PARECER COREN-SP 003/2015 - CT

PRCI nº 102.705

Tickets nº 298.347

Ementa: Paciente fumante.

1. Do fato

Profissional Auxiliar de Enfermagem informa que a direção da instituição em que trabalha determinou funcionários acompanhem pacientes fumantes internados para fora da área de internação, nos momentos em que os mesmos necessitem fumar. Questiona se há amparo para essa determinação.

2. Da fundamentação e análise

A Lei estadual de São Paulo nº 13.541, de 7 de maio de 2009, que proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica, determina no seu artigo 1º e artigo 2º, parágrafos 1º e 2º:

> [...] **Artigo 1º -** Esta lei estabelece normas de proteção à saúde e de responsabilidade por dano ao consumidor, nos termos do artigo 24, incisos V, VIII e XII, da Constituição Federal, para criação de ambientes de uso coletivo livres de produtos fumígenos.
> **Artigo 2º -** Fica proibido no território do Estado de São Paulo, em ambientes de uso coletivo, públicos ou privados, o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco.
> **§ 1º -** Aplica-se o disposto no "caput" deste artigo aos recintos de uso coletivo, total ou parcialmente fechados em qualquer dos seus lados por parede, divisória, teto ou telhado, ainda que provisórios, onde haja permanência ou circulação de pessoas.
> **§ 2º -** Para os fins desta lei, a expressão "recintos de uso coletivo" compreende, dentre outros, os ambientes de trabalho, de estudo, de cultura, de culto religioso, de lazer, de esporte ou de entretenimento, áreas comuns de condomínios, casas de espetáculos, teatros, cinemas, bares, lanchonetes, boates, restaurantes, praças de alimentação, hotéis, pousadas, centros

> comerciais, bancos e similares, supermercados, açougues, padarias, farmácias e drogarias, repartições públicas, instituições de saúde, escolas, museus, bibliotecas, espaços de exposições, veículos públicos ou privados de transporte coletivo, viaturas oficiais de qualquer espécie e táxis. [...] (SÃO PAULO, 2009).

A mesma Lei em seu artigo 6º, inciso II explicita a norma não se aplica às instituições de tratamento da saúde que tenham pacientes autorizados a fumar pelo médico que os assista (SÃO PAULO, 2009).

Já tínhamos a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996 que dispunha sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígeros, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, a qual somente foi regulamentada pelo Decreto nº 8.262 sancionado em 31 de maio de 2014 e que mantêm a mesma determinação da legislação estadual (BRASIL, 2014).

Pamplona (2007) nos chama à atenção para importantes observações sobre o paciente tabagista:

> [...]
> A Organização Mundial de Saúde considera o tabagismo a principal causa de morte evitável e o Banco Mundial considera o controlo do tabagismo a medida de melhor relação custo-eficácia, quando comparada com terapêuticas efectuadas nas mais variadas patologias. Aproximadamente 50% dos fumadores morrem prematuramente devido aos efeitos deletérios do tabaco. As doenças relacionadas com o tabagismo activo são múltiplas: oncológicas, cardiovasculares, pneumológicas e outras, sendo também causadoras de internamentos, morbilidade e diminuição da qualidade de vida. Por outro lado, o tabagismo activo tem ainda efeitos adversos na evolução de outras doenças, como asma, tuberculose, bronquiolite, pneumotórax idiopático, e aumenta as complicações no pós-operatório de várias cirurgias. A dependência da nicotina é reconhecida, desde 1988, e desde 1992 que o tabagismo é considerado uma **doença** pela Organização Mundial de Saúde. Doença esta que é crônica e tem recaídas frequentes, nem sempre reconhecidas. Assim sendo, o doente fumador internado tem um duplo diagnóstico: para além da doença motivadora do internamento, o tabagismo é também uma doença. [...] (PAMPLONA, 2007, p. 802).

Ferreira et al. (2011) também expõem o tabagismo como uma doença e ressaltam sua gravidade, chamando à atenção a possibilidade de intervenções no sentido de combater esse problema de saúde pública por ocasião da internação:

> [...]
> O tabagismo é considerado uma pandemia, uma vez que morrem cerca de cinco milhões de pessoas por ano, no mundo, em consequência das doenças provocadas pelo tabaco. Segundo as estatísticas do Instituto Nacional do Câncer, no Brasil, a mortalidade anual atribuída ao tabagismo é de 200 mil. O tabagismo responde atualmente por 45% de todas as mortes por câncer, 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes por DPOC e 35% das mortes por doenças cardiovasculares. As doenças relacionadas ao tabaco são uma das principais causas de internação hospitalar, e a redução do tabagismo contribui para a diminuição da morbidade e da mortalidade. O aconselhamento e a assistência ao tabagista durante a hospitalização e após a alta por pelo menos quatro semanas fazem parte das recomendações básicas para a abordagem do tabagismo em pacientes hospitalizados. Poucos hospitais abordam o tabagismo em pacientes hospitalizados, mesmo considerando que a hospitalização seja um momento oportuno para a interrupção do tabagismo. Devido à restrição do ato de fumar no ambiente hospitalar, os pacientes são obrigados a parar de fumar independente do grau de motivação que apresentam. [...] (FERREIRA et al., 2011).

Reichert et al. (2008) pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, publicaram o documento intitulado Diretrizes para Cessação do Tabagismo (2008) onde expõem a necessidade de ações e explicita intervenções junto ao paciente tabagista por ocasião de internação hospitalar, para que o mesmo abandone o tabagismo:

> [...] **Hospitalizado**
> As doenças relacionadas ao tabaco são um dos maiores motivos de internação hospitalar e a cessação do tabagismo contribui decididamente para a redução da morbi-mortalidade (grau/nível A). Durante as internações, os pacientes são forçados a se abster de tabaco devido à proibição nos hospitais usualmente sem receber orientações, sem estar preparados, independentemente da fase de motivação em que se encontram. Os grandes estudos internacionais ressaltam a dimensão do problema do manejo do tabagismo em hospitalizados:
> • 25% dos pacientes fumam dentro do hospital;
> • 55% dos pacientes referem sintomas de abstinência da nicotina;
> • Apenas 6% dos fumantes recebem reposição de nicotina, sendo que 63 recaem na 1ª semana e 45% no primeiro dia após a alta.
> O tratamento do tabagismo no hospital difere pouco do tratamento extra-hospitalar e os fumantes hospitalizados geralmente são mais suscetíveis às mensagens de sensibilização contra o tabaco. A intervenção hospitalar com duração superior a 15 minutos, associada ao suporte ambulatorial com duração superior a um mês, aumenta a taxa de cessação do tabagismo (OR: 1,81; CI95%: 1,54-2,15) (grau/nível A). A intervenção da enfermagem durante a internação, seguida de acompanhamento por algumas semanas após a alta, em geral por telefone, também aumenta a taxa de cessação (grau/nível A). A combinação do aconselhamento e do adesivo de nicotina de seis a 12 semanas após a alta hospitalar aumenta a taxa de cessação em relação ao

> aconselhamento isolado durante a internação (grau/nível A). A TRN é segura em cardiopatas estáveis, como já foi mencionado anteriormente. Os principais preditores da cessação do tabagismo em pacientes internados são: idade avançada, grande vontade de parar de fumar, tempo para fumar o 1° cigarro após despertar superior a cinco minutos, número de tentativas prévias inferior a três, mais de uma semana sem fumar antes da internação, intenção firme de não fumar e ausência de dificuldade de ficar sem fumar durante a internação. As recomendações básicas para a abordagem do tabagismo em pacientes hospitalizados são adaptadas a partir das diretrizes para pacientes ambulatoriais, sendo as mais importantes:
> • Identificar e registrar os fumantes por ocasião da admissão;
> • Caracterizar o padrão de tabagismo;
> • Identificar o estágio de motivação para deixar de fumar;
> • Prover aconselhamento individualizado sobre a cessação do tabagismo;
> • Prover assistência para não fumar durante a internação;
> • Identificar e tratar a síndrome de abstinência;
> • Oferecer atenção especial para o uso de medicamentos em cardiopatas, idosos e outros grupos especiais, devido aos efeitos adversos e às interações medicamentosas;
> • Prover assistência após a alta, no mínimo por telefone, por pelo menos quatro semanas;
> • Encaminhar os pacientes mais dependentes para grupos especializados, em especial aqueles que fumaram durante a internação;
> • Identificar os fumantes antes de internações eletivas e ajudá-los a parar. [...] (REICHERT et al., 2008).

No Código de Ética Profissional de Enfermagem, no item Responsabilidades e Deveres, em seu artigo 24, lê-se:

> [...]
> Art. 24 Respeitar, no exercício da profissão, as normas relativas à preservação do meio ambiente e denunciar aos órgãos competentes as formas de poluição e deterioração que comprometam a saúde e a vida.[...] (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2010).

3. Da Conclusão

Frente à vigência de legislação de combate ao tabagismo, somado às diretrizes médicas de abordagem terapêutica do tabagismo entendido como doença, aliado à necessidade de priorização da assistência de Enfermagem e também de ações de preservação da saúde e do meio ambiente, conclui-se que não há obrigação ética ou legal de se acompanhar paciente fumante, em locais abertos, para que o mesmo fume.

Tal conduta pode vir a prejudicar o exercício da assistência de Enfermagem, principalmente se somado à situação de subdimensionamento do quadro funcional de Enfermagem, atualmente muito comum em diversas instituições assistenciais de saúde.

É o parecer.

Referências

BRASIL. Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014. Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8262.htm>. Acesso em: 6 jun. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: < http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 2 mai. 2014.

FERREIRA, A.S. et al. Tabagismo em pacientes internados em um hospital universitário. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Rio de Janeiro, v.37, n. 4, p. 488-494, 2011.

PAMPLONA, P.. Fumador internado? – A intervenção apropriada. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, Lisboa, v.13, n. 6, p. 801-826, nov-dez 2007.

REICHERT, J. et al . Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo , v. 34, n. 10, p. 845-880 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n10/v34n10a14.pdf >. Acesso em: 22 de mai. 2014.

SÃO PAULO. Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009. Proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica. Disponível em: <http://www.leiantifumo.sp.gov.br/usr/share/documents/legislacao.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2014.

São Paulo, 22 de maio de 2014

Câmara Técnica de Atenção à Saúde

Relator	**Revisor**
Prof. Dr. João Batista de Freitas	Prof. Dr. Paulo Cobellis Gomes
Enfermeiro	Enfermeiro
COREN-SP 43.776	COREN-SP 15.838

Aprovado em 27 de agosto de 2014 na 49ª Reunião da Câmara Técnica.

Homologado pelo Plenário do COREN-SP na 904ª Reunião Plenária Ordinária.