenha o seu desenrolar garantido. No Quadro 2, a seguir, apresenta-se os recursos críticos para as operações a serem implementadas:

**Quadro 2**  
**Recursos Críticos**

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
- Agrupar para aprender	- Organizacional: elaboração de palestras - Político: alocação de um espaço para as reuniões do grupo - Financeiro: Recursos audiovisuais
- Conhecendo os perigos do cigarro	- Organizacional: elaboração de palestras - Político: conseguir espaço durante as aulas
- Conhecer melhor para melhor intervir	- Cognitivo: elaboração do questionário e análise dos dados - Político: submissão da pesquisa ao comitê de ética - Econômico: confecção dos questionários - Operacional: realização da pesquisa

Levando-se em consideração que o responsável pelo planejamento não controla todos os recursos para a sua execução, é imprescindível que se identifique os controladores dos recursos críticos, para que, assim, possa-se traçar estratégias que viabilize o objetivo proposto. Dessa forma, demonstra-se, a seguir, a análise de viabilidade do plano aqui proposto, como demonstrado no Quadro 3:

**Quadro 3**  
**Análise de Viabilidade do Plano**

Projetos/ Operações	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Ação Estratégica
		Ator que Controla	Motivação	
- Agrupar para aprender	- Político: alocação de um espaço para as reuniões do grupo - Financeiro: Recursos audiovisuais	- Diretores das escolas - Secretaria de Saúde	- Satisfatória	- Parceria com as escolas - Apoio da Secretaria de Saúde
- Conhecendo os perigos do cigarro	- Político: conseguir espaço durante as aulas - Cognitivo: elaboração das palestras	- Prefeitura Municipal - Integrantes das equipes ESF/NASF	- Satisfatória	- Exposição do projeto - Parceria com o NASF
- Conhecer melhor para melhor intervir	- Político: submissão da pesquisa ao comitê de ética - Econômico: confecção dos questionários - Operacional: realização da pesquisa	- Comitê de Ética - Secretaria de Saúde - ACSs/ Secretaria de saúde	- Protocolo de pesquisa a ser seguido	Apresentação do projeto - Apoio financeiro - Capacitação dos ACSs

A construção do plano operativo objetiva designar responsáveis para cada uma das tarefas, estabelecendo, inclusive, prazos para que essas sejam completadas. Esse passo garante que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada. O Quadro 4 apresenta o Plano operativo a ser executado pela equipe:

**Quadro 4**  
**Plano operativo**

<b>Operação</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produto</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
- Agrupar para aprender	- Criar um grupo operativo de combate ao tabagismo	- Redução de 20% da prevalência do tabagismo	- Parceria com as escolas - Apoio da Secretaria de Saúde	- Médico - Enfermeira - Psicóloga e nutricionista (NASF)	30 dias
- Conhecendo os perigos do cigarro	- Palestras semanais nas escolas	- Redução de 100% da prevalência do tabagismo na população menor de 18 anos	- Exposição do projeto - Parceria com o NASF	- Enfermeira - Psicóloga (NASF)	60 dias
- Conhecer melhor para melhor intervir	- Diagnóstico epidemiológico na área de abrangência da equipe	- Aplicação de questionários em 100% dos fumantes da área adscrita	- Apresentação do projeto - Apoio financeiro - Capacitação dos ACSs	- Médico (Elaboração) - ACSs (Aplicação)	3-6 meses

Por fim, a gestão é uma das principais etapas na execução do plano. Segundo Campos, *et al* (2009, p.73):

Esse momento é crucial no êxito do processo de planejamento. Isso, porque não basta contar com um plano de ação bem formulado, e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e os executores.

Veja no Quadro 5 a proposta para a gestão do plano executado pela equipe:

**Quadro 5**  
**Gestão do Plano**

<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>
- Grupo operativo	- Médico - Enfermeira - Psicóloga e Nutricionista (NASF)	30 dias	Em Fase de Elaboração
- Palestras nas escolas	- Enfermeira - Psicóloga (NASF)	60 dias	Em Fase de Elaboração
- Pesquisa epidemiológica	- Médico (elaboração) - ACSs (aplicação)	3-6 meses	Em Fase de Elaboração

## 6. Considerações Finais

O Planejamento é uma das mais importantes etapas que garantem o sucesso de um projeto de intervenção. Sendo assim, sua formulação deve ser arquitetada de forma clara e objetiva. Portanto, torna-se necessária a organização normativa e detalhada de todas as ações, para que o desenrolar das atividades sejam plenamente monitoradas e os resultados facilmente identificáveis.

No nosso município a elaboração de um plano estratégico sistematizou a abordagem da equipe de saúde, dando clareza aos componentes da equipe no que diz respeito às suas funções. A formulação do projeto também abriu as portas à uma discussão mais engajada a respeito do tabagismo. Diversas ideias foram discutidas e elaboradas, e o envolvimento com o assunto tornou-se mais dinâmico.

A elaboração das propostas estendeu-se, inclusive, ao campo de abordagem acadêmica e o interesse da equipe de saúde se voltou para a elaboração de uma operação de conhecimento epidemiológico da área, a qual tornará as futuras abordagens mais efetivas.

Por fim, o processo de elaboração e planejamento estratégico ampliou a compreensão da equipe no que diz respeito à importância da construção de planos nas diversas áreas do cuidado dispensadas pelos serviços de saúde do município.

## Referências

ABREU, M. N. S.; SOUZA, C. F.; CAIAFFA, WALESKA T. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e grupo social. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.27, n.5, p. 935-943, 2011.

ARTMANN E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. **Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento Local**. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ; 2000. Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br) Acesso em 16 dez. 2013.

BALBANI, A. P. S; MONTOVANI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** [online]. 2005, vol.71, n.6, pp. 820-827. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992005000600021>>. Acesso em 21 nov. 2013

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações Nacionais Brasil. Disponível em <<http://www.cnm.org.br/index.php?option=comwrapper&View=wrapper&Itemid=32>> Acesso em: 11 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso -2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001, 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Programa de Controle ao Tabagismo**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=introducao.htm>> Acesso em: 21 nov. 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. psiquiatr. clín.** [online]. 2005, vol.32, n.5, pp. 283-300. ISSN 0101-6083. Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br) Acesso em 21 nov. 2013.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

MENEZES, A.M.B. *et al.* Diretrizes para a Cessação do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v.30, n.2, 2004.

WHO. **WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy**. Who Library cataloguing-in-publication data. Disponível em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94555/1/9789241506076\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94555/1/9789241506076_eng.pdf)

Acesso em 11 Nov. 2013.

PAZ, A. A. M. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: [http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc\\_Orientador\\_PIL.pdf](http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf) Acesso em: 14 nov. 2013.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: Droga Universal**. São Paulo: SES/CVE, 2003. 239 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf> Acesso em: 14 nov. 2013.

SATTLER, A.C.; CADE, N. V. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.1, pp. 253-264.

