

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RICARDO DE ALMEIDA REGO

INTERFERÊNCIA DA PANDEMIA DA SARS-COV-2 NA ADESÃO AO PROGRAMA
ANTI-TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE GRANDES RIOS

CURITIBA

2021

RICARDO DE ALMEIDA REGO

INTERFERENCIA DA PANDEMIA DA SARS-COV-2 NA ADESÃO AO PROGRAMA
ANTI-TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE GRANDES RIOS

TCC apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica, Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito a obtenção do título de especialista em Atenção Primária.

Orientador: Dra. Jaqueline Dias do Nascimento Selletti

CURITIBA

2021

RESUMO

O plano de Intervenção que trata da interferência da pandemia da SARS-COV-2 na adesão ao programa anti-tabagismo do município de Grandes Rios é resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. O estudo em questão tem como objetivo estimular a adesão da população adstrita ao grupo antitabagismo com a finalidade de diminuir o risco cardiovascular desta população. Utilizou-se como metodologia a pesquisa-ação contemplando as seguintes fases: Exploratória: através da formação do grupo anti-tabagismo, aplicação de formulário para adquirir informações clínicas dos participantes e formação da equipe multidisciplinar; Planejamento: elaboração de protocolo de seguimento dos participantes, conforme as etapas do processo, tendo em vista o contexto do grupo e individualidades, objetivando a maior adesão possível. Fase de Ação: Iniciado o grupo e posto em prática o protocolo formado na fase anterior. Fase de Avaliação: Ao final de cada período, era realizada nova avaliação para possibilitar alterar o protocolo do período seguinte. Ao final dos 3 períodos, realizada a avaliação geral da adesão dos participantes. Foram avaliados 20 participantes, em 3 etapas distintas, sobre 3 maneiras diferentes de conduzir o grupo. Primeiramente utilizando o protocolo regular do programa Pare de Fumar do Ministério da Saúde de 2007, seguido por consultas de acordo com a procura dos participantes e, por último, com consultas mensais. Em todas as etapas foram mantidas as medicações e atendimentos com equipe multidisciplinar. Ao final do período de avaliação 50% dos participantes que haviam falhado em parar de fumar durante a segunda etapa, tiveram sucesso durante a terceira fase, indicando maior adesão ao programa. Durante os primeiros meses da pandemia do novo coronavírus de 2020, houve mudança no protocolo de ação do programa, impedindo a atividade em grupo.

Palavras-chave: Infecções por Coronavirus; Abandono do Uso de Tabaco. Abandono do Uso de Tabaco; Prevenção do Hábito de Fumar; Doenças Cardiovasculares.

ABSTRACT

The Intervention plan that addresses the interference of the SARS-VOC-2 pandemic in adhering to the anti-smoking program in the municipality of Grandes Rios is the result of the Specialization Course in Primary Care at UFPR, funded by UNASUS. The study in question aims to stimulate the adherence of the population assigned to the anti-smoking group in order to reduce the cardiovascular risk of this population. The research-action methodology was used, covering the following phases: Exploratory: through the formation of the anti-smoking group, application of a form to acquire clinical information from the participants and formation of the multidisciplinary team; Planning: elaboration of the participants' follow-up protocol, according to the stages of the process, taking into account the context of the group and individualities, aiming at the greatest possible adherence. Action Phase: The group was started and the protocol formed in the previous phase was put into practice. Evaluation Phase: At the end of each period, a new evaluation was carried out in order to make it possible to change the protocol for the following period. At the end of the 3 periods, a general assessment of participants' adherence was carried out. Twenty participants were evaluated, in 3 different stages, on 3 different ways of leading the group. First using the regular protocol of the 2007 Ministry of Health's Stop Smoking program, followed by consultations according to the demand of the participants and, finally, with monthly consultations. In all stages, medications and care with a multidisciplinary team were maintained. At the end of the evaluation period, 50% of the participants who had failed to quit smoking during the second stage, were successful during the third phase, indicating greater adherence to the program. During the first months of the 2019 new coronavirus pandemic, there was a change in the program's action protocol, preventing group activity.

Keywords: Coronavirus Infections; Tobacco Use Cessation Devices; Tobacco Use Cessation; Smoking Prevention; Cardiovascular Diseases.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	TABAGISMO	7
3	METODOLOGIA	9
4	DADOS	11
5	AVALIAÇÃO DOS DADOS	13
5.1	OBJETIVO GERAL	13
5.2	TIPOLOGIA	13
5.3	PRIORIZAÇÃO	13
5.4	DESCRITORES	13
5.5	CAUSAS	14
5.6	CONSEQUÊNCIAS	14
6	RESULTADOS	16
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
	REFERÊNCIAS	18

1 INTRODUÇÃO

A atividade pelo projeto Mais Médicos no município de Grandes Rios, Paraná, foi iniciada no dia 10 de janeiro de 2019. Atendendo em 3 Unidade Básica de Saúde UBSs (UBSs) do município, sendo uma central, uma em um distrito urbano chamado Ribeirão Bonito e uma no distrito rural chamado Flórida do Ivaí, abrangendo toda a população com um total de 6625 pessoas.

Uma vantagem do local é o fácil acesso da população aos gestores, o que leva a um feedback dos usuários do sistema, tanto positivos, quanto negativos, para sempre haver melhorias no atendimento. Outro fato relevante, que facilita a relação entre a equipe de saúde com a comunidade, é aquela velha história de cidades pequenas em que todos se conhecem. Quando há a necessidade de algum dado, suporte de algum familiar, entre outros motivos que demandam encontrar alguém, é realizado com certa facilidade, pois não é incomum alguém da equipe conhecer a família inteira, há várias gerações, dos pacientes.

O município dispõe dos seguintes profissionais na atenção básica: 3 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 3 médicos, 4 enfermeiras, 1 imunizador, 6 auxiliares de enfermagem, 2 odontologistas, 13 Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), 1 equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com 1 nutricionista, 1 fonoaudióloga, 1 psicóloga, 1 educador físico, 1 fisioterapeuta e 2 farmacêuticos. É uma equipe bastante completa levando em consideração o tamanho do município e a realidade da região.

As ACSs são parte muito importante deste processo, uma vez que estão sempre em contato com os pacientes, informando a equipe quando há algum problema para trazê-los à UBS ou realizar uma visita domiciliar, juntamente a enfermeira responsável pela região em questão. Outra situação importante sobre as enfermeiras é a autonomia e segurança que elas têm sobre como lidar com as diversas situações que surgem e como resolver da melhor forma possível.

A equipe do NASF é bastante solícita, sempre encabeçando novos projetos e palestras, por exemplo, nos meses temáticos de combate ao suicídio, câncer de mama, gravidez na adolescência, câncer de próstata, entre outros, quando o membro da equipe melhor capacitado é procurado para palestrar sobre o assunto.

O ponto forte da saúde no município encontra-se na atenção primária, sendo desempenhada de forma bem eficiente e organizada, porém, em relação a atenção

secundária e terciária, é necessário recorrer a regional (16^a) ou as vizinhas (2^a,17^a, 22^a). Para atendimento hospitalar, tem-se o Hospital Municipal Vitor de Souza Pinto, de pequeno porte e nenhuma unidade de pronto atendimento. Trata-se de uma referência hospitalar para dois municípios vizinhos, Rosário do Ivaí e Rio Branco do Ivaí.

2 TABAGISMO

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina presente nos produtos à base de tabaco. De acordo com a Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (BRASIL, 1997), o tabagismo integra o grupo de transtornos mentais e comportamentais em razão do uso de substância psicoativa. Ele também é considerado a maior causa evitável isolada de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo (BRASIL, 1997).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que o tabaco mata mais de 8 milhões de pessoas por ano. Mais de 7 milhões dessas mortes resultam do uso direto desse produto, enquanto cerca de 1,2 milhão é o resultado de não-fumantes expostos ao fumo passivo. A OMS afirma ainda que cerca de 80% dos mais de um bilhão de fumantes do mundo vivem em países de baixa e média renda, onde o peso das doenças e mortes relacionadas ao tabaco é maior (WHO, 2020).

O tabaco é uma planta (*Nicotiana tabacum*) cujas folhas são utilizadas na confecção de diferentes produtos que têm como princípio ativo a nicotina, que causa dependência. Há diversos produtos derivados de tabaco: cigarro, charuto, cachimbo, cigarro de palha, cigarrilha, bidi, tabaco para narguilé, rapé, fumo-de-rolo, dispositivos eletrônicos para fumar e outros. No Brasil, a Resolução da Diretoria Colegiada n.º 46 de 2009, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar (BRASIL, 2009).

O tabagismo constitui fator de risco para o desenvolvimento dos seguintes tipos de câncer: leucemia mielóide aguda, câncer de bexiga, câncer de pâncreas, câncer de fígado, câncer do colo do útero, câncer de esôfago, câncer de rim e ureter, câncer de laringe (cordas vocais), câncer na cavidade oral (boca), câncer de faringe (pescoço), câncer de estômago, câncer de cólon e reto, câncer de traqueia, brônquios e pulmão (CDC, 2020).

Além de estar associado às doenças crônicas não transmissíveis, o tabagismo também é um fator importante de risco para o desenvolvimento de outras enfermidades, tais como tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, osteoporose, catarata, entre outras (BRASIL, 2020).

O tabaco fumado em qualquer uma de suas formas causa a maior parte de todos os cânceres de pulmão e é um fator de risco significativo para acidentes cerebrovasculares e ataques cardíacos mortais. Os produtos de tabaco que não produzem fumaça também estão associados ou constituem fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de cabeça, pescoço, esôfago e pâncreas, assim como para muitas patologias buco-dentais (CDC, 2020).

No Brasil, 428 pessoas morrem por dia por causa da dependência a nicotina. 56,9 bilhões de reais são perdidos a cada ano devido a despesas médicas e perda de produtividade, e 156.216 mortes anuais poderiam ser evitadas. O maior peso é dado pelo câncer, doença cardíaca e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Das mortes anuais causadas pelo uso do tabaco, 34.999 mortes correspondem a doenças cardíacas, 31.120 mortes por DPOC, 26.651 por outros cânceres, 23.762 por câncer de pulmão, 17.972 mortes por tabagismo passivo, 10.900 por pneumonia e 10.812 por Acidente Vascular Cerebral (AVC) (PINTO et al., 2017).

Assim, considerando o perfil clínico populacional e a incidência de morte por tabagismo e suas consequências, tem-se como objetivo estimular a adesão da população adstrita ao grupo antitabagismo com a finalidade de diminuir o risco cardiovascular desta população.

3 METODOLOGIA

A Pesquisa-ação foi a metodologia de escolha para a realização desse estudo. Pesquisa-ação é uma metodologia de investigação colaborativa, baseada na coleta sistemática de dados, seguida pela seleção de uma ação de mudança com base no que os dados indicaram, visando maior eficiência e evolução contínua no assunto abordado.

Segundo Thiollent (2011, p. 16), em Metodologia da Pesquisa-ação, pode-se definir a pesquisa-ação como:

Um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativos.

Ainda segundo Thiollent (2011), a Pesquisa-ação pode ser dividida em 4 fases:

- Exploratória: diagnóstico da situação e das necessidades dos atores, definição da equipe envolvida e obtenção de informações significativas para a elaboração do projeto. Etapa realizada através da formação do grupo anti-tabagismo, aplicação de formulário para adquirir informações clínicas dos participantes e formação da equipe multidisciplinar;
- Fase Principal (Planejamento): obtenção de ideias, sugestões e reclamações a respeito do assunto abordado e processamento delas, objetivando um planejamento organizacional viável. No caso deste estudo, foi realizado a elaboração do protocolo de seguimento dos participantes, conforme as etapas do processo, tendo em vista o contexto do grupo e individual, objetivando a maior adesão possível em cada etapa.
- Fase de Ação: medidas práticas e concretas baseadas nas etapas anteriores. Nesta etapa, foi iniciado o grupo e posto em pratica o protocolo formado na fase anterior.
- Fase de Avaliação: verificar os resultados das ações no contexto organizacional da pesquisa e suas consequências a curto e médio prazo e extrair ensinamentos que serão úteis para continuar a experiência e aplicá-la em estudos futuros. Ao final de cada período, era realizada nova avaliação para possibilitar alterar

o protocolo do período seguinte. Ao final dos 3 períodos, realizada a avaliação geral da adesão dos participantes.

4 DADOS

Para dar início a fase exploratória do projeto, é preciso entender melhor a constituição da população do município de Grandes Rios em relação a idade, sexo e principais comorbidades envolvidas na morbimortalidade em questão.

Utilizando dos sistemas de informações disponíveis no SUS (Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS), apresentam-se os Quadros 1, 2 e 3.

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE GRANDES RIOS POR SEXO E IDADE, NO ANO DE 2012.

População residente por Sexo e Faixa Etária													
Município: 410870 Grandes Rios													
Período:2012													
Sexo	Menor 1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 an	15 a 19 an	20 a 29 an	30 a 39 an	40 a 49 an	50 a 59 an	60 a 69 an	70 a 79 an	80 anos e	Total	
Masculino	43	154	231	315	347	469	456	467	353	261	128	67	3291
Feminino	60	161	209	319	294	449	445	460	345	215	136	54	3147
Total	103	315	440	634	641	918	901	927	698	476	264	121	6438
Fontes:													
1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos													
1996: IBGE - Contagem Populacional													
1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.													
2007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais.													
2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.													

Fonte: DATASUS (2012).

QUADRO 2 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL NO MUNICÍPIO DE GRANDES RIOS NO PERÍODO DE 2017.

Óbitos p/Residênc por Município	
Município: 410870 Grandes Rios	
Período:2017	
Município	Óbitos_p/Residênc
410870 Gr	46
Total	46

Coeficiente de Mortalidade Geral = 7,14 / 1000 habitantes.

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2017).

QUADRO 3 – PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA NO PERÍODO DE JANEIRO/2012 A ABRIL/2013.

Município: 410870 Grandes Rios	
Período:Jan/2002-Abr/2013	
Município	Hipertensão
410870 Gr	1116
Total	1116

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (2013).

O quadro 4 é de extrema importância para entender o motivo da escolha na intervenção sobre o tabagismo e, conseqüentemente, no risco cardiovascular da população. O sistema circulatório apresenta a maior mortalidade, com 20 mortes durante o ano de 2017, o dobro das doenças do aparelho respiratório, que chegou a 9 mortes no mesmo ano.

QUADRO 4 – NÚMERO DE ÓBITOS POR CAUSA NO MUNICÍPIO DE GRANDES RIOS NO PERÍODO DE 2017.

Óbitos p/Residênc por Causa - CID-BR-10	
Município: 410870 Grandes Rios	
Período:2017	
Causa - CID-BR-10	Óbitos_p/Residênc
001-031 ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	1
. 001 Doenças infecciosas intestinais	1
... 003 Diarréia e gastroenterite orig infec pres	1
032-052 NEOPLASIAS	3
. 038 Neoplasia maligna da laringe	1
. 050 Leucemia	1
. 052 Restante de neoplasias malignas	1
055-057 D ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS	5
. 055 Diabetes mellitus	4
. 056 Desnutrição	1
066-072 DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	20
. 067 Doenças hipertensivas	4
. 068 Doenças isquêmicas do coração	8
... 068.1 Infarto agudo do miocárdio	7
. 069 Outras doenças cardíacas	3
. 070 Doenças cerebrovasculares	4
. 072 Rest doenças do aparelho circulatório	1
073-077 DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	9
. 074 Pneumonia	5
. 076 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	3
. 077 Restante doenças do aparelho respiratório	1
078-082 DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	2
. 082 Rest doenças do aparelho digestivo	2
093-097 ALG AFECÇÕES ORIGIN NO PERÍODO PERINATAL	1
. 097 Rest afec originadas no período perinatal	1
101-103 SINT, SIN E ACH ANORM CLÍN E LAB, NCOP	1
. 102 Morte sem assistência médica	1
104-113 CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDAD	4
. 105 Quedas	1
. 109 Lesões autoprovocadas voluntariamente	2
. 110 Agressões	1
Total	46

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2017).

5 AVALIAÇÃO DOS DADOS

As cinco principais causas de mortalidade no município de Grandes Rios no período de 2017 foram, em ordem decrescente: doenças do aparelho circulatório (20), doenças do aparelho respiratório (9), doenças endócrino, nutricionais e metabólicas (5), causas externas (4) e neoplasias (3).

A partir dos dados anteriores, chama a atenção por ser a primeira causa de morte, problemas cardiovasculares, com importante relação dos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus Tipo 2. A seguir, a avaliação da realidade utilizando da metodologia de Carlos Matus (1996) de Planejamento Estratégico Situacional e seus quatro momentos.

5.1 OBJETIVO GERAL

Reduzir a incidência de problemas cardiovasculares na população.

5.2 TIPOLOGIA

Atual, terminal, controle total e quase estruturado.

5.3 PRIORIZAÇÃO

Magnitude: 3

Transcendência: 3

Vulnerabilidade: 4

Urgência: 3

Custo: 2

Total: 15

5.4 DESCRITORES

D1: maior causa de mortalidade no município atualmente;

D2: vários casos de difícil controle apesar do fácil acesso à medicação.

5.5 CAUSAS

i) Alta prevalência de hipertensão na população geral:

Objetivo específico: intensificar o rastreio dos pacientes hipertensos e encaminhar para uma consulta médica.

ii) Tabagismo é bastante prevalente na população, muitas vezes desde a infância:

Objetivo específico: trabalhar na redução do tabagismo tanto em grupo, quanto individualmente, diminuindo a sua prevalência.

iii) Dificuldade em realizar dietas devido cultura alimentar local e baixa renda:

Objetivo específico: elaborar, junto à nutrição, medidas e dietas que melhor se adaptem à realidade da população local.

iv) Falta de entendimento sobre consequências de uma doença crônica silenciosa:

Objetivo específico: realizar reuniões com a população, visando informar e explicar o que consiste uma doença crônica como a hipertensão e o diabetes mellitus, os benefícios a longo e curto prazo de realizar corretamente a terapêutica e sempre reafirmar as informações nas consultas médicas.

5.6 CONSEQUÊNCIAS

Aumento do risco cardiovascular, com conseqüente aumento na mortalidade e morbidade e aumento no custo para o sistema de saúde, devido sequelas e invalidezes decorridas de infartos agudos do miocárdio ou acidentes vasculares cerebrais.

Através da avaliação da população e de seus principais problemas, há a importância da redução das mortes por problemas cardiovasculares, por ser hoje a maior causa de mortalidade no município. Dentro desse problema, a opção pela redução do tabagismo pela vulnerabilidade e governabilidade sobre o tema facilitarem a intervenção sobre. Atualmente, há fácil acesso a medicamentos e intervenções que facilitam cessar o tabagismo, trabalhando em grupos de 20 pacientes por grupo. Hoje, inclusive, existe uma lista de espera para fazer parte do grupo, mostrando grande interesse da população, que muitas vezes procuram a UBS com o principal intuito de

parar de fumar. A preferência do programa contra o tabagismo sempre foi trabalhar em grupo, porém, durante a pandemia do COVID-19, isso não foi mais possível, forçando a trabalhar individualmente com os pacientes, mantendo o suporte medicamentoso e interdisciplinar que a questão exige. Algo interessante de se avaliar é a aderência ao programa quando comparamos a intervenção em grupo e a individual, com diferentes taxas de sucesso. É possível avaliar essa diferença, pois temos um grupo que participou tanto da intervenção coletiva, quanto agora, mantendo com a individual, possibilitando avaliar, inclusive, as causas de recaídas dentre os pacientes.

O programa em grupo consistia em um primeiro mês com atividades semanais, quando era apresentado a metodologia, ferramentas e adversidades que poderiam aparecer ao decorrer do programa, preparando o grupo da melhor forma possível. O segundo mês era de encontros quinzenais para avaliar recaídas, dividir experiências entre os participantes e fortalecer as atitudes firmes diante dos problemas que possam aparecer. Do terceiro mês até o final do ano, encontros mensais para manter o suporte e rotina do cuidado.

Durante a pandemia, quando houve o impedimento de realizar a atividade em grupo, passaram para consultas esporádicas, sem intervalo predefinido, de acordo com a necessidade dos participantes. Mantido todo o suporte multiprofissional que era disponível antes da pandemia, assim como o acesso a medicação necessária. A falta de periodicidade e rotina dos encontros e consultas alteraram a eficácia do programa, bem como o aumento dos níveis de estresse e piora dos quadros psiquiátricos durante o período da pandemia.

O Quadro 6 apresenta o Planejamento da intervenção realizado.

QUADRO 6 – Planejamento da intervenção

Objetivo	Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo/ amostra	Data	Recursos Educacionais utilizados	Locais de divulgação dos recursos educacionais
Reduzir o tabagismo na população durante a pandemia da COVID-19	Consultas mensais, com intervalo pré-definido, medicação e atendimento multiprofissional específico	6 meses	Médico Enfermeira Fonoaudióloga Psicóloga Educador físico Nutricionista Dentista	Tabagistas participantes do grupo anti-tabagismo do município de Grandes Rios	Início em Março 2020	Manual Pare de Fumar do Ministério da Saúde de 2007	Cartilhas distribuídas durante os encontros e consultas do programa anti-tabagismo

Fonte: O autor (2021).

6 RESULTADOS

O grupo avaliado era composto por 20 participantes do grupo anti-tabagismo do município de Grandes Rios. Avaliando os dois primeiros meses do grupo, quando ainda não havia influência da pandemia no programa, dos 20 participantes, ao final da primeira semana, 6 participantes haviam cessado o tabagismo, ao final do primeiro mês, total de 10 participantes cessaram e ao final do segundo mês, um total de 15 participantes cessaram o tabagismo.

A partir do terceiro mês, foi alterado o programa devido o impedimento das atividades em grupo e, por 2 meses, foram interrompidas as atividades do grupo. Ao longo desses dois meses, dos 15 participantes que haviam cessado, 6 voltaram a fumar. Dos 6 que voltaram a fumar, 5 relataram aumento do quadro de ansiedade durante o período, influenciando na recaída.

O terceiro período do estudo é quando houve a intervenção com as consultas mensais, agendadas, mantendo a atenção multiprofissional individualizada. Desse período, mantinham-se 18 participantes do grupo inicial, com 2 desistências. Com a nova abordagem, dos 6 que tiveram recaída durante os dois primeiros meses da pandemia, 3 conseguiram novamente cessar o tabagismo, sem recaídas até o final dos 6 meses da intervenção. Os outros 3 que haviam tido recaídas durante a pandemia, não conseguiram sucesso novamente ao cessar o tabagismo e afirmaram que conseguiram diminuir a carga tabágica, porém não pararam por completo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração os dados adquiridos durante o estudo e relacionando com os relatos dos participantes, há indícios de que a pandemia teve impacto no sucesso do programa anti-tabagismo implantado no município de Grandes Rios. Apesar da influência, a mudança de atitude em relação ao plano de ação, com a periodicidade pré-estipulada e agendada das consultas médicas, mantendo o auxílio multiprofissional, conseguiu manter os participantes, que já tiveram sucesso, sem recaídas, e auxiliaram 50% daqueles com recaída a conseguirem cessar o tabagismo até o final do período de avaliação de 10 meses.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 46, de 28 de agosto de 2009**. Proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar, conhecidos como cigarro eletrônico. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_46_2009_COMP.pdf. Acesso em: 10/01/2021.

BRASIL. **Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**. 1997. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060203>. Acesso em: 14/01/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS**. 2021. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 10/01/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Causas e Prevenção: Tabagismo**. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo>. Acesso em: 20/12/2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. **Health Effects of Cigarette Smoking**. 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/. Acesso em: 09/02/2021.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2. ed. v. 2. Brasília: IPEA, 1996.

PINTO, M; BARDACH, A; PALACIOS, A; BIZ, A; ALCATRAZ, A; RODRIGUEZ, B; AUGUSTOVSKI, F; PICHON-RIVIERI, 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. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Maio de 2017. Disponível em: www.iecs.org.ar/tabaco. Acesso em: 09/02/2021.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Tobacco**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Acesso em: 21/12/2020.