

# PERCURSOS

---



janeiro – junho  
2021

# ÍNDICE

|                                                                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>A Competência emocional dos estudantes de Enfermagem</b>                                                                                            | 3  |
| Adriana Filipa Guerreiro Rodrigues, Ana Margarida Sequeira Peres, Gianina Apostol, Marisa Pereira Guerra, Andreia Ferreri Cerqueira, Ana Filipa Poeira |    |
| <b>Fatores de stress e estratégias de coping nos estudantes de Enfermagem durante o Ensino Clínico</b>                                                 | 9  |
| Ana Polido, Ana Ratão, Inês Marçal, João Cruz, Andreia Ferreri Cerqueira, Ana Filipa Poeira                                                            |    |
| <b>Aprendizagem em contexto simulado no curso de licenciatura em Enfermagem</b>                                                                        | 17 |
| Carolina Marques, Daniela Lima, Inês Cruz, Matilde Cortez, Andreia Ferreri Cerqueira                                                                   |    |
| <b>Intervenções e limites no contexto do consumo assistido - abordagem ética</b>                                                                       | 26 |
| Lucília Nunes                                                                                                                                          |    |
| <b>Media Reports</b>                                                                                                                                   |    |
| 1. Campanha Liga Portuguesa Contra o Cancro – “Eu sou... # Eu vou...” (fevereiro 2020)                                                                 | 48 |
| 2. Instagram do Departamento de Enfermagem                                                                                                             | 50 |

## FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica  
Semestral  
Ano 2021, N° 49  
ISSN 1646-5067

Editor  
António Martins de Freitas  
antonio.freitas@ess.ips.pt

Comissão Editorial  
Edgar Canais  
Fernanda G. da Costa Marques  
Hugo Miguel Franco  
Lucília Nunes

Os artigos aprovados para esta edição são da exclusiva responsabilidade dos autores.

# A COMPETÊNCIA EMOCIONAL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

## EMOTIONAL COMPETENCE IN NURSING STUDENTS

Adriana Filipa Guerreiro Rodrigues<sup>1</sup>, Ana Margarida Sequeira Peres<sup>1</sup>, Gianina Apostol<sup>1</sup>, Marisa Pereira Guerra<sup>1</sup>, Andreia Ferreri Cerqueira<sup>2</sup>, Ana Filipa Poeira<sup>3</sup>

### Resumo

**Introdução:** A Competência Emocional (CE) implica a capacidade de perceber, avaliar e expressar emoções com precisão; a capacidade de gerar e ou adquirir sentimentos quando estes facilitam o pensamento; a capacidade de entender emoções e conhecimento emocional; e a capacidade de gerir emoções para promover o crescimento emocional e intelectual.

**Objetivos:** 1) identificar as CE's dos Estudantes de Enfermagem (EE) de uma Escola Superior de Saúde do Sul do país e 2) identificar a relação entre as variáveis CE e o ano do CLE.

**Metodologia:** Estudo primário, quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. A população alvo compreendeu os EE do CLE, amostra selecionada por um método de amostragem não probabilístico por conveniência. Colhidos dados através da Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE).

**Análise e tratamento de dados** realizada através de aplicação de testes estatísticos com base no uso do SPSS.

**Resultados e Discussão:** Amostra de 136 EE. O domínio da Empatia apresentou maior score, em contraponto com o domínio da Automotivação e da Gestão de Emoções que apresentou valores menores. Verifica-se apenas uma diferença estatisticamente significativa no fator 17 – Sincronismo, pertencente ao domínio da Gestão de Emoções em Grupo, entre os estudantes do 4º e 2º ano e 1º e 2º ano. **Conclusões:** A principal limitação foi a dimensão da amostra.

**Palavras-chave:** Competência Emocional; Estudantes de Enfermagem; Inteligência Emocional; Enfermagem

### Abstract

**Introduction:** Emotional Competence (EC) implies the ability to accurately perceive, evaluate and express emotions: the ability to generate and or acquire feelings when they facilitate thinking; the ability to understand emotions and emotional knowledge; and the ability to manage emotions to promote emotional and intellectual growth.

**Objectives:** 1) Identify EC of Nursing Students (NS) of a Superior Health School of the south of the country, and 2) identify the relationship between the EC variables and the year of the CLE.

**Methodology:** Primary, quantitative, descriptive-correlational and cross-sectional study. The target population comprised the NS of the CLE, the sample was selected by a non-probabilistic sampling method of convenience. Data were collected using the Emotional Competence Veiga Scale (ECVS). The analysis and treatment of data was carried out through the application, of statistical tests based on the use of SPSS.

**Results and Discussion:** Sample of 136 NS. The Empathy domain had the highest score, in contrast to the Self-motivation and Emotion Management domain, which had lower values. There were no statistically significant differences between the variables. The statistically significant difference was seen in factor 17 - Synchronism, which belongs to the domain of Group Emotion Management, is highlighted between the 4th and 2nd year and 1st and 2nd year students. **Conclusions:** The main limitation was the sample size.

**Keywords:** Emotional Competence; Nursing Students; Emotional Intelligence; Nursing.

---

<sup>1</sup> Estudantes do 4º ano, do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal.

<sup>2</sup> Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal; Investigadora na NURSE`IN UIESI Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas [andreia.cerqueira@ess.ips.pt](mailto:andreia.cerqueira@ess.ips.pt)

<sup>3</sup> Professora Adjunta convidada, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal; Investigadora na NURSE`IN UIESI Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas [ana.poeira@ess.ips.pt](mailto:ana.poeira@ess.ips.pt)

## Introdução

A Competência Emocional (CE) implica a capacidade de perceber, avaliar e expressar emoções com precisão: a capacidade de gerar e / ou adquirir sentimentos quando estes facilitam o pensamento; a capacidade de entender emoções e conhecimento emocional; e a capacidade de gerir emoções para promover o crescimento emocional e intelectual (Lorenzo, Venturelli, Spiga, & Ferri, 2019).

Desde a entrada no Ensino Superior à conclusão do curso, ocorrem muitas mudanças na vida dos jovens estudantes. Esta fase caracteriza-se por ser repleta de novos desafios e incertezas, que podem estar na origem de desequilíbrios emocionais, nas desigualdades de desempenho, a avaliação dos estudantes, a falta de suporte adequado às pressões, a gestão relativamente à perda e à morte, as expectativas contrárias às suas experiências, as frequências e os exames (Pereira, 2008).

Devido à complexidade do curso e o lidar com os limites humanos, os EE podem desenvolver sentimentos de incapacidade frente às atividades exigidas durante a formação (Cestari et al, 2017).

## A Inteligência Emocional e a Competência Emocional

A Inteligência Emocional (IE), é a habilidade que permite processar informação relativamente às emoções sentidas em determinadas experiências.

De outro modo, as competências emocionais, são definidas como sendo “*a capacidade apreendida, baseada na IE, que resulta num desempenho extraordinário no trabalho*” (Goleman, 1999).

Assim, uma pessoa só é emocionalmente competente quando atinge um nível desejado de realização e se for capaz de demonstrar na prática comportamentos ou atitudes passíveis de serem observados (Branco, 2005).

Baseado na nossa questão de investigação e de acordo com o Instrumento de Avaliação (EVCE), decidimos aprofundar a temática de acordo com o modelo de Goleman.

Este modelo considera a IE através de uma ampla gama de competências e capacidades que aumentam o desempenho no trabalho (Espinoza-Venegas, Sanhueza-Alvarado, Ramírez-Elizondo & Sáez-Carrillo, 2015).

A CE, é composta pelas competências pessoais (autoconsciência, autorregulação e motivação) e sociais (gestão das relações em grupo e empatia) competências estas avaliadas pelo instrumento utilizado.

### Autoconsciência

A autoconsciência consiste na competência através da qual uma pessoa é capaz de reconhecer um sentimento quando este surge. Esta capacidade é a base da IE pois o controlo das sensações que ocorrem a cada momento é um fator importante para a introspeção e autoconhecimento. Quando se é capaz de dominar os sentimentos é mais fácil a gestão eficaz da vida e a tomada de decisão (Goleman, 2011).

### Gestão de Emoções

A gestão das emoções consiste na capacidade de gerir as próprias emoções de forma controlada, não as reprimindo. Nasce do autoconhecimento e constitui a chave do bem-estar emocional (Goleman, 2011).

### Automotivação

A automotivação representa o que cada um prefere para si e aquilo que o faz avançar em busca dos objetivos que definiu. A tomada de iniciativa está facilitada para que a pessoa não desista face às adversidades (Goleman, 1999).

### Empatia

A empatia é a mais fundamental das aptidões sociais e, tal como a gestão das emoções, provém da autoconsciência. Com o

desenvolvimento desta competência cada pessoa fica mais habilitada para o reconhecimento das emoções dos outros (Silva, 2013). Pressupõe que o indivíduo tenha a percepção dos sentimentos dos outros, adotando a sua perspectiva, relacionando-se com uma grande diversidade de pessoas (Goleman, 1999).

### ***Gestão de Relacionamentos em Grupo***

O desenvolvimento desta capacidade só é possível quando há aquisição prévia do autocontrolo e da empatia. A gestão dos relacionamentos em grupo apresenta-se como a aptidão emocional que se desencadeia em cascata, pela capacidade de se identificar os sentimentos dos outros e de agir de forma a influenciar esses mesmos sentimentos (Branco, 2004).

### **A Inteligência Emocional nos Estudantes de Enfermagem**

Para os estudantes de enfermagem, é importante aprender a interagir com pessoas nas mais variadas condições de saúde, assim a sua formação deve contemplar o desenvolvimento das CE's. Vários estudos reportam que os estudantes de enfermagem com melhores habilidades emocionais exibem níveis mais baixos de ansiedade em relação à pessoa em fim-de-vida e maior capacidade empática. Outros estudos demonstram que menores habilidades emocionais estão associadas a níveis mais altos de stresse, atitudes e pensamentos depressivos e baixa autoestima. A IE tem ainda um impacto positivo no desempenho académico (Espinoza-Venegas et al, 2015; Shabany & Ghajarzadeh, 2018).

Os EE encontram-se num processo gradual de crescimento e de desenvolvimento, não são autónomos na sua atividade, nem são detentores de todos os conhecimentos necessários para a prática. Assim sendo, a IE e a resiliência são competências necessárias para saber lidar com a adversidade e com os

desafios que se lhe apresentam (Cleary, Visentin, West, Lopez, & Kornhaber, 2018, p. 113).

### **Metodologia**

Este estudo classifica-se como primário, quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. Apresenta como questões de investigação: “Quais as Competências Emocionais dos Estudantes do CLE?” e “Qual a relação entre as variáveis Competência Emocional e Ano do CLE?”.

### **Participantes**

A população deste estudo abrangeu os EE de uma escola de saúde do sul do país, no ano letivo 2019/2020. A amostra foi selecionada através de um método não probabilístico e recorrendo a uma amostragem por conveniência. A aplicação do instrumento foi realizada presencialmente aos estudantes de 3º e 4º ano, no entanto, devido ao plano de contingência (pandemia Covid-19), os estudantes do 1º e 2º ano do CLE, preencheram o instrumento online, via Google Forms.

### **Variáveis**

Classificamos como variável dependente a CE, e, enquanto variável independente, o ano de curso.

### **Hipóteses**

Segundo o método indutivo, estabelecemos como hipóteses de investigação:

H0: Não existem diferenças entre a CE dos estudantes dos diferentes anos do CLE;

H1: Existem diferenças entre CE dos estudantes dos diferentes anos do CLE;

### **Instrumento de Colheita de Dados**

Para compreender e comparar as hipóteses estabelecidas, aplicou-se o questionário EVCE, que permite identificar as CE's dos EE. Esta escala encontra-se adaptada e validada para a população portuguesa. O instrumento foi construído com cinco

| EVCE - Escala Veiga de Competência Emocional                                |                                                              |                                             |                                                    |      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|------|--|
| Domínios                                                                    | Fatores                                                      | Itens                                       | Scores                                             |      |  |
|                                                                             |                                                              |                                             | Mín.                                               | Máx. |  |
| I<br>Autoconsciência<br>(20 itens score 37-133)<br>$\alpha=0,864$           | F1 - Percepção positiva de si                                | 1e, 1g, 3b, 3c, 3d, 3f, 3h                  | 17                                                 | 49   |  |
|                                                                             | F2 - Alterações relacionais e racionais                      | 1f, 2a, 2b, 2c, 2d                          | 5                                                  | 32   |  |
|                                                                             | F3 - Reações de instabilidade, absorção                      | 1b*, 1e*, 3a*, 3e*, 3g*                     | 8                                                  | 32   |  |
|                                                                             | F4 - Auto-percepção consciente                               | 1a, 1d, 1h                                  | 7                                                  | 21   |  |
| II<br>Gestão de Emoções<br>(18 itens score 30-122)<br>$\alpha=0,743$        | F5 - Intrusão, Isolamento, Explosão                          | 2a*, 2b*, 3a*, 3e*, 4a*, 4c*                | 9                                                  | 40   |  |
|                                                                             | F6 - Racionalizar a raiva                                    | 1e, 1f, 2c, 2d, 3c, 3d                      | 7                                                  | 41   |  |
|                                                                             | F7 - Afastamento passivo                                     | 1a, 1b, 1c, 3b                              | 12                                                 | 27   |  |
|                                                                             | F8 - Transformação de energia emocional em física            | 1d, 4b                                      | 2                                                  | 14   |  |
| III<br>Automotivação<br>(21 itens score 38-138)<br>$\alpha=0,839$           | F9 - Iliteratos, manipulados pela energia emocional negativa | 1c*, 1d*, 1e*, 1f*, 2d*, 3a*, 3c*, 3d*, 3e* | 15                                                 | 62   |  |
|                                                                             | F10 - Literatos usam a energia emocional                     | 1a, 1b, 1g, 1h, 1i, 2g, 3b                  | 16                                                 | 44   |  |
|                                                                             | F11 - Estado de fluxo em atividade                           | 2a, 2b, 2e                                  | 5                                                  | 19   |  |
|                                                                             | F12 - Dependentes, ruminativos                               | 2c*, 2f*                                    | 2                                                  | 14   |  |
| IV<br>Empatia<br>(12 itens score 34-83)<br>$\alpha=0,820$                   | F13 - Valorização da expressão                               | 2a, 2b, 2c, 2d, 2e                          | 17                                                 | 35   |  |
|                                                                             | F14 - Sintonia relacional                                    | 1a, 1b, 1c, 1d                              | 12                                                 | 28   |  |
|                                                                             | F15 - Ser literato em conflito                               | 3a, 3b*, 3c                                 | 5                                                  | 20   |  |
| V<br>Gestão de Emoções em Grupo<br>(14 itens score 33-93)<br>$\alpha=0,833$ | F16 - Percepção emocional                                    | 1a, 1b, 1c, 1d, 2b                          | 14                                                 | 35   |  |
|                                                                             | F17 - Sincronismo                                            | 2a, 2c, 2d, 2f                              | 8                                                  | 24   |  |
|                                                                             | F18 - Controlo emocional e relacional                        | 1e, 1f, 1g, 1h, 2e                          | 11                                                 | 34   |  |
| Total (Competência Emocional)                                               |                                                              |                                             | 172 - 570                                          |      |  |
| *Itens Invertidos                                                           |                                                              |                                             | $\alpha$ - Coeficiente de Alfa Cronbach; F- Função |      |  |

Tabela 1- Variáveis segundo Fatores e Domínios

subescalas (Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia, Gestão de Emoções em Grupo).

A resposta às questões é realizada através de uma escala de likert de 7 pontos, refletindo a frequência temporal em que cada situação ocorre, variando num continuum entre “Nunca” e “Sempre”.

A tabela 1 aborda a caracterização da escala utilizada.

### Considerações Éticas

Este estudo foi aprovado pela Comissão Especializada em Ética e Investigação (CEEI), com emissão de parecer positivo, em fevereiro de 2020. Os participantes foram informados relativamente aos seus direitos éticos, ao objetivo da investigação e aos seus deveres.

## Resultados

A amostra de participantes (n=136), caracteriza-se por estudantes do 1º (n=26), 2º (n=25), 3º (n=39) e 4º ano (n=46) do CLE.

Verifica-se que para o Domínio I Autoconsciência, obteve-se uma média de 4,63 ( $\pm 0,73$ ) tendo sido o valor mínimo de 1,98 e valor máximo de 6,06, mediana de 4,73, moda de 4,30.

Observa-se uma média mais elevada no Fator 4 - Auto Percepção Consciente de 4,9 ( $\pm 1,04$ ), e uma média mais baixa no Fator 2 - Alterações Relacionais e Racionais de 4,16 ( $\pm 1,13$ ).

Para o Domínio da Gestão de Emoções (D2), obteve-se uma média de 4,39 ( $\pm 0,65$ ), mediana de 4,42, moda de 4,10, com o valor

mínimo e máximo de resposta de 2,63 e 5,71 respetivamente.

O Fator 7 - Afastamento passivo, obteve a média mais alta ( $\square=4,75$ ;  $\pm 0,95$ ) entre todos os fatores do Domínio II Gestão de Emoções e o Fator 6 - Racionalizar a Raiva, a mais baixa ( $\square=3,95$ ;  $\pm 0,90$ ).

Constata-se que para o Domínio III Automotivação, a média foi de 4,30, ( $\pm 0,61$ ), mediana de 4,32, moda de 4,15, mín. de 2,33, e um máx. de 5,73.

A média mais elevada corresponde ao Fator 9 - Iliteratos, manipulados pela energia emocional negativa, com o valor de 4,7 ( $\pm 1,12$ ), enquanto a média mais baixa corresponde ao Fator 11 - Literatos usam a energia emocional de 3,65 ( $\pm 0,95$ ).

Identifica-se que para o Domínio IV Empatia, a média foi de 5,00 ( $\pm 0,69$ , mediana

de 4,99, moda de 4,25, um mín. e um máx. de 3,59 e 6,61 respetivamente.

Verifica-se uma média mais elevada para o Fator 13 Valorização de Expressão” de 5,26 ( $\pm 0,95$ ), e uma média mais baixa no Fator 15 (“Ser Literato em Conflito”) de 4,58 ( $\pm 1,05$ ).

No Domínio da Gestão de Relacionamentos em Grupo (D5), obteve-se uma M de  $\approx 4,60$ , DP de 0,67, mediana de 4,60, moda de 4,52, um mín. e máx. de 3,00 e 6,37 respetivamente.

Constatou-se igualmente uma M mais elevada no Fator 16 (Perceção Emocional) de 4,85 (DP = 0,88), e uma M mais baixa no Fator 17 (Sincronismo) de 4,21 (DP = 0,87).

Ainda que não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de estudantes que frequentam os diferentes anos do CLE e os domínios, constata-se que:

- no D I Autoconsciência é o 3º ano do CLE que apresenta a média mais alta ( $\square = 4,66$ ;  $\pm 0,88$ ;

- no D II Gestão de Emoções, foi o 2º ano do CLE que apresentou a média mais elevada ( $\square = 4,47$ ;  $\pm 0,66$ );

- no D III Automotivação, foi o 2º ano do CLE que apresentou a média mais baixa ( $\square = 4,13$ ;  $\pm 0,70$ );

- no D IV Empatia, o 3º ano do CLE apresenta a média mais alta ( $\square = 5,08$ ;  $\pm 0,70$ ).

- no D V Gestão de Emoções em Grupo, o 2º ano do CLE apresenta a média mais elevada ( $\square = 4,84$ ;  $\pm 0,44$ );

- o 1º ano do CLE é aquele que apresenta uma média mais baixa em todos os domínios com exceção do D III Automotivação em que é aquele que apresenta a média mais elevada.

### **Resultados dos Testes de Hipóteses**

Considerando o tamanho e a distribuição das amostras de cada ano, foi utilizado o teste não paramétrico Kruskal-Wallis de modo a verificar as hipóteses do estudo.

Para um nível de significância  $\geq 0,05$ , aceita-se  $H_0$ , significando que não existem diferenças entre as CE dos EE dos diferentes

anos do CLE. Apesar disso, é no F17, pertencente ao D V Gestão de Emoções em Grupo, que se verifica uma diferença significativa ( $p=0,001$ ). Para este fator identificam-se diferenças entre os anos do CLE, nomeadamente entre o 4º ano e o 2º ano, e o 2º ano e o 1º ano.

### **Discussão de Resultados**

Analisando os resultados obtidos, observamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os Domínios das CE's e os diferentes CLE's. Este resultado vai ao encontro do estudo realizado por Kaya, Senyuva & Bodur (2018), onde se concluiu que não existiram diferenças significativas entre os domínios da IE e o primeiro e o último ano do curso de enfermagem (Kaya, Senyuva & Bodur, 2018),

A CE de Empatia foi aquela onde todos os EE demonstraram ter melhores competências, indo ao encontro dos resultados do estudo realizado por Hasanpour, Bagheri & Heidari (2018), onde se verificou uma correlação forte entre a dimensão da Empatia e a componente prática (Hasanpour, Bagheri & Heidari, 2018). Relativamente à CE menos conseguida, os EE do 2º, 3º e 4º ano, demonstraram ter menos competências na Automotivação, enquanto os do 1º, foi a Gestão de Emoções. Veiga Branco (2004), considera, que a melhor forma de lidar com as emoções é experimentá-las de forma consciente. Assim, a percepção que os EE têm das suas CE podem sofrer alterações ao longo do curso.

Segundo um estudo realizado por Silva (2013), a automotivação diminui nos EE que se encontram em anos mais avançados, indo os resultados ao encontro dos resultados obtidos neste estudo (Silva, 2013).

Constatou-se que os estudantes do 3º ano e do 4º ano, apresentam uma maior capacidade de Auto-percepção Consciente, enquanto os estudantes do 1º e 2º ano são mais

competentes emocionalmente no que diz respeito à Percepção Positiva de Si.

Em relação aos fatores que integram o D II, todos os EE dos quatro anos do CLE têm capacidade para se afastarem passivamente de situações hostis e os EE do 3º ano obtiveram uma resposta positiva no que diz respeito à capacidade de não se deixarem absorver pelas experiências emocionais negativas.

No DIII, os EE do 3º e do 4º ano reúnem capacidades, atitudes e percepções pessoais positivas, enquanto os EE do 1º ano e do 2º ano exibem atitudes de otimismo racional.

Os EE do 2º, 3º e 4º anos apontam para uma atitude orientada para as expressões emocionais, ao passo que os EE do 1º ano se pronunciam numa maior capacidade em sintonizarem-se relacionamente com os outros.

Relativamente ao D V, os EE do 2º e 4º anos possuem maiores capacidades de percepção dos sentimentos dos outros, enquanto os EE do 1º e 3º ano apresentam competências em ter uma percepção adequada dos sentimentos dos outros, bem como no controlo das emoções e das relações dos mesmos.

## Conclusão

Para os EE, é importante aprender a interagir com pessoas nas mais variadas condições de saúde, por isso, estes devem receber formação nas habilidades e competências emocionais desde o início da sua formação académica.

Contrariamente ao expectável, não se verificaram diferenças significativas entre as CE e os anos do CLE. Destacam-se as diferenças significativas na CE da Gestão de Emoções em Grupo, mais especificamente no fator 17 entre os EE do 2º e 4º ano e entre os estudantes do 1º e 2º ano.

Como limitações do estudo, destacamos o panorama atual que vivemos devido à pandemia COVID-19, que nos restringiu no que toca à recolha de dados e à amostra obtida.

É pertinente, em estudos futuros, a aplicação da EVCE em dois momentos distintos à mesma amostra. Conclui-se assim, que a aquisição de CE se revela essencial na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, holísticos e humanizados.

## Referências

- Branco, A. V. (outubro de 2004). Competência Emocional. Um estudo com Professores. 1º. Coimbra: Quarteto. Obtido de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/5463>
- Branco, A. V. (2005). *Competência Emocional em Professores: Um estudo em discursos do campo educativo*. Porto: Tese de Doutoramento. Obtido em 29 de outubro de 2019, de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/5311>
- Cestari, V. R. F., Barbosa, I. V., Florêncio, R. S., Pessoa, V. L. M. P. & Moreira, T. M. M. (2017). Estresse em Estudantes de Enfermagem: Estudo sobre Vulnerabilidades Sociodemográficas e Acadêmicas. *Acta Paul Enfermagem*. 30(2). pp: 190-6. Obtido em 7 de dezembro de 2019, de: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v30n2/1982-0194-ape-30-02-0190.pdf>
- Cleary, M., Visentin, D., West, S., Lopez, V., & Kornhaber, R. (2018, setembro). Promoting emotional intelligence and resilience in undergraduate nursing students: An integrative review. *Nurse Education Today*, 68, pp. 112-120. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.018>
- Espinoza-Venegas, M., Sanhueza-Alvarado, O., Ramírez-Elizondo, N., & Sáez-Carrillo, K. (2015). Validação do construto e da confiabilidade de uma escala de inteligência emocional aplicada a estudantes de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 23(1). p. 139-147. DOI: 10.1590/0104-1169.3498.2535.
- Goleman, D. (1999). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Braga: Círculo de Leitores. ISBN: 9789896442125
- Goleman, D. (2011). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates. ISSN: 9789896440909
- Hasanpour, M., Bagheri, M. & Heidari, F. G. (2018). The relationship between emotional intelligence and critical thinking skills in Iranian nursing students. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 32(40). pp. 1-4. Obtido em 02 de outubro de 2019, de <https://doi.org/10.14196/mjiri.32.40>
- Kaya, H., Senyuva, E. & Bodur, G. (2018). The relationship between critical thinking and emotional intelligence in nursing students: A longitudinal study. *Nurse Education Today*, 68, pp 26-32. Obtido em 2 de outubro de 2019, de: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.024>
- Lorenzo, R. D., Venturelli, G., Spiga, G., & Ferri, P. (2019). Emotional intelligence, empathy and alexithymia: a cross-sectional survey on emotional competence in a group of nursing students. *Acta Biomed for Health Professions*, 90(4), pp. 32-43. doi:10.23750/abm.v90i4- S.8273
- Pereira, P. A. (2008). Os Níveis de Stress dos Alunos de Licenciatura, da UCP - Viseu. *Gestão e Desenvolvimento*. 15(16), pp. 43-68. Obtido em 7 de dezembro de 2019, de: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9077/1/gestaode desenvolvimento15\\_16\\_43.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9077/1/gestaode desenvolvimento15_16_43.pdf)
- Shabany, M. & Ghajarzadeh, M. (2018). Emotional Intelligence and Depression Among Hospital Nurses of Tehran University of Medical Sciences. *Archive Neuroscience*, 5(4), 1-5. doi: 10.5812/ans.70734. Obtido em 31 de outubro de 2019
- Silva, J. M. M. (2013). *Desenvolvimento de Competências Emocionais nos Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: Coimbra. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.



# FATORES DE STRESS E ESTRATÉGIAS DE COPING NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM DURANTE O ENSINO CLÍNICO

## FACTORS AND COPING STRATEGIES IN NURSING STUDENTS DURING CLINICAL TEACHING

Ana Polido<sup>1</sup>, Ana Ratão<sup>1</sup>, Inês Marçal<sup>1</sup>, João Cruz<sup>1</sup>,  
Andreia Ferreri Cerqueira<sup>2</sup>, Ana Filipa Poeira<sup>3</sup>

### Resumo

O Ensino Clínico (EC) no Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), representa aproximadamente, metade do tempo de formação do estudante de enfermagem, sendo considerado um período de aprendizagem por excelência, contudo, não isento de dificuldades e problemas. Fundamentamos a construção do enquadramento teórico nos fatores genéricos da vivência do stress, como fator de distúrbio intrínseco ou extrínseco que provoca um desequilíbrio no estado harmonioso, no qual os organismos vivos procuram sobreviver e nas estratégias de coping utilizadas com o intuito de proporcionar uma adaptação a circunstâncias adversas. Estabelecemos como objetivos: (1) identificar os principais fatores geradores de stress nos estudantes de enfermagem de uma Escola Superior de Saúde do sul do país, no decorrer do primeiro EC em contexto hospitalar de Medicina; (2) identificar as principais estratégias de coping, levadas a cabo pelos estudantes de Enfermagem, no decorrer do primeiro EC em contexto de hospitalar de Medicina. Adotámos uma metodologia primária, quantitativa, transversal e descritiva, envolvendo 85 estudantes do CLE, utilizando como instrumentos de colheita de dados, os questionários de (I) Caracterização da Amostra; (II) KEZKAK (questionário utilizado para identificar os fatores de stress em EC) e da (III) Escala Toulousiana de Coping – Versão Reduzida (questionário utilizado para identificar as estratégias de coping adotadas pelos estudantes de enfermagem). Os resultados obtidos do questionário KEZKAK, indicam que, os principais fatores geradores de stress durante o EC em contexto hospitalar de Medicina foram: a falta de competência, o contacto com o sofrimento e a relação com os professores e colegas, enquanto que os resultados da Escala Toulousiana de Coping indicaram que as estratégias de coping mais adotadas pelos estudantes foram: o assumir uma postura de responsabilidade e reflexão, identificar o problema e não evitar o mesmo e não agir de forma como se o problema não existisse.

**Palavras-chave:** Estudantes de enfermagem; Ensino Clínico; Fatores de Stress; Estratégias de Coping; Curso de Licenciatura em Enfermagem

### Abstract

Clinical teaching (CT) in the nursing course degree (CLE), represents approximately half of the nursing student's training time, being considered a learning period par excellence, however, not exempt from difficulties and problems. We base the construction of the theoretical framework on the generic factors of the experience of stress, as an intrinsic or extrinsic disturbance factor that causes an imbalance in the harmonious state, in which, the living organisms try to survive and in the coping strategies used with the intention of providing adaptation to adverse circumstances. The following objectives were established: (1) to identify the main stress-generating factors in nursing students in a Higher Health School in the south of the country, during the first CT in a medical hospital context; (2) to identify the main coping strategies, carried out during the first CT in the context of a medical hospital. We adopted a primary, quantitative, cross-sectional and descriptive methodology, involving the 85 students who attended the academic year 2019-2020, the respective, 17th and 18th CLE, from the ESS IPS, using as instruments for data collection, the (I) Sample Characterization questionnaires; (II) KEZKAK (questionnaire used to identify stress factors in CT) and the (III) Toulousian Coping Scale - Short Version (questionnaire used to identify coping strategies adopted by nursing students). The results obtained from the KEZKAK questionnaire, indicate that the main stressors generated during CT in the medical context of the ESS-IPS students were the lack of competence, the contact with suffering and the relationship with teachers and colleagues, while, the results of the Toulousian Coping Scale indicated that the coping strategies most adopted by students were taking a responsibility and reflection stance, identifying the problem and not avoiding it, and not acting as if the problem did not exist.

**Keywords:** Nursing; Clinical Teaching; Stress factors; Coping strategies; Students; Nursing Degree Course

<sup>1</sup> Estudantes do 4º ano do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.

<sup>2</sup> Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal: Investigadora na NURSE'IN UIESI Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas [andrea.cerqueira@ess.ips.pt](mailto:andrea.cerqueira@ess.ips.pt)

<sup>3</sup> Professora Adjunta convidada, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal: Investigadora na NURSE'IN UIESI Unidade de Investigação em enfermagem do Sul e Ilhas [ana.poeira@ess.ips.pt](mailto:ana.poeira@ess.ips.pt)

## Introdução

O Ensino Clínico (EC) permite aos estudantes de enfermagem desenvolverem e adquirirem competências cruciais à sua prática profissional, competências essas, que constam no regulamento do perfil de competências da Ordem dos Enfermeiros (Barbosa, 2015), pelo que de acordo com a Portaria nº799-D/99, de 18 de setembro, este deverá corresponder, a pelo menos, metade das horas totais do curso, devendo decorrer nos diversos tipos de unidades de saúde e sempre com a orientação de professores orientadores e de enfermeiros qualificados (Assembleia da República, 1999).

Desta forma, a componente clínica da formação em enfermagem, pressupõe o fornecimento dos conhecimentos científicos, técnicos e práticos que albergam a disciplina, sendo que, durante esta fase é requerido aos estudantes que demonstrem os conhecimentos adquiridos e, simultaneamente, que prestem cuidados de enfermagem, o que faz com que os mesmos se sintam responsáveis pela vida e pela saúde da pessoa de quem estão a cuidar, estando sujeitos a um processo de avaliação. Tudo isto faz com que os períodos de EC sejam considerados, pelos estudantes de enfermagem, como situações stressantes que podem influenciar o seu percurso académico e qualidade de vida pessoal. Por outro lado, esta exigência faz com que os níveis de stress aumentem e a capacidade para lidar com tantas solicitações diminua (Karaca, Yldirim, Ankarali, Açikgoz, & Akkus, 2017) (Pacheco, 2008).

Os estudos realizados, demonstram que as fontes comuns de stress nos estudantes envolvem: o encontro com a morte; a gravidade patológica do utente e os cuidados que têm de ser prestados; a falta de confiança pessoal durante o EC; o medo/receio associado à realização de uma prática incorreta; problemas na destreza/manuseamento do material; o receio de reações negativas por parte das pessoas e

o apoio insuficiente que o professor orientador fornece (Karaca, Yldirim, Ankarali, Açikgoz, & Akkus, 2017).

De acordo com Custódio, Pereira e Seco (2009, p. 4671), “alguns estudos revelam que a perceção de stress tende a ser mais elevada em função do ano de frequência do curso”, demonstrando concordância com os estudos de Tully (2004) e de Lo (2002), em que os estudantes de enfermagem do 2.º ano apresentam níveis de stress mais elevados que os estudantes de enfermagem do 1º ano. Por outro lado, Oliveira (1998), citado por Custódio, Pereira, & Seco, (2009), refere que os estudantes de enfermagem do 3.º ano apresentam maior frequência e intensidade de stress comparativamente aos estudantes do 2.º ano (Custódio, Pereira, & Seco, 2009).

Apesar disto, as reações dos estudantes parecem depender das suas características pessoais e do contexto ambiental em que estão inseridos. Os mecanismos de *coping* centrados nos problemas, mecanismos de *coping* centrados nas emoções e os centrados na interação, são os mais utilizados pelos estudantes de enfermagem (Pacheco, 2008).

Nesse sentido, perante a fundamentação teórica encontrada, foi realizado um estudo no qual é pretendido conhecer os fatores de stress e as estratégias de *coping* adotadas pelos estudantes de enfermagem da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) no primeiro EC em contexto hospitalar de Medicina.

Para cumprir os objetivos do estudo, recorreu-se ao questionário KEZKAK, à Escala *Toulousiana* de *Coping* – Versão Reduzida e ao questionário de Caracterização da Amostra sendo posteriormente realizado a análise dos dados obtidos através do *software* SPSS versão 25.

## Enquadramento teórico

Biologicamente, o stress é uma resposta do corpo a ameaças físicas ou mentais que interferem com o nosso bem-estar. Quando ocorre um evento stressor, a região da

amígdala compreende a ameaça e envia o sinal para o hipotálamo, funcionando como um centro de comando. O hipotálamo inicia o percurso, enviando sinais através dos nervos para as glândulas suprarrenais, que libertam as hormonas adrenérgicas (Bridget, 2019).

Para Muniz, Primi & Miguel (2007), citados por (Miranda, 2011, p.6), o stress é “um desgaste geral do organismo ocasionado por alterações psicofisiológicas diante de situações que despertam emoções, tanto boas quanto más, que exijam mudanças”. Sendo que, de acordo com Hobfoll & Vries (1995, citados por Almeida, 2016, p.27), a origem do stress remete “às situações de vida naturais imprevisíveis e incontroláveis, aborrecimentos diários, alterações do decurso de vida significativas, situações de estímulos de níveis extremamente baixos ou altos e/ou valores intrínsecos e padrões de comportamentos adaptados ao longo da vida”.

A Enfermagem é uma das profissões com mais elevados níveis de stress, o que poderá ser justificado com base na proximidade criada com as pessoas/utentes alvo de cuidados e nas emoções/sentimentos que daí emergem. No que diz respeito aos estudantes de enfermagem, estes, normalmente, encontram-se no início da fase adulta e deparam-se com a necessidade de tomadas de decisão, podendo suscitar insegurança e desencadear stress (Almeida, 2016).

Por este motivo, o EC é um contexto muito propício à vivência de intensos momentos de stress por parte dos estudantes de enfermagem. Nos ECs de Enfermagem é comum os estudantes sentirem alguma insegurança devido à sua falta de experiência e conhecimentos práticos, que lhes permitam a prestação de cuidados de qualidade que lhes é exigida, o que se pode constituir numa fonte de stress (Almeida, 2016).

Por outro lado, outro dos fatores causadores de stress nos estudantes em EC é a componente das relações interpessoais, na qual se inclui a não aceitação dos cuidados de

enfermagem prestados pelos estudantes, por parte de uma pessoa/utente; a dificuldade no estabelecimento de relações empáticas e terapêuticas com as pessoas/utentes; a dificuldade de integração dos estudantes de enfermagem na equipa multidisciplinar do serviço/unidade onde estão a realizar EC (Almeida, 2016).

De acordo com o mesmo autor, para além da componente das relações interpessoais, também podem constituir-se como fatores de stress em EC, a falta de familiaridade com os termos técnicos e médicos, uma carga de trabalho excessiva, a observação e contacto com uma pessoa/utente com dor e/ou em sofrimento, casos de morte iminente, o risco de de contágio com doenças infecciosas proveniente da prestação de cuidados direta às pessoas/utentes, assim como a vivência de situações de emergência, mas também o método de orientação por parte dos supervisores.

A nível físico, a presença de stress nos estudantes de enfermagem pode revelar-se através de sintomatologia característica da fase de alarme (taquicardia, tensão muscular e pele e extremidades frias), assim como sintomatologia característica das fases secundárias da resposta ao stress (cefaleias, sonolência, irritabilidade e dificuldade de concentração, sentimentos subjetivos tais como raiva, passividade e desinteresse). Estes sintomas físicos poderão ter repercussões no desempenho académico dos estudantes, assim como na saúde mental dos mesmos (Barroso I. C., 2009).

A exigência dos contextos faz com que a ansiedade e os níveis de stress aumentem e a capacidade para lidar com tantas solicitações diminua (Pacheco, 2008).

O *coping* e o stress são conceitos que andam de mãos dadas, relacionando-se o *coping* com a adaptação aos fatores de stress, representando o exercício da ação ou inação perante estes (Igreja, 2012).

Sendo o *coping* o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelo sujeito para dar resposta às exigências

ambientais derivadas da relação pessoa/ambiente, verificamos que a utilização dessas estratégias está relacionada com a função que as mesmas desempenham nas diferentes pessoas e situações. Nos estudantes de enfermagem, o impacto do EC depende não só das estratégias de *coping* utilizadas, como igualmente, dos recursos pessoais de cada estudante. Nesse sentido, o *coping* pode ser entendido como um conjunto de esforços físicos e mentais que os estudantes utilizam para fazer face às exigências externas e internas do EC (Almeida, 2016).

Segundo Sevivas (2012), que usa como referência Abreu (2007), é no ambiente de EC que o estudante faz a sua transição para o papel de prestador profissional de cuidados, local em que desenvolve a sua autonomia, identidade e emancipação profissional, bem como, estratégias de aprendizagem promotoras de uma reflexão crítica da prática baseada em evidência científica.

No estudo realizado por Almeida (2016), cuja amostra foram todos os estudantes a frequentar o 3º e 4º anos do CLE da Escola Superior de Saúde do Porto, no ano letivo 2014/2015, tendo 245 participantes, o EC em que os estudantes consideraram existir maior nível de stress, foi o EC de Medicina. O serviço de Medicina Interna é o serviço em que ocorrem mais acidentes derivados da prestação de cuidados, sendo por estas motivações, que a pertinência do estudo se justapõe (Carvalho et. al., 2015).

A cultura, os valores e a sociedade em que cada estudante se insere, afeta o modo como os mesmos se conseguem adaptar às adversidades. Desta forma, considerámos pertinente elaborar o estudo no meio em que nos inserimos (ESS-IPS), uma vez que, poderá fornecer contributos e ferramentas a futuros estudos sobre a temática, identificando e analisando os principais fatores de stress e estratégias de *coping* sentidas e adotadas pelos estudantes de enfermagem da ESS-IPS, durante o EC no contexto hospitalar de Medicina.

## Metodologia

De forma a realizar este estudo, utilizámos como instrumentos para a colheita de dados: o questionário “Caracterização da Amostra”; o questionário “KEZKAK” que avalia os agentes stressores que afetam os estudantes de enfermagem durante a prática clínica, através do preenchimento de 41 itens com referência a diferentes situações que provocam tensão e mal-estar nos estudantes, “podendo ser potencialmente stressantes com possíveis repercussões na aprendizagem e no desempenho dos cuidados de enfermagem” (Barroso I. C., 2009, p. 93); e a “Escala *Toulousiana de Coping – Versão Reduzida*”, sendo um instrumento que pretende avaliar uma situação stressante que preocupa e afeta os estudantes de enfermagem durante a prestação de cuidados de enfermagem no período de EC, através do preenchimento de 18 itens (Nunes, Brites, Pires, & Hipólito, 2014). Ambos os instrumentos apresentam uma tipologia de resposta de tipo *Likert*.

A colheita de dados foi realizada, selecionando-se um momento letivo, onde foi apresentado o estudo aos participantes, entregando as cartas-convite e os consentimentos informados. Desta forma, obtiveram-se um total de 85 participantes.

Recorreu-se a uma amostragem por conveniência, constituída pelos estudantes mencionados na secção “participantes”.

A análise estatística foi realizada com recurso ao software IBM® SPSS® versão 25. A qualidade psicométrica do questionário KEZKAK foi avaliada através da avaliação da consistência interna dos fatores. A consistência interna de cada um dos 9 fatores da escala atingiu valores razoáveis e bons, situando-se os coeficientes de alfa entre  $\alpha=0,564$  e  $\alpha=0,854$ . Por outro lado, a análise fatorial apresentou uma boa consistência interna, sendo que, o primeiro fator obteve uma variância explicada de 29,1%, sendo a variância total (9 fatores) de 68,3%.

O fator 1 – falta de competência, integra os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 15, 16, 17 e 36; o fator 2 – contacto com o sofrimento, integra os itens 9, 10, 14, 18, 27, 29, 31, 32, 34 e 39; o fator 3 – relação com os professores/supervisores e colegas, integra os itens 1, 12, 19, 20, 25 e 28; o fator 4 – impotência/incerteza, integra os itens 2, 3, 6, 14, 17, 20, 23, 32, 36, 38 e 41; o fator 5 – não controlar a relação com o doente, integra os itens 5, 7, 17, 20, 29, 30, 33 e 39; o fator 6 – envolvimento emocional, integra os itens 8, 21, 22 e 31; o fator 7 – ser magoado na relação com o doente, integra os itens 11, 14, 15, 24 e 26; fator 8 – relação íntima com o doente, integra os itens 37 e 40; e fator 9 – sobrecarga, integra os itens 30, 31, 34 e 36.

Relativamente à escala *Toulousiana de coping*, sendo uma escala com resposta tipo de *Likert*, os itens pontuados foram de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente), em que o estudante qualifica a forma como reagiu a uma determinada situação de stress. Foi testada a consistência interna da escala, através do coeficiente Alfa de Cronbach (calculado para os fatores da escala), que revelou um alfa aceitável ( $\alpha=0,69$ ), sendo indicador de uma boa consistência interna (Nunes, Brites, Pires, & Hipólito, 2014).

Procedeu-se a uma análise dos 18 itens, distribuídos em 5 fatores (estratégias de *coping*): fator (I) – Controle (itens 1, 6, 9, 15 e 18); fator (II) – Recusa (itens 10, 11, 12 e 16); fator (III) – Conversão (itens 4, 5 e 14); fator (IV) – Suporte Social (itens 7, 8 e 13); e o fator (V) – Distração (itens 2, 3 e 17).

### **Participantes**

Para este estudo foram selecionados os estudantes de enfermagem do 3º e 4º anos do CLE. Desta forma, participaram no total 85 estudantes de enfermagem da ESS-IPS, com idades compreendidas entre os 20 e os 41 anos de idade. Destes participantes, 46 pertenciam ao 4º ano do CLE (54,1 %) e 39 ao 3º ano do CLE (45,9%).

Foram assegurados todos os princípios éticos inerentes a um estudo desta natureza, sendo que o mesmo teve parecer positivo da Comissão Especializada de Ética em Investigação.

Os estudantes participantes obedeceram aos critérios de inclusão estipulados: realizaram o EC de 2º ano, independentemente dos insucessos, no primeiro contexto hospitalar de Medicina, dando o seu consentimento informado, livre e esclarecido. Excluíram-se os estudantes que estiveram ausentes no dia da aplicação dos questionários, os estudantes do 1º e 2º ano, uma vez que, à data da aplicação dos questionários, ainda não tinham realizado EC no contexto pretendido.

### **Resultados**

Na tabela 1 apresentam-se os fatores que se tornaram uma maior fonte de stress para os estudantes de enfermagem durante o primeiro EC em contexto hospitalar de Medicina, por ordem decrescente: fator 1 “Falta de competência” (variância explicada de 29,1%), fator 2 “Contacto com o sofrimento” (variância explicada de 8,5%), fator 3 “relação com os professores e colegas” (variância explicada de 7,8%), fator 4 “impotência e incerteza” (variância explicada de 4,8%), fator 5 “não controlar a relação com o doente” (variância explicada de 4,1%), fator 6 “envolvimento emocional” (variância explicada de 3,8%), fator 7 “ser magoado na relação com o doente” (variância explicada de 3,3%), fator 8 “relação íntima com o doente” (variância explicada de 3,3%) e fator 9 “sobrecarga” (variância explicada de 3%).

Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo realizado para a adaptação do questionário para a língua portuguesa, em que os fatores são apresentados pela mesma ordem de frequência (Barroso, Vilela, Rainho, Correia, & Antunes, 2008).

Tabela 1 - Variância Total Explicada

| Componente | Total  | Autovalores iniciais |              |
|------------|--------|----------------------|--------------|
|            |        | % de variância       | % cumulativa |
| 1          | 11,971 | 29,197               | 29,197       |
| 2          | 3,511  | 8,562                | 37,759       |
| 3          | 3,218  | 7,848                | 45,607       |
| 4          | 1,998  | 4,873                | 50,481       |
| 5          | 1,717  | 4,187                | 54,668       |
| 6          | 1,597  | 3,895                | 58,563       |
| 7          | 1,388  | 3,386                | 61,949       |
| 8          | 1,370  | 3,341                | 65,289       |
| 9          | 1,253  | 3,056                | 68,346       |

Nos resultados obtidos por Rodrigues (2011), verifica-se uma ligeira distinção, pois os fatores de stress com maior preponderância foram o fator 1 “Falta de competência” e o fator 7 “Ser magoado na relação com o doente”, enquanto os de menor preponderância foram o fator 8 “Relação íntima com o doente”, fator 9 “Sobrecarga” e o fator 2 “Contacto com o sofrimento”. Estes resultados são igualmente corroborados por Barroso (2009), revelando os mesmos fatores com maior e menor nível de stress sentido pelos estudantes. Ainda assim, e como é possível verificar, em ambos os estudos, o fator 1 “Falta de competência”, foi o fator com maior valor de variância explicada, significativamente superior, aos restantes fatores.

Relativamente à Escala *Toulousiana de Coping*, quanto ao fator I, designado por “Controle”, seguem-se por ordem decrescente as estratégias de *coping* mais seleccionadas como “frequentemente” e “muito frequentemente” pelos participantes: “Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema” (41,2%); “Reflico nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema” (40%); “enfrento a situação” (40%); “Analiso a situação para a melhor compreender” (37,6%) e “Sei o que tenho a fazer e redobro os meus esforços para o alcançar” (34,1%).

No que respeita ao fator II “Recusa”, obteve-se maioritariamente a frequência de respostas “nunca”, “raramente” e “algumas vezes”. Neste sentido, seguem-se, por ordem decrescente, os itens seleccionados pelos inquiridos: “Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades” (57,6% nunca); “Reajo como se o problema não existisse” (56,5% nunca); “Digo a mim próprio que este problema não tem importância” (40% algumas vezes) e “Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita” (40% raramente).

Relativamente ao fator III “Conversão”, as respostas obtidas com maior frequência em cada item foram “nunca”, existindo também um item em que a maior frequência foi “raramente”. Desta forma, seguem-se os itens ordenados de forma decrescente: “afasto-me dos outros” (42,4% nunca); “evito encontrar-me com as pessoas” (41,2% raramente) e “mudo a minha forma de viver” (38,8% nunca).

No que se refere ao fator IV “Suporte Social”, as respostas obtidas com maior frequência em cada item foram “frequentemente”, existindo também um item maioritariamente seleccionado com uma ocorrência de “muito frequentemente”. Desta forma, seguem-se os três itens ordenados de forma decrescente: “Sinto necessidade de partilhar com os que me são mais próximos o que sinto” (54,1% muito frequentemente); “procuro ajuda dos meus amigos para acalmar a minha ansiedade” (42,4% frequentemente) e “procuro atividades coletivas” (29,4% frequentemente).

Por último, relativamente ao fator V “Distração” foram obtidas com maior frequência as respostas “frequentemente”, “raramente” e “algumas vezes”. Desta forma, seguem-se as estratégias de *coping* incluídas neste item, ordenadas por ordem decrescente, consoante a frequência da sua seleção pelos inquiridos: “trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer” (36,5% frequentemente); “tento não pensar no problema” (35,3% raramente) e “centro-me

noutras atividades para me distrair (32,9% algumas vezes).

### Discussão dos resultados

Os resultados obtidos no presente estudo apresentam consonância com os obtidos pelo estudo de Tap, Costa & Alves (2005), uma vez que os mesmos, indicam que o estudante/participante mais jovem, tem tendência a reagir negativamente perante uma situação adversa, retraindo-se. Contudo, tendem a reagir, adotando estratégias mais positivas como a distração social (fator V), solicitando igualmente, apoio aos outros. Os resultados indicam igualmente, que quanto mais velho o estudante/participante for, maior a tendência para controlar-se perante a situação adversa, tendo propensão para solicitar apoio social (fator IV) como forma positiva de resolver o problema (Tap, Costa, & Alves, 2005).

No estudo de Almeida (2016), os estudantes de enfermagem utilizavam como estratégias de *coping* para lidar com o stress, o autocontrolo, a procura de suporte social, a fuga e o evitamento, a resolução planeada do problema, o assumir da responsabilidade, o *coping* confrontativo e o distanciamento.

Em relação aos estudantes de enfermagem do presente estudo, verifica-se que utilizam essas estratégias. Dentro das mesmas, verificamos que os estudantes maioritariamente assumem uma postura de responsabilidade e reflexão na busca de uma melhor resolução para o problema (fator I “Controle”), que identificam o problema e não o evitam, não agindo de forma como se não existisse (fator II “Recusa”), mantêm o contacto com os outros, não alterando de sobremaneira a sua forma de viver (fator III “Conversão”), partilhando as suas dificuldades com a família e amigos (fator IV “Suporte Social”), tentando trabalhar em cooperação com outras pessoas para esquecer e lidar com o problema (fator V “Distração”).

### Conclusão

O stress pode causar várias reações físicas/mentais, pelo que é necessário dispor de estratégias de *coping*, de forma a evitar essas mesmas reações.

No que se refere ao EC, foi possível evidenciar que aumenta os níveis de stress dos estudantes de enfermagem.

Associado aos fatores de stress causados pelo EC foi possível identificar algumas das estratégias de *coping* mais utilizadas pelos estudantes de enfermagem em resposta aos mesmos, nomeadamente, o autocontrolo, o assumir de responsabilidade, a procura de suporte social, a resolução planeada do problema, a fuga e o evitamento, o *coping* confrontativo e o distanciamento.

Através da identificação dos principais fatores de stress e das estratégias de *coping* adotadas pelos estudantes, detivemos a possibilidade de promover o desenvolvimento destas, de modo, a auxiliar os estudantes e futuros enfermeiros a lidar com o stress, assim como, permitir uma melhor compreensão das dificuldades dos estudantes vivenciadas em EC por parte de enfermeiros e professores orientadores.

A identificação dos principais fatores de stress e das estratégias de *coping* vivenciadas e adotadas pelos estudantes de enfermagem durante o EC, objetivos específicos deste estudo, permite o desenvolvimento de estratégias de *coping* e de intervenções que podem gerir/orientar situações de stress semelhantes, e deste modo, promover-se um maior bem-estar físico e mental por parte dos estudantes, o que proporcionará uma melhoria na prestação de cuidados, dos resultados académicos e na prevenção de acidentes decorrentes da prestação de cuidados.

### Referências Bibliográficas

- Almeida, R. P. (2016). *Estratégias de Coping na gestão de stress em ensino clínico*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/14896>
- Assembleia da República. (18 de Setembro de 1999). Portaria n.º 799-D/99. <https://dre.pt/application/conteudo/581591>
- Barbosa, M. C. (2015). *Fatores que Influenciam a Supervisão de Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em Ensino Clínico*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9761>
- Barroso, I. C. (2009). *O Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem- Estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e fatores geradores de stress nos estudantes*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20159/2/DissertaolabelBarroso.pdf>
- Barroso, I. M. (2009). *O Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem- Estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e fatores geradores de stress nos estudantes*. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/20159>
- Barroso, I., Vilela, I., Rainho, C., Correia, T., & Antunes, C. (2008). Adaptação para a língua portuguesa do questionário de KEZKAZ- Instrumento de medida dos fatores de stress dos estudantes de enfermagem na prática clínica. Obtido de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/1115>
- Boostel, R., Felix, J., Major, C., Pedrolo, E., Vayego, S., & Mantovani, M. (21 de maio de 2017). *Estresse do estudante de enfermagem na simulação clínica: ensaio clínico randomizado*. Obtido de Revista Brasileira de Enfermagem: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=fb53ed79-9f54-463d-b2b8-c31d4bb1db61%40sessionmgr4006>
- Bridget, A. (julho/agosto de 2019). *Stress*. Obtido de Academic Search Complete: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=46608077-fadc-4a75-8410-0eace000ce14%40pdc-v-sessmgr03&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSxzaGliLHVpZCZsYW5nPXBOXB0JnNpdGU9ZWZrLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#AN=136397805&db=a9h>
- Campos, I. (2012). *Mecanismos de coping e saúde mental em Enfermeiros*. Porto: Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde.
- Carvalho et. al. (2015). *Saúde: do desafio ao compromisso. Están seguros los estudiantes de enfermería? Un estudio descriptivo sobre los accidentes biológicos en prácticas*, 437. Valencia, Espanha. Obtido de [https://www.researchgate.net/profile/Raul\\_Bartolo\\_meu2/publication/279529310\\_Influencia\\_do\\_treino\\_multicomponente\\_e\\_do\\_destreino\\_no\\_equilibrio\\_risco\\_de\\_queda\\_e\\_medo\\_de\\_cair\\_em\\_individuos\\_idosos\\_previamente\\_ativos/links/5595409908ae5d8f39301c10.pdf#page=16](https://www.researchgate.net/profile/Raul_Bartolo_meu2/publication/279529310_Influencia_do_treino_multicomponente_e_do_destreino_no_equilibrio_risco_de_queda_e_medo_de_cair_em_individuos_idosos_previamente_ativos/links/5595409908ae5d8f39301c10.pdf#page=16)
- Cunha, C., Macedo, A., & Vieira, I. (13 de janeiro de 2017). *Percepções dos estudantes de enfermagem sobre os processos formativos em contexto de ensino clínico*. Obtido de Revista de Enfermagem Referência: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=6a4704eb-809e-4013-b93c-b53055ce739a%40sessionmgr4008>
- Custódio, S., Pereira, A., & Seco, G. (2009). *Stress e estratégias de coping dos estudantes de enfermagem em Ensino Clínico*. Obtido de <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/146>
- Igreja, C. (2012). *GESTÃO DO STRESS E ESTRATÉGIAS DE COPING: Quando o stress deixa de ser um problema*. Lisboa: ISCTE-IUL.
- Karaca, A., Yldirim, N., Ankarali, H., Açikgoz, F., & Akkus, D. (26 de março de 2017). *Nursing Students' Perceived Levels of Clinical Stress, Stress Responses and Coping Behaviors*. Obtido de [https://www.journalagent.com/phd/pdfs/PHD\\_8\\_1\\_32\\_39%5BA%5D.pdf](https://www.journalagent.com/phd/pdfs/PHD_8_1_32_39%5BA%5D.pdf)
- Marques, A., Santos, B., & Nunes, L. (julho-setembro de 2018). *Que estratégias diminuem os níveis de stress dos estudantes de Enfermagem pré-graduados nos ensinos clínicos? Revisão Sistemática da Literatura*. Obtido de Percursos - ESS: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per\\_num\\_41.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_num_41.pdf)
- Martins, C., Campos, S., Duarte, J., Martins, R., Moreira, T., & Chaves, C. (20 de abril de 2017). *Situações indutoras de stress e Burnout em estudantes de enfermagem nos ensinos*. Obtido de <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4694>
- McCarthy, B., Trace, A., O'Donovan, M., Brady-Nevin, C., Murphy, M., O'Shea, M., & O'Regan, P. (fevereiro de 2018). *Nursing and midwifery students' stress and coping during their undergraduate education programmes: An integrative review*. Obtido de Scienedirect: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691717302897?via%3Dihub>
- Pacheco, S. (09 de junho de 2008). *Stress e Mecanismos de Coping nos Estudantes de Enfermagem*. Obtido de Revista Referência: <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/7-8995.pdf>
- Rodrigues, T. A. (2011). *Fatores geradores de stress em estágio - Opinião dos alunos do 4º ano do CLE da UFP*. Obtido de Repositório Universidade Fernando Pessoa: [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2672/3/T\\_1\\_8706.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2672/3/T_1_8706.pdf)
- Sevivas, N. (2012). *FORMAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO: A PERSPETIVA DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM*. Obtido de RECAAP: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9321/1/Tese%20Nuno%20Sevivas.pdf>
- Tap, P., Costa, E. S., & Alves, M. N. (julho de 2005). *Escala Toulousiana de Coping (ETC): Estudo de Adaptação à População Portuguesa*. Obtido de Scielo: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1645-00862005000100003&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1645-00862005000100003&script=sci_arttext&tlng=es)



# APRENDIZAGEM EM CONTEXTO SIMULADO NO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

## LEARNING IN SIMULATED CONTEXT IN THE UNDERGRADUATE NURSING DEGREE

Carolina Marques, Daniela Lima, Inês Cruz, Matilde Cortez<sup>1</sup>, Andreia Ferreri Cerqueira<sup>2</sup>

### Resumo

**Enquadramento:** O contexto simulado assemelha-se à realidade dos cuidados, permitindo ao estudante desenvolver uma resposta adequada num ambiente controlado e seguro. **Objetivo:** Descrever os contributos da aprendizagem simulada na aquisição de competências dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem. **Metodologia:** Estudo primário, qualitativo, transversal e exploratório/descritivo, que decorreu de outubro de 2019 a abril de 2020, cujos participantes foram os estudantes do 1º ano do CLE da ESS-IPS. A recolha de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada com posterior transcrição e análise de conteúdo de acordo com Laurence Bardin (2011). **Resultados/Discussão:** Os estudantes de enfermagem do 1º ano reconhecem e descrevem a relevância da experiência da simulação no desenvolvimento de diferentes competências explanadas no Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2015), sendo que os resultados obtidos foram ao encontro dos resultados obtidos na RSL que fez emergir o presente estudo. **Conclusão:** A simulação, enquanto estratégia pedagógica, parece constituir-se como um contributo para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, mesmo quando experienciada num momento inicial do percurso formativo de um estudante de enfermagem.

**Palavras-Chave:** Enfermagem, Aprendizagem em Contexto Simulado, Estudantes, Competências Adquiridas.

### Abstract

**Introduction:** The simulated context represents the reality of care and allows the student to develop an adequate response in a controlled and safe environment. **Objective:** To describe the contributions of simulated learning to the acquisition of competencies of nursing undergraduate students. **Methodology:** Primary, qualitative, cross-sectional and exploratory/descriptive study, which ran from October 2019 to April 2020, whose participants were 1st year students of the ESS-IPS CLE. Data collection was performed through a semi-structured interview with subsequent transcription and content analysis according to Laurence Bardin (2011). **Results/Discussion:** The 1st year nursing students describe the relevance of the simulation experience in the development of different competencies explained in the General Care Nurse Competency Profile (OE, 2015), being that results obtained were in line with the results obtained in the RSL that led to the present study. **Conclusion:** Simulation, as a pedagogical strategy, seems to be a contribution to the development of technical, scientific and relational skills, even when experienced at an early stage of a nursing student's training course.

**Keywords:** Nursing, Learning in Simulated Context, Students, Acquired Skills.

---

<sup>1</sup>Estudantes do 4º ano, do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal.

<sup>2</sup>Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal: Investigadora na NURSE'IN UIESI Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas [andrea.cerqueira@ess.ips.pt](mailto:andrea.cerqueira@ess.ips.pt)

## Introdução

No decorrer da Unidade Curricular Investigação III, no ano letivo 2018/2019, realizámos uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) com a seguinte questão de partida:

Quais os contributos da aprendizagem em contexto simulado para a aquisição de competências dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem?

Para a realização desta RSL realizámos uma pesquisa inicial nas bases de dados PUBMED; CINAHL; NURSING REFERENCE CENTER e WEB OF SCIENCE e nas mesmas utilizámos as palavras-chave pré-definidas: *simulation training AND Nursing students*.

Os artigos analisados permitiram-nos concluir que o contexto simulado em enfermagem contribui para a aquisição e desenvolvimento de competências interpessoais, sistémicas e instrumentais dos estudantes de Enfermagem, explanadas na figura 1.

A **Simulação**, trata-se de uma estratégia pedagógica utilizada na formação de profissionais de saúde, que apresenta como base, a replicação de uma situação clínica, semelhante à prestação de cuidados em contexto real, permitindo assim o desenvolvimento de uma resposta adequada por parte dos estudantes, num ambiente controlado e seguro. Esta estratégia, tem como objetivo a aplicação da teoria na



prática, o desenvolvimento de competências relacionais, técnicas, éticas, de raciocínio crítico e do processo de tomada de decisão (Martins, et al., 2012).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros **competência** consiste na “relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8).

O desenvolvimento de competências na prática de Enfermagem é um processo complexo, pois interfere em vários aspetos. É esperado que, com o desenvolvimento de competências técnicas, exista também um aumento do conhecimento, a articulação de vários saberes, a capacidade de recolher e processar informação, de tomar decisões corretas perante as diferentes situações, de respeitar a pessoa em todas as suas dimensões e construir uma relação terapêutica (Martins J. C., 2017).

A segurança da pessoa, alvo da prestação de cuidados, é uma das preocupações centrais de todos os enfermeiros. Numa perspetiva ética, não é considerado adequado efetuar técnicas de procedimento, assim como o treino de outras competências, com a pessoa real, sempre que seja possível o desenvolvimento dessas mesmas competências em contexto simulado. Deste modo, a realização deste treino em prática simulada, permite ao estudante cometer erros e aprender com os mesmos, não colocando em risco a pessoa e aumentando a qualidade e segurança dos cuidados e a autoconfiança do estudante (Martins J. C., 2017).

Considerando que a profissão de enfermagem apresenta um caráter científico muito marcado que se traduz na mobilização da última evidência científica para a prática

de enfermagem, torna-se necessário assegurar a aquisição de capacidades psicomotoras nos estudantes de enfermagem, devido ao papel que estes apresentam na manutenção e promoção da saúde e qualidade de vida.

O Contexto Simulado em Enfermagem demonstra-se como um recurso valioso na aquisição destas competências (Felix, Faro, & Dias, 2010).

A simulação, estratégia pedagógica utilizada na aprendizagem, tem como etapas, o briefing, o cenário e o debriefing (Oliveira, Massaroli, Martini, & Rodrigues, 2017).

O briefing é constituído pelas orientações básicas dadas ao estudante antes de iniciar a sua atuação em contexto simulado. O cenário é o momento da simulação em que o caso é representado pelo estudante e tem um desenvolvimento de acordo com a sua intervenção.

O debriefing, ocorre logo após o cenário e constitui a última etapa, onde o estudante em conjunto com o professor, reflete sobre como decorreu a simulação, identificando o que poderia ou não ter sido feito de forma diferente (Oliveira, Massaroli, Martini, & Rodrigues, 2017).

### **Fase metodológica**

O presente estudo trata-se de um estudo primário, qualitativo, transversal e exploratório/descritivo.

A recolha de dados foi efetuada através de um guião de entrevista semiestruturada com posterior transcrição do verbatim e análise de conteúdo, de acordo com Laurence Bardin (2011) e à luz do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2015).

Decorreu em meio natural e teve início em outubro de 2019 e término em abril de 2020.

### **População e amostra**

A população/amostra deste estudo emerge dos estudantes inscritos na Unidade Curricular (UC) de Aprendizagens em Contexto Simulado I do 1º ano do CLE da ESS IPS. Esta UC permite o desenvolvimento e aprendizagem de competências profissionais de uma forma bastante próxima aos conteúdos técnicos e procedimentos do agir, no quadro dos seus fundamentos e do processo de enfermagem. Perspetiva o desenvolvimento de diferentes habilidades técnicas num crescimento contínuo de complexidade e integração de conhecimentos (Departamento de Enfermagem, 2019/2020).

Os critérios de inclusão da amostra foram: ser estudante da ESS IPS; estar inscrito no 1º ano do CLE; estar inscrito pela 1ª vez na Unidade Curricular de Aprendizagens em Contexto Simulado I.

Para selecionar a amostra utilizámos o método de amostragem não probabilística por conveniência.

Após apresentarmos o projeto à turma do 1º ano, solicitámos que os estudantes enviassem um e-mail para a professora orientadora científica do estudo a voluntariarem-se. Obtivemos uma amostra final de 6 estudantes.

### **Métodos, instrumentos e procedimentos**

Tratando-se de um estudo qualitativo, optámos pela realização de entrevistas semiestruturadas, suportadas em um guião para orientar o seu desenvolvimento e cuja questão de partida foi: *“Durante a UC de ACSI, particularmente nas aulas de Processo de Enfermagem, participou em diferentes casos simulados propostos pela equipa docente. Em seu entender, quais os contributos da aprendizagem em contexto simulado para a aquisição das suas competências?”*.

Sendo estas entrevistas semiestruturadas, permitiram que os participantes expressassem a sua perceção

pessoal sobre a aquisição e desenvolvimento de competências suportados na sua experiência de simulação na UC Aprendizagens em Contexto Simulado I.

As entrevistas foram realizadas através de Skype e por videochamada, devido à impossibilidade de se agendar um encontro presencial, atendendo à evolução da pandemia Covid-19.

### **Análise de conteúdo**

A análise de conteúdo dos verbatim das entrevistas foi realizada por todas as investigadoras. Foram extraídas as competências identificadas pelos estudantes entrevistados e foram agrupadas de acordo com as categorias, subcategorias e unidades de contexto definidas.

### **Aspetos éticos**

Foram respeitados todos os aspetos éticos inerentes a um estudo desta natureza, sendo que o mesmo teve parecer favorável da Comissão Especializada de Ética em Investigação da ESS IPS:

### **Resultados**

A amostra do estudo, 6 estudantes do 1º ano do CLE, teve uma média de idades de 18,7 e foi 100% constituída pelo sexo feminino. Todos os estudantes que se voluntariaram foram incluídos no estudo, representando 12% da população alvo.

As entrevistas foram analisadas de acordo com a autora de referência mencionada e foram identificadas, dentro da Categoria “Competências”, 3 subcategorias: 1) *Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*; 2) *Prestação e gestão de cuidados* e 3) *Desenvolvimento Profissional*.

### **Responsabilidade profissional, ética e legal**

Esta subcategoria integra 2 unidades de contexto: 1) desenvolve uma prática profissional com responsabilidade; e 2)

exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico.

A primeira unidade de contexto é definida como “demonstra um exercício seguro, responsável e profissional, com consciência do seu âmbito de intervenção” (DR, 2015). Na unidade de registo seguinte, o estudante reconhece os limites da sua função e competência, consultando um profissional, neste caso o professor, face a cuidados que requerem uma especialização superior, indo ao encontro do descrito no Código Deontológico dos Enfermeiros (artigo nº 109; alínea a) “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”.

*“Às vezes eu tinha que me virar e perguntar. Professor, o que é que eu faço agora? Eu não faço ideia!” (P1)*

A segunda unidade de contexto é definida como “demonstra uma prática assente na deontologia profissional e nos referenciais legais; analisa e interpreta em situação específica de prestação de cuidados gerais. (DR, 2015). Na unidade de registo seguinte, o estudante valoriza o respeito pelo direito de escolha e autodeterminação da pessoa.

*“Se for um contexto real, a pessoa pode não aceitar muito bem o que acabei de fazer e preciso sempre de pedir autorização (P4).*

### **Prestação e gestão de cuidados**

Esta subcategoria integra as seguintes unidades de contexto: 1) atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados; 2) utiliza o processo de enfermagem; 3) estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes; 4) promove um ambiente seguro; e 5) promove cuidados de saúde interprofissionais.

A primeira unidade de contexto é definida como “o enfermeiro age de forma fundamentada mobilizando e aplicando os

conhecimentos e técnicas adequadas, procurando realizar as melhores práticas assentes em resultados de investigação e outras evidências” (DR, 2015). Na unidade de registo seguinte, é possível reconhecer que a prática simulada permite ao estudante interligar conceitos teóricos, aplicando-os na simulação e assim desenvolver o raciocínio crítico para realizar intervenções personalizadas e de acordo com as necessidades de cada pessoa, contribuindo para uma assistência de enfermagem de excelência e considerando os princípios mais atuais da pesquisa científica.

*“Acho que acabamos por pensar mais e temos que relacionar tudo isso, não só a prática em si (...) e temos que relacionar tudo com o processo de enfermagem e acho isso mais importante” (P3).*

A segunda unidade de contexto é definida como “o enfermeiro diagnostica e prioriza os problemas, procurando recolher e analisar os dados mais relevantes que lhe permitem estabelecer objetivos e um plano de cuidados (...)” (DR, 2015). Na próxima unidade de registo é possível identificar as 5 fases do processo de enfermagem: 1) avaliação inicial; 2) diagnóstico de enfermagem; 3) planeamento; 4) implementação; e 5) avaliação.

*“Portanto... da avaliação inicial até à etapa da avaliação final e passando por todos os processos e assim perceber como se transita de uma fase para outra. (...) diagnosticar, ou perceber o que é que eu tenho de fazer e como no final registar tudo o que fiz anteriormente” (P4).*

A terceira unidade de contexto é definida como “o enfermeiro estabelece relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais” (DR, 2015). A comunicação/relação interpessoal foi muito valorizada pelos estudantes que colocaram em prática

diferentes técnicas de comunicação aprendidas no 1º semestre, reconhecendo principalmente por meio do debriefing, quais são as mais eficazes para uma relação de ajuda.

*“Saber falar, saber comunicar com as pessoas (...) as coisas têm uma maneira de ser ditas” (P2).*

*“Dá para perceber o que está mal na nossa comunicação, de certas palavras que usamos no nosso dia a dia e que não são muito corretas (P4).*

A quarta unidade de contexto é definida como “o enfermeiro focaliza a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente, procurando conhecer com acuidade o seu campo de ação, utilizando estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco” (DR, 2015). Os discursos dos estudantes demonstram que consideraram os riscos aos quais estavam mais despertos, dada a sua fase de aprendizagem.

*“Coisas que para nós parecem ser superficiais, como esticar os lençóis da cama e previne tantas coisas: úlceras de pressão, macerações...” (P1).*

*“Sempre cuidado com as grades, com as cortinas, se a pessoa tem ou não dependências, se precisa da nossa ajuda... Ahh, se a cama está travada, nós temos de ver isso tudo ao interagir com a pessoa” (P4).*

A quinta unidade de contexto é definida como “o enfermeiro assume o seu papel de interlocutor privilegiado da equipa pluriprofissional estando no centro dos cuidados com o cliente/cuidadores, com estratégias de articulação assentes numa comunicação eficaz e que permitem a elaboração e execução de planos de cuidados nos quais participa de forma contínua e sistemática (DR, 2015). Os discursos

revelam que o trabalho em equipe, como instrumento básico de enfermagem, foi de facto explorado pelos estudantes, sentindo que as relações desenvolvidas entre docentes e discentes os preparam para a real situação de cuidados.

*“E com o trabalho de equipa conseguimos ter a opinião dos nossos colegas do que é que podemos melhorar ou não” (P4).*

*“O trabalho em equipa, mesmo quando vemos que uma colega está com dificuldades, ah... é ir ajudar e pronto...” (P6).*

### **Desenvolvimento profissional**

Esta subcategoria integra a unidade de contexto: 1) Desenvolve processos de formação contínua, sendo definida como “o enfermeiro adota uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas” (DR, 2015). Os discursos dos estudantes evidenciam a reflexão sobre a ação, determinante na identificação de necessidades formativas.

*“Porque eu vou dizendo (...) vou vendo (...) o que é que estou a fazer bem o que é que eu estou a fazer mal e de certa forma isso ajuda-nos a adquirir os conhecimentos melhor” (E5).*

*“Entre as contribuições de todos, depois ajuda-nos a entender e a melhorar para da próxima vez, porque o objetivo é tentar ser o melhor possível” (E6).*

### **Discussão**

Relativamente às competências adquiridas pelos estudantes dentro da subcategoria “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal” verificámos que

a unidade de contexto com maior expressão foi “Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico”.

No que diz respeito às competências adquiridas pelos estudantes dentro da subcategoria “Prestação e gestão de cuidados” verificámos que a unidade de contexto com maior expressão foi “Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados”. É importante salientar que nesta subcategoria, duas das competências identificadas no Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais não foram abordadas nos discursos dos estudantes, sendo estas: “Contribui para a promoção de saúde” e “Delega e supervisiona tarefas.”

Em relação às competências adquiridas pelos estudantes dentro da subcategoria “Desenvolvimento Profissional”, a única unidade de contexto mencionada foi “Desenvolve processos de melhoria contínua” sendo que quando comparada com o Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, as competências “Contribui para a valorização profissional” e “Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem” foram omissas.

O facto de termos competências omissas nos discursos dos estudantes, levou-nos a tecer algumas considerações.

Quanto à competência **contribui para a promoção da saúde**, e de acordo com o Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, o enfermeiro de forma a atingir esta competência, deve mobilizar os seus conhecimentos técnico-científicos para a formulação do diagnóstico da situação e posterior intervenção. Visto que os estudantes entrevistados são estudantes do 1º ano do CLE, encontram-se na fase de aquisição e consolidação de conceitos base

para o exercício da profissão de enfermagem, não estando, provavelmente, ainda capacitados para a mobilização destes conhecimentos.

Embora o 1º ano tenha como foco a promoção da saúde e estes conceitos sejam trabalhados ao longo das aulas, a verdade é que podemos, eventualmente, colocar a hipótese de que neste estágio inicial do seu processo de aprendizagem, estão muito focados em si e menos no impacto das suas intervenções na promoção de saúde das pessoas e suas famílias.

Seria interessante a comparação com estudantes de outros anos, que já experienciaram o ensino clínico, tirando elações mais fortes sobre o desenvolvimento desta competência em particular.

Em relação à competência **delega e supervisiona tarefas** de acordo com o Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, para atingir esta competência, o enfermeiro deve avaliar o tipo de cuidados a prestar e na priorização dos mesmos deve assumir a delegação de tarefas e a supervisão dos profissionais funcionalmente dependentes de si. Desta forma, os estudantes por se encontrarem numa fase de aprendizagem inicial, ainda não têm a capacidade de priorizar algumas das tarefas e sobretudo responsabilizar-se pela delegação das mesmas.

Quanto à competência **contribui para a valorização profissional**, segundo o Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, para atingir esta competência, o enfermeiro deve assumir um papel imprescindível nos cuidados de saúde, tendo um papel de liderança nos processos sempre que for necessário. Visto que os estudantes se encontram numa fase inicial de aquisição de competências e nunca tiveram uma experiência na prática clínica, os

mesmos parecem ainda não estar despertos para esta realidade.

Relativamente à competência **contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem** esta exige por parte do enfermeiro que este seja capaz de inter-relacionar conceitos, mobilizá-los para a prática e ser capaz de produzir conhecimento. Mais uma vez podemos referir que devido a estes estudantes se encontrarem numa fase de formação inicial, podem não estar despertos para tal.

Como já foi referido, este estudo surge da realização de uma Revisão Sistemática da Literatura no ano letivo 2018/2019 sobre a mesma temática, pelo qual é pertinente comparar os resultados obtidos neste estudo com os resultados da RSL desenvolvida anteriormente.

Assim, foi possível verificar que existem semelhanças entre os resultados obtidos na RSL e no nosso estudo primário, reforçando-se a ideia de que a simulação parece contribuir para a aquisição de diferentes competências por parte dos estudantes de enfermagem.

No entanto, torna-se importante realçar que neste estudo foi evidente o contributo da simulação no desenvolvimento de competências comunicacionais, o que não foi evidente na RSL realizada anteriormente.

### **Conclusão**

Através da realização do estudo primário, foi-nos possível responder à questão de investigação “Quais os contributos da aprendizagem em contexto simulado para a aquisição de competências dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem?”.

Através da RSL realizada inicialmente e do presente estudo primário, conseguimos concluir que a simulação é fundamental para a aquisição de competências por parte dos estudantes, sejam elas técnicas, científicas e/ou relacionais, constituindo-se como uma

excelente estratégia pedagógica, que permite ao estudante refletir sobre a sua prática, perspetivando o caminho futuro.

A nossa análise foi suportada em três subcategorias: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Prestação e Gestão de Cuidados; Desenvolvimento Profissional; Nestas, foi-nos possível identificar diferentes unidades de contexto e de registo que possibilitaram uma análise mais aprofundada sobre a temática em estudo.

Consideramos que uma das limitações do presente estudo foi o reduzido número de voluntários para a participação do mesmo, o facto de a amostra não ser heterogénea (todos os estudantes serem do sexo feminino), sendo que para estudos futuros, sugerimos maior diversidade de amostra.

Apesar das fragilidades identificadas, consideramos que o estudo nos permitiu obter resultados que vão ao encontro da nossa questão de investigação, ressaltando as competências adquiridas pelos estudantes de enfermagem através da simulação.

Consideramos que os resultados obtidos permitem a mobilização de ideias concretas para o futuro, sendo os mesmos uma importante ferramenta de compreensão da aquisição de competências pelos estudantes durante a prática simulada.

Neste sentido, torna-se possível que estes resultados levem os docentes a reforçar o desenvolvimento de certas competências que os estudantes não referiram desenvolver, assim como refletirem sobre estratégias que permitam desenvolver as mesmas, mesmo que de forma parcial, atendendo a que o desenvolvimento de competências é contínuo e gradual ao longo do percurso formativo.

Torna-se clara, pela sua relevância, o investimento/ desenvolvimento da simulação, enquanto estratégia pedagógica



promotora do desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem.

## Referências

- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Costa, N. S. (2012). FORMAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO: A PERSPETIVA DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM .
- Departamento de Enfermagem. (2019/2020). Guia da Unidade Curricular de Aprendizagens em Contexto Simulado I. Obtido de [http://www.si.ips.pt/ess\\_si/disciplinas\\_geral.FormView?P\\_CAD\\_CODIGO=LENF02&P\\_ANO\\_LECTIVO=2019/2020&P\\_PERIODO=1S](http://www.si.ips.pt/ess_si/disciplinas_geral/FormView?P_CAD_CODIGO=LENF02&P_ANO_LECTIVO=2019/2020&P_PERIODO=1S)
- Departamento de Enfermagem. (2019/2020). Matriz de Relatório de Investigação . *Unidade Curricular de Investigação IV*, pp. 1-13.
- Diário da República. (8 de março de 2011). Regulamento n.º 167/2011. *Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*, pp. 1-7.
- Diário da República. (2015). Lei nº 156/2015. *Código Deontológico*.
- Elkin, M., Perry, A., & Potter, P. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. Loures: Lusociência.
- Felix, C. C., Faro, A. C., & Dias, C. D. (2010). Perceção de estudantes de enfermagem sobre o laboratório de enfermagem como estratégia de ensino.
- Martins, J. C. (janeiro-março de 2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência Série IV nº12*, pp. 155-167.
- Martins, J. C., Mazzo, A., Baptista, J. C., Coutinho, V. R., Godoy, S. d., Mendes, I. A., & Trevizan, M. A. (2012). A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: restropetiva histórica.
- Martins, P. A. (setembro de 2014). ESCUTA ATIVA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA INTERVENÇÃO CONFORTADORA. pp. 1-173.
- Mozzato, A. R., & Grzybovski, D. (julh/ago. de 2011). Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios . pp. 731-747.
- Neves, M. L. (2012). A Comunicação Terapêutica como Promotora do Bem-Estar da pessoa em Cuidados Paliativos. pp. 1-252.
- Oliveira, S. N., Massaroli, A., Martini, J. G., & Rodrigues, J. (31 de março de 2017). Da teoria à prática, operacionalizando a simulação clínica no ensino de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 1896-1903.
- Ordem dos Enfermeiros . (22 de outubro de 2011). REGULAMENTO DO PERFIL DE COMPETENCIAS DO ENFERMEIRO DOS CUIDADOS GERAIS. pp. 1-28.
- Ordem dos Enfermeiros. (dezembro de 2011). PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. *ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL ENUNCIADOS DESCRITIVOS*, pp. 3-24.

# INTERVENÇÕES E LIMITES NO CONTEXTO DO CONSUMO ASSISTIDO - ABORDAGEM ÉTICA <sup>1</sup>

Lucília Nunes <sup>2</sup>

*Intervenções e limites no contexto do consumo assistido - abordagem ética* situa-nos num tema amplo e que requer enquadramento. Assim, organizámos o texto em três partes, articulando as etapas de raciocínio. Porque a reflexão específica sobre a intervenção num contexto particular, requer clareza concetual e formal, começaremos por enquadrar e caracterizar o consumo vigiado em Portugal, bem como a sua relação com a minimização de riscos e redução de danos.

Porque a reflexão ética tem de ser circunstanciada e fundamentada, na segunda parte abordamos um pouco a perspetiva histórica, o estado da arte, os resultados emergentes da implementação das salas de consumo no mundo.

E, na terceira parte, que poderá ser defensável que fosse a única, mas potencialmente empobrecida sem as anteriores, identificamos quatro tópicos que entendemos de valorizar na abordagem ética. O nosso principal objetivo é identificar questões éticas, consideradas as intervenções e os limites no contexto do consumo assistido, tal como proposto no congresso da IntNSA Portugal .

## 1. Enquadramento e caracterização do consumo vigiado

Em 1999, no que foi considerado um “ponto de viragem” em Portugal, foi aprovada a *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga*, pensada e redigida como “um documento essencialmente voltado para o futuro” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99 de 26 de maio). À época, foram expressas **cinco convicções e oito princípios**, que suportaram a estratégia.

As convicções, textualmente, foram: (1) o “reconhecimento da dimensão mundial do problema da droga” (p. 2972); (2) a “convicção humanista, que leva em conta a complexidade dos dramas humanos que tantas vezes se traduzem no consumo de drogas e na dependência, que considera o toxicodependente, no essencial, como um doente, exige a garantia de acesso a meios de

tratamento a todos os toxicodependentes que se desejem tratar” (p. 2972); (3) “que ao humanismo há que juntar uma atitude pragmática” (p. 2973); (4) “neste domínio, como em tantos outros, mais vale prevenir do que remediar” e (5) necessidade “do reforço do combate ao tráfico ilícito de drogas e ao branqueamento de capitais constitui um imperativo para o Estado de direito que somos, a bem da segurança, da saúde pública e da própria estabilidade das instituições” (p. 2973).

Estas convicções relacionam-se com os oito princípios estruturantes.

“A droga atravessa continentes, cruza oceanos, vence fronteiras. Seria, pois, um erro grosseiro ignorar a dimensão planetária do problema da droga” (p. 2973), o que justifica o **princípio da cooperação internacional**.

Afirma-se “a primazia das intervenções preventivas destinadas a combater a procura de

<sup>1</sup> Comunicação no 1º Congresso Internacional da Associação Portuguesa de Enfermeiros dos Comportamentos Aditivos – IntNSA Portugal, “Desafios, Limites e Competências em Comportamentos Aditivos e Dependências”, 13 de abril de 2021. <https://www.intnsa.org/portugues/1o-congresso-internacional-da-associacao-portuguesa-de-enfermeiros-dos-comportamentos-aditivos-intnsa-portugal/>

<sup>2</sup> Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal. Investigadora NURSE’IN-UESI, Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas. [lucilia.nunes@ess.ips.pt](mailto:lucilia.nunes@ess.ips.pt)

drogas” (p. 2980), o que sustenta o **princípio da prevenção**.

Evidencia-se o **princípio humanista**, no “reconhecimento da plena dignidade humana das pessoas envolvidas no fenómeno das drogas e tem como corolários a compreensão da complexidade e relevância da história individual, familiar e social dessas pessoas, bem como a consideração da toxicodependência como uma doença e a consequente responsabilização do Estado na realização do direito constitucional à saúde por parte dos cidadãos toxicodependentes e no combate à sua exclusão social, sem prejuízo da responsabilidade individual”. (p.2980).

Ou seja, reconhece-se a dignidade das pessoas que consomem drogas e entende-se a toxicodependência como doença. O princípio humanista surge associado ao **pragmatismo**, o enfoque é de análise das evidências, soluções adequadas e resultados positivos, entendido como determinante de uma

“atitude de abertura à inovação, mediante a consideração, sem dogmas ou pré-compreensões, dos resultados cientificamente comprovados das experiências ensaiadas nos diversos domínios do combate à droga e à toxicodependência e a consequente adoção de soluções adequadas à conjuntura nacional e que possam proporcionar resultados práticos positivos” (p. 2981).

Compreensivelmente, é identificado o **princípio da segurança**, no sentido da “garantia da proteção de pessoas e bens, nos domínios da saúde pública e da defesa de menores, bem como em matéria de prevenção e repressão do crime, tendo em vista a manutenção da paz e da ordem pública” (p. 2981).

Porque a intervenção na área da droga e da toxicodependência envolve diversos departamentos, serviços e organismos, é apontado o **princípio da coordenação** e da **racionalização de meios**, visando a “otimização dos recursos, evitando a sobreposição e o desperdício” (p.2982).

Para a distribuição de atribuições e competências, declara-se o princípio da **subsidiariedade** “que permita que as decisões e as ações sejam confiadas ao nível da Administração mais próximo das populações, salvo quando os objetivos visados sejam melhor realizados a nível superior” (p.

2982). O oitavo princípio, da **participação**, “traduz-se na intervenção da comunidade na definição das políticas relativas à droga e à toxicodependência, bem como na sua mobilização para os diferentes domínios da luta contra a droga” (p.2982).

De cada princípio decorrem várias implicações que são explicitadas.

E é neste passo, das consequências dos princípios, que emerge o conceito de **redução de danos**, na operacionalização dos princípios do humanismo, do pragmatismo e da segurança

– “a promoção de políticas de redução de danos que, ao mesmo tempo que minimizam os efeitos do consumo nos toxicodependentes e salvaguardam a sua inserção socioprofissional, possam defender a sociedade, favorecendo a diminuição do risco de propagação de doenças infectocontagiosas e a redução da criminalidade associada a certas formas de toxicodependência” (p.2981).

Como referiu Barbosa (2009, p.36), algumas medidas típicas de redução de danos foram a distribuição e troca de seringas, a administração de metadona e ações de vigilância de saúde e social a pessoas/grupos específicos.

Na formulação sobre o **conceito de redução de danos, de 1999**, fica claro que

- “Do que se trata é de, em certas situações limite, prescindir da abstinência como objetivo imediato e necessário, por forma a assegurar uma intervenção quando o consumo de drogas se apresenta como um dado de facto incontornável. E se essa intervenção é, numa primeira análise, inspirada por uma atitude eminentemente pragmática, não é menos verdade que responde, também, à preocupação ética de respeitar e promover os direitos dos toxicodependentes.” (p. 3009).

Nesta Resolução, afirmou-se a opção estratégica de «descriminalizar o consumo de drogas, proibindo-o como ilícito de mera ordenação social» (ponto 10, p. 2981), quer quanto ao consumo quer à detenção (posse) e aquisição para esse consumo.

Foi assumido que a «**opção pela descriminalização do consumo de drogas** decorre, essencialmente, do princípio humanista», sendo que «a criminalização não se justifica por não ser meio absolutamente

necessário ou sequer adequado para enfrentar o problema do consumo de drogas e dos seus efeitos, sem dúvida nefastos».

Os desideratos da saúde pública, da salvaguarda da segurança pública, da proteção da saúde dos consumidores menores

“podem ser suficientemente alcançados, com não menos eficácia, através da criminalização do tráfico, que sempre diminui a acessibilidade, aliada à proibição administrativa, por via do ilícito de mera ordenação social, do consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como da sua detenção e aquisição para consumo — tudo isto em complemento de reforçadas políticas públicas preventivas e de redução de danos” (p.2991).

Em 1999, não obstante as opções de vanguarda, como a descriminalização, a criação da Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência e o reforço do encaminhamento para o tratamento, **não se referiu consumo vigiado ou assistido**.

Vale a pena salientar que, ao contrário do que algumas vozes propagavam, a descriminalização não se revelou indutora do aumento do consumo, nas últimas duas décadas.

Na literatura sobre o «**caso Portugal**» (Greenwald, 2009, Laqueur, 2015 e Mendes, 2019), é reiterado que os receios previstos pelos defensores da criminalização não se vieram a efetivar. Os indicadores atestaram a eficácia da medida.

No relatório de 2019 (SICAD, 2020) Portugal registou 63 mortes por overdose, número que tem vindo a aumentar pelo terceiro ano consecutivo (em 1999, tinham sido 369 mortes por overdose). “Em 2019 foram diagnosticados 778 casos de infeção por VIH, dos quais 172 de SIDA, representando os associados à toxicodependência, 2% e 8% daqueles. Continua a registar-se um decréscimo de infeções por VIH e de SIDA diagnosticados anualmente, tendência que se mantém a um ritmo mais acentuado nos casos associados à toxicodependência” (SICAD, 2020, p.1).

Dois anos depois e exatamente há 20 anos, foi publicado o **regime geral das políticas de**

**prevenção e redução de riscos e minimização de danos**, no Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho. Este diploma teve como objetivo

“a criação de programas e de estruturas sócio sanitárias destinadas à sensibilização e ao encaminhamento para tratamento de toxicodependentes bem como à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência” (artigo 1º).

Como frisou Eduardo Costa (2001), a “redução de riscos refere-se mais às políticas que tendem a atenuar os perigos ligados ao consumo problemático de drogas, que se traduzem em problemas de saúde pública, enquanto a minimização de danos se reporta às medidas que visam diminuir os prejuízos que o consumo envolve, sobretudo na perspetiva individual do consumidor.” (p. 54). Este será um aspeto que discutiremos adiante, na ética da redução de danos.

Os **programas e estruturas sócio sanitárias definidos em 2001**, eram:

- a) Gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento sócio-familiar;
- b) Centros de acolhimento;
- c) Centros de abrigo;
- d) Pontos de contacto e de informação;
- e) Espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas;
- f) Programas de substituição em baixo limiar de exigência;
- g) Programas de troca de seringas;
- h) Equipas de rua;
- i) Programas para consumo vigiado (Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho, artigo 3º).

A maioria destes programas já existia, nomeadamente, a troca de seringas, os gabinetes de apoio a toxicodependentes, os centros de acolhimento e os de abrigo, as equipas de rua e a administração de metadona (Barbosa, 2009).

Dois dos programas foram inovadores: a prestação de informação concreta sobre a composição de drogas, em pontos de contacto

e de informação, “equipados com instrumentos destinados a testar a composição e os efeitos de drogas” (artigo 31º, nºs 3 e 4) e os “**programas para consumo vigiado**”, a que foi dedicado o capítulo X deste diploma.

Desde logo, os **programas para consumo vigiado**, em Portugal, têm como objetivos

“o incremento da assepsia no consumo intravenoso e consequente diminuição de riscos inerentes a esta forma de consumo, bem como a promoção da proximidade com os consumidores, de acordo com o respetivo contexto sociocultural, com vista à sensibilização e encaminhamento para tratamento, através da criação de locais de consumo.” (Artigo 65º)

São programas de iniciativa das “câmaras municipais ou de entidades particulares cujas finalidades estatutárias incluam a luta contra a toxicodependência” (artigo 66º).

Têm regras obrigatórias de funcionamento, previam duas possibilidades de instalações (fixas e móveis), e especifica que “o ato de consumo é da inteira responsabilidade do utente”<sup>11</sup>, sendo recusado o acesso ou expulso quem tiver comportamentos inadequados ou violentes ou transacione substâncias. Acesso previsto a utentes maiores de idade, depois de observados por técnicos de saúde, verificada a situação de “dependência profunda”.

Portanto, condições de acesso estabelecidas e critérios de elegibilidade dos utilizadores.

O responsável técnico do programa deve ser um profissional da área psicossocial e a equipa de apoio tem de integrar pelo menos um enfermeiro ou técnico capacitado para assistir em situações de emergência. Desde o início, os programas são “autorizados apenas para zonas de grande concentração de consumidores por via endovenosa, não podendo ser instalados em espaços ou centros residenciais consolidados e a localização escolhida, quer no que diz respeito a instalações fixas, quer no que diz respeito a instalações móveis deve, tanto

quanto possível, evitar a exposição a não utentes.” (artigo 71º).

Para cada programa, o IPDT (hoje SICAD), fixará “um período experimental de um ano, findo o qual fará a respetiva avaliação, podendo o programa ser suspenso se se verificar a sua inadequação aos objetivos iniciais” (artigo 72º).

Curiosamente, o decreto-lei fixou os indicadores de avaliação, o que também não é propriamente comum, sendo assim mais evidente o propósito do próprio programa - foram definidos cinco indicadores:

- a) Número de toxicodependentes atendidos;
- b) Número de toxicodependentes que aceitaram sujeitar-se a programas de tratamento, após sensibilização efetuada pelos técnicos do programa;
- c) Número de toxicodependentes que aceitaram rastreios de doenças infectocontagiosas;
- d) Número de toxicodependentes que aceitaram transitar para outros programas e ações de redução de riscos;
- e) Número de mortes por dose excessiva ocorridas e evitadas no âmbito do funcionamento do programa (artigo 72º).

Na literatura, as características das salas de consumo incluem, genericamente, constituírem locais protegidos para o consumo higiénico de drogas previamente adquiridas, num ambiente ausente de julgamentos morais e sob a supervisão de profissionais, com objetivos de saúde e de ordem e segurança pública (Schatz & Nougier, 2012; Öner, 2014).

Sistematizamos os objetivos frequentemente referidos:

- (1) Incrementar a assepsia no consumo intravenoso e consequente diminuição de riscos inerentes (como aparece na nossa legislação), sendo comum encontrarmos este objetivo como proporcionar ambiente de menor risco e mais higiene ou proporcionar espaço em condições seguras

<sup>11</sup> «Artigo 67º - a) O horário de funcionamento deve ser fixo e adaptado aos hábitos da população alvo; b) A distribuição de utensílios como seringas, agulhas, filtros, água destilada, ácido cítrico, toalhetes e outros, deve ser manual; c) Os espaços de consumo vigiado não

devem ser utilizados por mais de 10 pessoas em simultâneo, no caso de instalações fixas e de 2 pessoas em simultâneo, no caso de instalações móveis; d) O ato de consumo é da inteira responsabilidade do utente.»

e higiênicas para práticas de consumo mais seguras, visando diminuir a morbidade e a mortalidade (OEDT, 2018);

- (2) promover a proximidade com os consumidores, de acordo com o respetivo contexto sociocultural, com vista à sensibilização e encaminhamento para tratamento (como consta na nossa legislação) e comumente aparece enquanto objetivo de estabelecer ligações entre os consumidores de alto risco e os serviços – quer de tratamento da toxicodependência, quer outros serviços de saúde e sociais, ou seja, promover o acesso a equipamentos sociais, de saúde e de tratamento da toxicodependência (OEDT, 2018), portanto, “estabelecer contato com populações de difícil alcance” (Hedrich, 2004);
- (3) reduzir o consumo de droga em espaços públicos e os respetivos problemas associados, como a presença de agulhas usadas (OEDT, 2018); portanto, em vez de consumo a céu aberto, a possibilidade de utilizar um espaço, o que também reduz haver materiais perigosos nas ruas da cidade (Wright & Tompkins, 2004); “reduzir o uso público de drogas e os incómodos associados” (Hedrich, 2004);
- (4) prevenir as mortes por overdose de droga e assegurar apoio profissional em situação, reduzindo a mortalidade e morbidade na população-alvo; “reduzir a mortalidade e morbidade associada ao uso de drogas, incluindo overdose, bem como a transmissão de HIV, hepatite e infeções bacterianas” (Hedrich, 2004).

Curiosamente, numa síntese (Long, 2004), a ordenação dos objetivos colocou em primeiro lugar “atrair utilizadores de drogas difíceis de alcançar”, seguindo-se “fornecer um ambiente de injeção mais seguro”, “diminuir a incidência de infeção associada a o uso de drogas”, “diminuir a incidência de mortes relacionadas a drogas”, “aumentar o acesso aos serviços sociais, de saúde e de tratamento de drogas” e

“reduzir o uso de drogas em público e os incómodos associados”.

Assim, **o contexto do consumo vigiado** enquadra-se num programa previsto no decreto-lei nº 103/2001 e **insere-se como resposta na política de redução de riscos e minimização de danos**.

Na sua própria formulação inicial, constitui resposta a problemas de saúde e ordem pública ligados ao consumo a céu aberto e aos mercados de droga em cidades que já disponham de uma rede de serviços para os toxicodependentes, pelo que requer avaliação das necessidades existentes a esse nível e é determinada pelas decisões tomadas a nível municipal ou regional. Portanto, não é, de todo, o que se poderia chamar «uma resposta de primeira linha».

## **2. Estado da arte**

No relatório de 2019 do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, refere-se que, “tipicamente, as salas de consumo assistido proporcionam um ponto de acesso e referência para outros serviços clínicos e sociais, incluindo serviços de tratamento por consumo de droga” (OEDT, 2020, p. 84).

“Por reduzir o consumo de droga em público, as salas contribuem para melhorar o ambiente social nas áreas onde isso acontece, por exemplo, em mercados de droga urbanos. As salas individuais podem supervisionar um grande número de consumos – com algumas das salas maiores a registar 80 000 consumos por ano – que, de outro modo, teriam decorrido na rua ou noutros ambientes de risco. A primeira geração de salas de consumo vigiado nas décadas de 1980 e 1990 concentrava-se sobretudo na supervisão do consumo de heroína injetada. No entanto, atualmente, as salas podem também supervisionar pessoas que fumam ou inalam drogas.” (OEDT, 2020, p. 84)

As primeiras salas surgiram nos anos 80, no contexto da epidemia pelo VIH entre os utilizadores de drogas injetáveis, constatada a existência de drogas no espaço público e a céu aberto em áreas metropolitanas e o aumento do número de mortes relacionadas com as drogas. Constatou-se que a justiça criminal repressiva

assim como medidas e programas baseados em abstinência por si só não foram capazes de reduzir o uso de drogas e os danos associados. (Schatz & Nougier, 2012, p. 1).

No final da década de 1980 e início da década de 1990 implementaram-se as primeiras iniciativas de *Drug Consumption Rooms* (DCRs) na Suíça, Alemanha e Holanda.

Desde o início, foram consideradas como atendendo a dois objetivos principais: reduzir os riscos individuais de saúde associados ao uso de drogas e reduzir a perturbação pública.

Da literatura, relatórios nacionais e artigos publicados, parece-nos relevante considerar alguns exemplos, sobretudo dos DCRs «históricos», por terem sido da primeira geração, por terem produzido evidências e artigos com foco nas experiências vividas e porque tem o potencial de tornar mais compreensivo um fenómeno que pode parecer abstrato porque mais longínquo de nós.

O primeiro DCR do mundo foi inaugurado em 1986 pela Contact Netz<sup>12</sup> em Berna, Suíça, e a sua criação constituiu uma mudança de paradigma, tendo começado a fornecer serviços médicos e sociais, incluindo troca de agulhas e seringas, refeições quentes e abrigo (Schatz & Nougier, 2012; International Network of Drug Consumption Rooms).

O **Quai 9**, em Genebra, Suíça, é administrado pela Première Ligne<sup>13</sup>, abriu em dezembro de 2001, com 6 lugares; disponibiliza 12 locais de injeção, 2 locais de sniff (inaugurados em 2007) e 4 locais de inalação (inaugurados em 2009).

Os serviços incluem acolhimento, cuidados de saúde primários e apoio psicológico, fornecimento de material injetável, área de consumo e reanimação em caso de overdose (IAU, 2018, p. 22-23).

Em 2018, foi muito noticiada a sobrecarga do Quai-Neuf que, em 10 anos, tinha passado de 28.000 usos/ano para 50.000, em 2017, e que fechou durante 10 dias.

No artigo de reflexão dos primeiros 18 meses de funcionamento, escreveram: “Assistir às injeções de produtos ilegais, eis uma posição que, para os intervenientes, está no cerne de um paradoxo. É, de facto, apoiar as pessoas num gesto que é perigoso para a sua saúde física, mental e muitas vezes social. Esse gesto pode ser sentido de forma muito severa por quem atende quando resulta em lesões que estamos tentando cuidar. Pode colocar o cuidador numa posição de incompreensão, da qual sai regressando ao significado da redução de risco e respeito à pessoa, quaisquer que sejam suas escolhas. Nenhuma ajuda é fornecida para as injeções. A presença do cuidador é a de fiador da segurança, testemunha e não cúmplice.”<sup>14</sup>

Outras DCRs foram sendo instaladas noutras cidades da Suíça e, em 2011, foram publicados padrões nacionais para todos os DCRs – esses *standards* fornecem diretrizes sobre a prestação de serviços, incluindo prevenção e cuidados com HIV e hepatite, cuidados de saúde em geral (tratamento para dependência de drogas, aconselhamento voluntário e serviços para melhorar a higiene e tratamento de feridas e abscessos) e o bom

<sup>12</sup> Sobre Contact Netz:.

<https://www.yumpu.com/en/document/read/942434/contact-netz-an-overview>

<sup>13</sup> Première Ligne é uma associação de Genebra que opera em 3 sistemas: Quai 9 (área de receção e consumo), Nuit Blanche (ação de prevenção e redução de riscos em ambiente de festa) e Pôle (apoio psicossocial e reintegração). Cf. <http://www.premiereligne.ch/quai9/>

<sup>14</sup> Tradução livre de «Assister aux injections de produits illégaux, voici une position qui, pour les intervenants, est au cœur d'un paradoxe. Il s'agit, en effet, d'accompagner des personnes dans un geste a priori dangereux pour leur santé physique, psychique et souvent sociale. Ce geste peut être ressenti très

durement par ceux qui y assistent lorsqu'il débouche sur des lésions que l'on s'efforce de soigner. Il peut mettre le soignant dans une position d'incompréhension, dont il sort en revenant au sens de la réduction des risques et au respect de la personne, quels que soient ses choix. Aucune aide n'est d'ailleurs apportée pour les injections. La présence du soignant est celle d'un garant de la sécurité, témoin et non-complice.» François, A ; Baudin, M.; Mani, C & Broers, B (2003). Quai 9, espace d'accueil et d'injections pour usagers de drogues à Genève : bilan et réflexions après 18 mois de fonctionnement *Rev Med Suisse* v. 1. 23219. <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2451/23219>

funcionamento das DCRs, como os critérios e regras de admissão (Csák, 2021).

O **Drob Inn** de Hamburgo funciona desde 1987, disponibiliza assistência de sobrevivência incondicional, de baixo limiar e "fiel à realidade" - o princípio norteador de DrobInn é que: "Só quem sobrevive pode sair do vício". Assim, os principais objetivos são: (i) que os consumidores sobrevivam ao vício, (ii) reduzir os riscos sociais e de saúde e (iii) criar motivação para se abster do uso problemático de drogas. Esses objetivos são alcançados oferecendo apoio em três áreas: (i) assistência à sobrevivência, (ii) estabilização social e (iii) o abandono da dependência de drogas <sup>15</sup>.

O **InSite**, em Vancouver, Canadá, foi o primeiro *Center Injection Supervision* (CIS) e beneficiou do maior número de avaliações científicas antes e depois da sua criação (Wood et al, 2004).

Em 1998, Vancouver foi o epicentro de uma onda de mortes por overdose e da maior taxa de infecções por HIV / AIDS no mundo ocidental. A Vancouver Health Authority solicitou uma exceção legal ao governo federal, para poderem implementar o projeto, gerido pelo Centre for Excellence in HIV/AIDS e Faculdade de Medicina da Universidade de British Columbia. O InSite foi estabelecido em Downtown Eastside (com 5.000 consumidores de drogas injetáveis) em

2003 e está associado a redução dos distúrbios da ordem pública, diminuição da partilha de seringas, aumento do uso (e sucesso) de programas de desintoxicação e redução das overdoses.

Entre a inauguração em 2003 e fevereiro de 2018, há registo de 3,6 milhões de injeções de drogas sob a supervisão de enfermeiros. No ano de 2019 <sup>16</sup>, registadas 170,731 visitas por 5,111 pessoas (27% mulheres), uma média de 312 usos por dia.

O governo do Canadá tinha aprovado a medida de exceção em 2003, mas, em 2006, foi eleito um governo conservador, que eliminou a redução de danos como pilar da política antidrogas do Canadá, ameaçando suspender a referida isenção federal. Em 2008, com o apoio popular, procederam a angariação de fundos, sucederam-se decisões de tribunal e apelo ao Supremo Tribunal do Canadá (Dooling & Rachlis, 2010) que, em 2011, resultou na manutenção do InSite<sup>17</sup>.

No acórdão *Attorney General of Canada and Minister of Health for Canada vs PHS Community Services Society* <sup>18</sup>, entre os intervenientes estiveram associações e sindicatos de Enfermagem – Canadian Nurses Association, British Columbia Nurses' Union, Registered Nurses' Association of Ontario, Association of Registered Nurses of British Columbia e British Columbia Nurses' Union and REAL Women of Canada. Em bom rigor, a própria história do InSite está ligada a uma enfermeira de psiquiatria, Liz Evans <sup>19</sup>.

<sup>15</sup> Os serviços do Drob Inn, além da sala de consumo, incluem cuidados médicos básicos, aconselhamento para uso mais seguro de drogas, troca de agulhas, refeições e bebidas quentes a baixo custo, acesso a chuveiros, máquina de lavar e acesso gratuito a roupas doadas, etc. Todos os serviços podem ser usados anonimamente. A equipa médica e de enfermagem administra uma clínica no DCR e oferece serviços básicos gratuitos que incluem tratamento agudo de abscessos, infecções parasitárias e doenças de pele; tratamento de feridas; vacinas de proteção (hepatite A e B, poliomielite, tétano, difteria). Cidadãos alemães ou migrantes que tenham direito a receber benefícios do Estado, podem permanecer nas instalações até 2 meses. Cf. Fortson, Rudi & McCulloch, Liz (2018) Evidence and Issues Concerning Drug Consumption Rooms. Queen Mary School of Law Legal Studies Research Paper No. 279/2018. London.

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3182568#](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3182568#) . Site do Drob Inn em alemão <https://www.jugendhilfe.de/drobinn.de/gz-3.html>

<sup>16</sup> Site do InSite - <http://www.vch.ca/public-health/harm-reduction/supervised-consumption/sites/insite-user-statistics>

<sup>17</sup> Cf. Vancouver Insite drug-injection facility can stay open. BBC News. 30 de setembro de 2011. <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-15130282>

<sup>18</sup> Cf. Supreme Court of Canada. Canada (Attorney General) vs PHS Community Services Society <https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/en/item/7960/index.do>

<sup>19</sup> Liz Evans, em 1991, começou a apoiar pessoas marginalizadas no *Rainbow*, um hotel que ficava num prédio na esquina das ruas East Hastings e Carrall. Pouco depois, com Mark Townsend rebatizaram como



Num artigo sobre o julgamento, Dan Small escreveu:

“Em resumo, havia quatro fatos jurídicos que vão ao cerne de uma compreensão cultural particular da adição: 1. A adição é uma questão de saúde. 2. Drogas não causam HIV, HCV e overdoses mortais: agulhas sujas e injeções não supervisionadas, sim. 3. A injeção supervisionada é eficaz na prevenção da morbidade e mortalidade. A redução de danos abre a porta para uma variedade de cuidados de saúde (por exemplo, desintoxicação, tratamento). 4. A abstinência, embora louvável, não é obrigatória para intervenções de saúde eficazes, com resultados mensuráveis (por exemplo, salvar vidas ao intervir em overdoses fatais ou prevenir o HIV). A ideia de tolerar ou permitir o vício com injeção supervisionada fica em segundo plano para manter as pessoas vivas. O estabelecimento desses quatro fatos-chave, na minha opinião, lançou as bases para uma vitória legal e cultural no que diz respeito à noção de injeção supervisionada.”<sup>20</sup>

Small (2012) considerou, nesse artigo, que sempre houve fenômenos psicossociais que são “culturalmente expurgados ou relegados para as sombras” devido às ansiedades morais e aos desconfortos que criam na comunidade mais ampla, como morte, sexualidade, doença mental ou dependência, que são “sequestradas na vida social e nos ambientes institucionais”. Chamou a atenção para o processo de sequestro ou de ocultação dos fenômenos sociais que alarmam ou incomodam, bem como para os “apagamentos e silêncios culturais”, coisas que não são ditas e podem ser mais influentes do que o que é dito, considerando a adição um desses fenômenos; “pessoas com vícios foram silenciadas e apagadas da vida social positiva”. Mais recentemente, estudos sobre o impacto do InSite continuam a ser publicados (Ivsins et al., 2019).

A **Abrigado**<sup>21</sup>, no Luxemburgo, abriu portas em 2005, a curta distância da estação

central, um centro de toxicodependência com a única sala de consumo de drogas do país. Desenvolveu-se de forma original, uma estrutura combinada de centro de dia e asilo noturno (com 42 leitos em 7 dormitórios).

O centro de dia é organizado em torno de um Kontakt Café, um serviço de saúde de baixo custo (a maior parte dos tratamentos é gestão de feridas), instalações sanitárias e máquinas de lavar. Uma média de 250.000 seringas são trocadas anualmente dentro da Abrigado, com uma taxa de devolução de seringas usadas de 93%.

A sala de consumo evoluiu desde a sua inauguração, passando de cinco postos de consumo, acessíveis cinco dias por semana e três horas por dia em 2005, para oito postos de injeção e seis locais de inalação de heroína e cocaína, disponíveis sete horas por dia, todos os dias da semana. Recebe, em média, 200 pessoas por dia. Verificaram que na média dos 5.000 consumos mensais recebidos no Abrigado, ocorrem 1,6 overdoses não fatais (dados de fevereiro de 2018). A idade média ronda os 33 anos, mas os maiores de 45 anos representam uma proporção significativa (20%). Entre 15 e 20% são mulheres. (IAU, 2018, p. 25-27).

Outro caso distinto foi o que aconteceu em **Barcelona**, na Catalunha, em Espanha. Por ocasião dos Jogos Olímpicos de Barcelona, em 1992, os toxicodependentes mudaram-se do centro da cidade para Can Tunis, terreno baldio localizado entre a zona portuária e o cemitério de Montjuic. Em 2004, para apoiar a renovação urbana de Can Tunis, o município propôs a abertura de três salas de consumo de drogas.

A partir de 2009, incidiu no estabelecimento de centros integrados de

---

Portland Hotel. Em 1993, o Portland Hotel incorporou-se como provedor independente de habitação social como *Portland Hotel Society*, ou PHS. A PHS foi criada “To promote, develop, and maintain supportive affordable housing for adult individuals who are poorly served elsewhere in the community due to their physical health, mental health, behaviour, substance dependencies, forensic history or for those who are homeless” diz a carta original da organização, escrita por Evans, Townsend e Kerstin Stuerzbecher, outra

enfermeira que se juntou ao projeto em 1993. A Portland Hotel Society foi renomeada PHS Community Services Society em 2003.

<sup>20</sup> Small D. (2012). Canada's highest court unchains injection drug users: implications for harm reduction as standard of healthcare. *Harm reduction journal*, 9, 34. (p. 4) <https://doi.org/10.1186/1477-7517-9-34>.

<sup>21</sup> From the Streets into Shelter. In [https://h-europe.uni.lu/?page\\_id=5949](https://h-europe.uni.lu/?page_id=5949)

tratamento da toxicodependência. Barcelona dispõe de 15 CAS - *centres d'atenció i seguiment*<sup>22</sup>- com espaços de consumo supervisionado. Existe alguma literatura sobre investigações realizadas (Folcha et al, 2018).

Muitas salas têm histórias associadas, como a de Liège<sup>23</sup>, em que num quadro jurídico e político federal adverso, em 2018, a cidade procedeu à abertura de um DCR, 1 mês antes das eleições locais (o mayor foi reeleito).

Porque estamos a pretender compreender a realidade global, nestas referências a casos concreto, o último que apontamos é o **Sydney Medically Supervised Injecting Centre** (MSIC), o primeiro DCR da Austrália. Administrado pela Uniting Care, uma organização cristã não governamental que administra vários serviços comunitários no estado de New South Wales, o MSIC abriu as portas em maio de 2001, por um período experimental de 18 meses.

Para poder funcionar, o projeto teve de ter uma emenda à Lei de Uso Indevido e Tráfico de Drogas, que foi prorrogada três vezes. Em outubro de 2010, o Parlamento de New South Wales aprovou legislação para tornar o MSIC um serviço de saúde legítimo, sem necessidade de uma lei do Parlamento a cada quatro anos para continuar a funcionar. Também em 2010, o National Drug Strategy Household Survey mostrou que a maioria dos australianos apoiava

os DCRs (Schatz & Nougier, 2012, p. 7-8). Victoria abriu um local de injeção supervisionado em Melbourne em 2018 com caráter experimental; em 2020, o projeto foi estendido por mais três anos.

Existem várias análises publicadas, como a de 62 instalações de salas de consumo em sete países europeus que evidenciou a prestação de diversos serviços de apoio (Woods, 2014) - fornecem material de injeção limpo e aconselhamento em matéria de educação para a saúde e de encaminham para tratamento e outros tipos de assistência; 60 a 70% das instalações permitem aceder a cuidados de saúde primários, prestados por enfermeiros ou médicos. Entre os serviços frequentemente fornecidos, incluem-se colocação à disposição de café/chá e pão, refeições quentes, duches e lavagem de roupa. O mesmo inquérito apurou a disponibilidade de sete espaços para consumo assistido de droga injetada (variando entre um e 13 espaços individuais) e quatro espaços para fumar/inalar. (Woods, 2014).

Em termos globais, existem **três modelos de salas de consumo** em funcionamento na Europa: instalações integradas, especializadas e móveis (OEDT, 2018)<sup>24</sup>.

Portugal tornou-se o 4.º país europeu a dispor de uma unidade móvel para consumo

<sup>22</sup> Agência de Salut Publica. Cf. <https://www.aspb.cat/arees/drogodependencies/centres-datencio-seguiment-barcelona/>

<sup>23</sup> Smith, P., Favril, L., Delhauteur, D. *et al.* How to overcome political and legal barriers to the implementation of a drug consumption room: an application of the policy agenda framework to the Belgian situation. *Addict Sci Clin Pract* **14**, 40 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0169-x> Até a década de 1960, Liège, tinha prósperas indústrias de mineração e aço. A indústria declinou a partir do final da década de 1970 e a cidade passou por uma crise socioeconómica, com aumento da pobreza e do desemprego em alguns bairros. A crise foi acompanhada por aumento no consumo e tráfico de drogas ilícitas. A posição geográfica da cidade, perto de Maastricht, na Holanda, e de Aachen, na Alemanha, é estratégica em termos de mercado de drogas. Em 2013, entre 352 e 470 pessoas que injetavam drogas compareceram aos balcões de troca de seringas. Em 2016, na região da Valónia (3,5 milhões de habitantes)

no sul da Bélgica, o número de utilizadores de heroína foi estimado em 12.000, incluindo 2.500 injetáveis.

<sup>24</sup> As instalações integradas, como a designação explícita, fazem parte de uma rede de serviços mais ampla, estando incluídas em instalações de atendimento para sem-abrigos já existentes, com área separada, de acesso controlado a um grupo limitado de pessoas, como um de entre outros serviços prestados. As instalações especializadas estão direcionadas ao consumo assistido, localizadas em áreas de maior consumo e próximas de serviços de saúde, incluem o fornecimento de materiais de injeção esterilizados, o aconselhamento sobre cuidados de saúde e práticas de consumo mais seguras, a intervenção em caso de emergências e disponibilização de um espaço onde podem ficar após o consumo (Schäffer, Stöver & Weichert, 2014). As unidades móveis foram desenvolvidas para abordar o consumo de drogas a céu aberto nas proximidades dos locais de venda de drogas, assim como para responder às necessidades de consumidores de grandes cidades.

vigiado, em Lisboa, em junho de 2019. (OEDT, 2018).

Na generalidade, os estudos apontam eficácia comprovada, no que respeita ao estabelecimento e à manutenção do contacto com populações-alvo, o que permite melhorar as condições de higiene e proporcionar um consumo mais seguro a populações de maior vulnerabilidade social, para além dos benefícios mais gerais em matéria de saúde e ordem públicas.

As investigações têm demonstrado que da utilização de salas de consumo tem decorrido diminuição dos comportamentos de risco como a partilha de seringas, maior adesão aos tratamentos de desintoxicação e da toxicodependência, incluindo o tratamento de substituição de opiáceos (OEDT, 2018).

Foi associada a diminuição do consumo público de droga injetada e à redução do número de seringas abandonadas no espaço público, assim como a melhoria dos autocuidados de saúde, diminuição do número de mortes como resultado de overdoses. Verificou-se o não aumento do consumo e da criminalidade, direta ou indiretamente associada a toxicodependência nos locais onde as salas de consumo vigiado foram criadas, zonas de elevado consumo de substâncias. “Na União Europeia e na Noruega, há salas de consumo assistido a operar em 51 cidades, num total de 72 salas em funcionamento” (OEDT, 2020, p. 84).

Em diferentes países, houve diferentes opções - por exemplo, há muito tempo faz parte do conceito holandês DCR gerir instalações pequenas em vários bairros e colocá-las em comum com outros serviços, em vez de uma grande instalação autónoma numa zona central como acontece com o *Medically Supervised Injecting Centre* em Sydney (Dolan et al., 2009).

Há alguma literatura de análise das políticas em países diferentes, como na França (Jauffret-Rouside et al., 2013), na Holanda (van der Poel et al., 2003), Reino Unido e Alemanha (Lloyd et al., 2017), Austrália e Reino Unido

(Zampini, 2014), na Finlândia (Unlu et al., 2021).

O público-alvo tem vindo mudar com as tendências do consumo. Estes espaços foram pensados para consumidores de alto risco que consomem a céu aberto, principalmente heroína – se originalmente criados tendo em vista as drogas injetáveis, o aumento do consumo de droga fumada e inalada tem exigido uma adaptação à nova realidade.

Numa revisão de literatura sobre instalações supervisionadas de consumo de drogas Kennedy et al. (2017) constata que, embora as instalações de consumo supervisionado permaneçam subutilizadas em muitos ambientes em todo o mundo, evidências científicas de alta qualidade sugerem que alcançam efetivamente os seus objetivos primários de saúde pública e ordem sem impactos adversos. No entanto, são necessários mais estudos para entender melhor os impactos potenciais a longo prazo dessas instalações e continuar a investigar inovações em modelos e programação de SCF, incluindo esforços para adaptar às necessidades de subpopulações vulneráveis, a fim de otimizar a eficácia e estender o alcance e a cobertura desta forma de intervenção de redução de danos (Kennedy et al., 2017).

Finalmente, quanto às pessoas e profissionais que estão nas salas de consumo - um inquérito online realizado pela International Network of Drug Consumption Rooms analisou (entre outros dados) as profissões representadas nas salas de consumo - a maioria das equipas incluía enfermeiros (80%) e/ou assistentes sociais (78%), um educador de saúde/*rescue worker* (35%), médicos em quase metade das equipas (46%), psiquiatra (17%), gestor de caso (11%) e o pessoal de segurança num terço das equipas das salas de consumo (Belackova et al., 2017).

Como terão reparado ao longo desta parte os termos que encontramos variam entre Drug Consumption Rooms (DCR), Drug

Consumption Facilities (DCF), Supervised Injection Sites (SIS), Supervised Consumption Services (SCS), Supervised Consumption Facilities (SCFs), Supervised Injection Facilities (SIFs), Salle de Consommation, Local D'injection de Drogues, salas de consumo assistido, salas de consumo vigiado, vulgarmente entre nós, «salas de chuto». As diferenças podem não ser meramente semânticas, dependendo das normas estabelecidas.

Alguns documentos como “Salas de consumo assistido de droga: panorâmica geral da oferta e provas de eficácia” (OEDT, 2017) são elucidativos sobre os propósitos e as intervenções.

Focando-nos agora nas **intervenções**, aparecem organizadas em 4 componentes principais (OEDT, 2020):

- avaliação e admissão – permite determinar a elegibilidade, fornecer informações, fornecer material, colher dados sobre as drogas em uso e determinar as necessidades individuais (desde logo, pela avaliação do estado de saúde da pessoa);
- espaço de consumo assistido - supervisionar o consumo, garantir o cumprimento das regras internas, aconselhamento personalizado sobre práticas de consumo mais seguras, prestação de cuidados de emergência, disponibilizar espaço para o consumo de droga não exposto ao público;
- ligação a outras áreas e aconselhamento - monitorizar os efeitos do consumo de droga, prestar cuidados de saúde primários, fornecer alimentos, vestuário e duches; intervir em situações de crise, disponibilizar programa de distribuição de agulhas e seringas/dispositivos de eliminação segura das agulhas;
- encaminhamento - fornecer informações sobre as opções de tratamento, motivar os utentes a procurarem outros tratamentos, encaminhar para outros serviços, p.ex., desintoxicação, tratamento de substituição, alojamento, assistência social e cuidados de saúde.

Como vimos, tratando-se de populações de difícil acesso, a medida pretende estabelecer contacto, reduzir riscos imediatos relacionados com o consumo de droga, reduzir a morbilidade e a mortalidade, reduzir a perturbação da ordem pública. Até porque o consumidor está sempre inserido num meio, mesmo que excluído ou se autoexclua na comunidade e esta comunidade frequentemente reage a este tipo de iniciativas.

Por isso, é importante previamente analisar como é que aquela comunidade específica reagiria a uma sala de consumo vigiado. Pois que um comportamento social já identificado e estudado é o de NIMBY (*Not in my back yard*) que não se opõe à utilidade da instalação ou do serviço que se possa disponibilizar, mas se opõe à sua localização num local preciso (Sepúlveda et all. 2008, p. 30).

### 3. Questões éticas

Identificamos **quatro tópicos**, que consideramos poderem abranger as problemáticas relativas ao contexto de consumo vigiado.

Anotemos, com Fry e colaboradores (2008), que “as questões morais que surgem na prática da redução de danos e a responsabilidade pela resolução de problemas éticos nesta área são questões para todos nós. A ética não é apenas para os eticistas ou filósofos, assim como a política não é apenas para os políticos ou a saúde apenas para os profissionais de saúde.” (p. 4)

#### 3.1. Aceitabilidade

Esta questão é fulcral e em diversos planos.

O plano da aceitabilidade geral, na sociedade, muito em ligação a quadro jurídico-formal e político. Este plano foi o primeiro, em Portugal, expresso pela legislação de 2001 que referimos na primeira parte. Podem enunciar-se aqui muitos argumentos, utilizados entre nós e em termos internacionais, dos prós e contras, desta medida específica da redução de danos e a forma como a moralidade coletiva se expressa.

O plano da aceitabilidade prévia à instalação do espaço. Do que percebemos, a implementação de um espaço DCR ou SIF teve sempre estudos sobre a aceitabilidade prévia.

Encontrámos várias fontes nesta matéria, de que realçamos:

(1) sobre as atitudes dos utilizadores de drogas endovenosas, nas salas de consumo em Londres <sup>25</sup>, de 2018;

(2) sobre a opinião de profissionais de saúde e consumidores de drogas antes da inauguração da primeira sala de consumo de drogas em Paris <sup>26</sup>, de 2018;

(3) o estudo de inquérito a potenciais clientes e processo participativo antes da abertura de uma sala móvel de consumo de drogas em Lisboa<sup>27</sup>, em 2019; neste artigo foram feitas algumas recomendações, como o envolvimento da sociedade civil, adotar um modelo verdadeiramente centrado nas pessoas, promover um modelo de governação tão horizontal e participativo quanto possível, atualizar a restrição a drogas injetáveis e articular as vantagens de unidade fixa e móvel;

(4) revisão sistemática sobre a coerção dos stakeholders sobre instalações de injeção supervisionada (Lange et al, 2019);

(5) a aceitabilidade de espaços seguros de consumo de drogas entre pessoas que injetam drogas na zona rural da Virgínia Ocidental<sup>28</sup>, de 2019, uma vez que a larga maioria das salas se encontra instalada em contexto urbano;

(6) a disposição para usar salas de consumo de drogas entre pessoas que injetam drogas na Escócia, resultados de uma pesquisa bio-comportamental nacional (Trayner et al, 2021).

Alguns estudos enfatizam que a aceitabilidade da sala de consumo assistido depende em parte da avaliação prévia da opinião das pessoas envolvidas.

Muitos estudos prospectivos testaram, avaliaram e validaram a DCR - e mostraram vários benefícios para a saúde pública. Embora a opinião pública seja mista (ou ambivalente) e se tenham visto mudanças de atitudes ao longo do tempo, é relevante o ambiente social onde é

<sup>25</sup> Butler, Georgia; Chapman, Dita; Terry, Philip (2018). Attitudes of intravenous drug users in London towards the provision of drug consumption rooms. *Education, Prevention & Policy*. 25 (1), pp. 31-37. <https://doi.org/10.1080/09687637.2016.1252316>. A larga maioria (89%) manifestou vontade de usar DCR e aceitou a necessidade de regras - não compartilhamento de drogas (84,3%), nenhuma assistência na injeção (81,8%), supervisão obrigatória (76,7%) e lavagem obrigatória das mãos (92,1 %) - mesmo numa amostra que a maioria não era sem-abrigo.

<sup>26</sup> Cleirec, Grégoire et al (2018). Opinion of health professionals and drug users before the forthcoming opening of the first drug consumption room in Paris: a quantitative cross-sectional study *Harm Reduction Journal*, 15:53 <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0260-8> Este estudo mostrou que pouco antes da abertura do primeiro DCR francês em Paris, os profissionais de saúde, de redução de danos e os utilizadores de drogas pensaram que o DCR teria um impacto positivo, aumentando o comportamento de redução de danos, um impacto positivo em sua saúde geral e impacto não negativo em termos de aumento do uso de drogas. A opinião de todos os profissionais de saúde era significativamente melhor se eles tivessem experiência na área da toxicodependência.

<sup>27</sup> Taylor, Hannah; Curado, Adriana; Tavares, Joana; Oliveira, Miguel; Gautier, Diana; Maria, João Santa (2019). Prospective client survey and participatory process ahead of opening a mobile drug consumption

room in Lisbon. *Harm Reduction Journal*, 16 (1). (Complementary Index) os resultados revelaram que existia um alto nível de disposição para utilizar a sala de consumo assistido (89%), principalmente por razões de higiene (100%), privacidade e segurança (89%). Este artigo é prévio à abertura da primeira sala móvel de consumo de drogas de Portugal, em Lisboa (em 2017) para determinar as necessidades existentes e adequar a intervenção. Este artigo evidencia que os utilizadores são uma população com mais de 40 anos, de grande vulnerabilidade (pobreza e exclusão social), mais frequentemente consomem crack, cocaína e heroína, sendo preocupante a partilha de material. 60% dos que vivem com HIV e 74% dos que têm hepatite C não recebem cuidados de saúde.

<sup>28</sup> Allison O'Rourke, Rebecca Hamilton White, Ju Nyeong Park, Kayla Rodriguez, Michael E. Kilkenny, Susan G. Sherman & Sean T. Allen (2019). Acceptability of safe drug consumption spaces among people who inject drugs in rural West Virginia. *Harm Reduction Journal* volume 16, Article number: 51 (2019) <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0320-8> A maioria dos estudos reportam a zonas urbanas e entre os resultados, constata-se a elevada aceitabilidade, provavelmente associada a dificuldades significativas para implementar estratégias de resposta (por exemplo, tratamento assistido por medicamentos, programas de troca de seringas) e comportamentos e políticas estigmatizantes.

implementado, especialmente a aceitação social pela vizinhança.

Portanto, pensando em termos éticos, lendo estes estudos, emerge a questão da moralidade coletiva, da aceitabilidade da comunidade como fator-chave para a decisão política e técnica. Mas não será apenas a aceitabilidade social, e consideraremos, em separado, o plano da aceitabilidade profissional.

### 3.2. Compreensão da ética de minimização de danos

Existem bastantes estudos de implementação e utilização das salas de consumo. Desde logo, do mais monitorizado InSite mas também estudos de cohorte e longitudinais. Elencamos alguns que consideramos especialmente relevantes para a nossa abordagem:

(1) 'People Knew They Could Come Here to Get Help', um estudo etnográfico das práticas numa sala de consumo supervisionada por pares, no ambiente da British Columbia, Canadá (McNeil et al, 2014);

(2) sobre as salas de consumo de drogas como um cenário para lidar com a hepatite C - resultados de uma pesquisa online internacional (Belackova et al, 2018);

(3) uma revisão sistemática das metodologias de avaliação das salas de consumo, com a particular relevância de identificar forças e limitações dos estudos prospetivos, de dados individuais, ecológicos, modelação económica e estatística dos SIFs (Belackova et al, 2019);

(4) sobre o impacto das salas de consumo de drogas nas práticas de risco e no acesso a cuidados em pessoas que injetam drogas na França: o protocolo de estudo de coorte prospetivo COSINUS (Auriacombe et al, 2019);

(5) um artigo, sobre o primeiro ano de implementação da sala de consumo assistido em Lisboa (Pinto de Oliveira et al, 2020).

Assim, perguntamos pelas evidências, pois a reflexão ética não só não dispensa como

requer evidências de suporte à decisão. Mas, em bom rigor, não são assim tão evidentes publicações de reflexões éticas.

Dito de outra forma, existe extensa literatura científica sobre a eficácia dos programas de redução de danos, tendo sido mais negligenciada a abordagem ética em torno desses programas. Para este foco, recorreremos centralmente aos textos de John Kleinig e de Laura Verraier.

Aportamos aqui a análise da ética da redução de dano (Kleinig, 2008) definindo a minimização de danos dentro do ambiente das drogas numa estrutura mais ampla de práticas de minimização de danos e explora quatro desafios éticos para as estratégias de redução de danos. Para dar conta da sequência argumentativa, que nos parece relevante, anotamos:

(1) A redução de danos, na generalidade, refere-se a políticas públicas, envolvendo o uso ou gasto de recursos públicos e, como normalmente deveria ser o caso, está apropriadamente sujeito ao escrutínio público. Os recursos necessários podem variar de programas educacionais (como campanhas dirigidas) a conduta legalmente obrigatórias (como foi a promulgação e aplicação da lei relativa ao uso do cinto de segurança).

(2) A redução de danos visa diminuir a quantidade de danos arriscados e, em última instância causados, por certas práticas que, na generalidade, são socialmente contestadas ou contestáveis. Ou seja, o comportamento prejudicial ou arriscado que gera políticas de redução de danos é potencialmente objeto de desfavor social significativo.

(3) Alguns autores argumentam (e é apresentado como parte do conceito bem como uma virtude da redução de danos) que se trata de uma abordagem ética neutra em termos de valor para comportamentos socialmente contestados. Erickson et al. afirmam que a redução de danos adota uma abordagem de valor neutro tanto para o uso

de drogas quanto para os utilizadores de drogas.

Nesta matéria, juntamo-nos a Kleinig, e entendemos difícil manter valores morais à margem. Por isso, será importante aprofundar o que se entende por neutralidade ética ou de valores na redução de danos.

No artigo de Kleinig, a reivindicação de neutralidade pode significar várias coisas. Recomendando a leitura do texto, evocamos dois argumentos que nos parecem especialmente pertinentes.

Pode pensar-se que a redução de danos é uma estratégia puramente tecnocrática - ou seja, as políticas de redução de danos concentram-se exclusivamente em fornecer um meio eficaz de garantir um fim pretendido.

“Assim como os martelos são eficazes para martelar pregos, a distribuição de agulhas e seringas e a obrigatoriedade do uso de cintos de segurança reduzem efetivamente a transmissão de VIH e a gravidade dos ferimentos em acidentes de veículos, respectivamente. Essas políticas não fazem julgamentos sobre os meios ou os fins, além dos relativos à eficácia dos meios para garantir os fins.” (Kleinig, 2008, p.5).

Em contra-argumento, no nível mais geral, sempre que agimos de uma forma que implique os interesses ou o bem-estar de outros, a nossa atividade terá significado moral ou ético, que suportam as nossas interações mais comuns. Reparemos que se existe um dano a ser minimizado, isso é uma coisa boa, e a própria eficácia constitui um elemento que estamos a valorizar. Portanto, as políticas de redução de danos não são realmente neutras em termos de valores. O que provavelmente se quis dizer com a ideia de «neutralidade» é que a redução de danos não envolve um juízo ético sobre o comportamento que causa ou arrisca danos. Por isso, e isso é claro nos nossos documentos nacionais, a redução de danos é uma estratégia pragmática que se pode complementar com argumentos éticos e morais.

Vejamos: o benefício das estratégias de redução de danos não está condicionado à abstinência dos comportamentos, ou seja, não se exige o abandono do comportamento de risco como condição para beneficiar das medidas de redução de danos. E isto, por si só, requer uma suspensão de juízo.

Em Portugal, decidimos há vinte anos e reiterámos essa decisão, que é melhor ter (do que não ter) uma política de redução de danos. Como afirma Kleinig,

“uma coisa é argumentar que a redução de danos constitui uma estratégia social eticamente legítima. Outra é determinar quais estratégias de redução de danos são eticamente legítimas. Obviamente, as estratégias de redução de danos precisam de ser baseadas em evidências; isto é, precisamos de ter boas razões para acreditar que serão suficientemente efetivas para valer a pena implementá-las.”<sup>29</sup>

O que nos faz regressar ao foco das salas de consumo de drogas, enquanto medida específica de redução de danos.

Laura Vearrier entende que «a redução de danos é fundamentalmente rica em valores e é guiada pela ética clínica e pela ética da saúde pública» (2019, p. 121) e analisou o valor da redução de danos para o uso de drogas injetáveis nestas duas perspetivas.

Porque, assim o considera, a ética clínica centra-se no cuidado de doentes e a ética da saúde pública foca-se na saúde das populações - a redução de danos centra-se nas pessoas que usam drogas, bem como na melhoria da saúde geral das comunidades e populações.

Vearrier ancora-se no modelo principialista de Beauchamp e Childress, ou seja, nos princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Reconhecendo que, quando estamos no contexto de dependência,

“o uso de drogas é compulsivo e a autonomia é limitada. Promover a autonomia é considerado um elemento crucial no tratamento – o primeiro passo para fomentar essa autonomia é não impor programas de tratamento de drogas ou abstinência.

<sup>29</sup> Tradução livre de “It is one thing to argue that harm reduction constitutes an ethically legitimate social strategy. It is another to determine which harm reduction strategies are ethically legitimate. Obviously,

harm reduction strategies need to be evidence based; that is, we need to have good reason to believe that they will be effective enough to make them worth implementing.” Kleinig, 2008, p. 12.



A redução de danos oferece tratamento a pessoas que não estão prontas ou não desejam parar de usar drogas. Do ponto de vista da ética clínica, é paternalista forçar a abstinência de drogas.” (Verraier, 2019, p.124).<sup>30</sup>

Entende que os SIF (Supervised Injecting Facilities) são espaços regulados que servem de refúgio de cenas de ruas, violência e exposição, alertando para a especial vulnerabilidade das mulheres; também funcionam como uma porta de entrada para o sistema de saúde – os profissionais fornecem cuidados básicos e identificam condições que precisam de cuidados adicionais (Verraier, 2019, 133).

Como sabemos, o uso de drogas está há muito associado a preocupações morais e não é de surpreender que as práticas de redução de danos tenham sido criticadas como “antiéticas” e, por extensão, inconsistentes com a prática ética dos profissionais de saúde, sendo destacado na sua difusão o papel dos *media* (Atkinson et al, 2019).

Todavia, este conjunto de medidas têm como objetivo limitar os efeitos do consumo, social e individual negativos. Trata-se de uma abordagem pragmática e

“o pragmatismo não pergunta se o comportamento é certo ou errado, mas parte da premissa de que algumas pessoas sempre usaram substâncias e continuarão a fazê-lo e portanto, aceitar esse comportamento e outros potencialmente prejudiciais ocorrem — como um facto de vida. No entanto, ao invés de rotular as pessoas permite colocar a questão — o que podemos fazer para reduzir as consequências prejudiciais para os indivíduos? — O pragmatismo desta nova aproximação ao fenómeno do consumo de drogas pretende, portanto, ultrapassar os critérios morais e não científicos responsáveis pela definição arbitrária daquilo que pode ou não ser um comportamento aceitável.” (Costa, 2001, p.54).

Posto isto, a professada neutralidade de valor pode ter a vantagem de ser vista como suspensiva na arena do debate sobre as drogas, mas não nos parece, de todo, a única adequada. Talvez a questão central seja a mais simples de todas: temos uma obrigação ética de reconhecer a dignidade humana de todas as pessoas, e todas, inclui as pessoas que consomem drogas. Por isso, a redução de danos assume uma perspectiva humanitária (Stoljar, 2020).

“Uma abordagem de redução de danos aplica-se não apenas aos danos causados pelo uso de substâncias, mas também aos danos sociais que afetam a saúde e o bem-estar. Acreditamos que todas as pessoas, independentemente da sua situação ou escolha, são dignas e merecem o nosso cuidado.” (Alberta Health Services, p.1) <sup>31</sup>

### 3.3. Integração no escopo da profissão

A Canadian Nurses Association atualizou, em 2017, um *paper* sobre “Harm reduction & illicit substance use. Implications for nursing”.

Explicitam o entendimento que a “redução de danos refere-se a políticas, programas e práticas que visam principalmente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas psicoativas legais e ilegais, sem necessariamente reduzir o consumo de drogas.

A redução de danos beneficia as pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade” (CNA, 2017, p. 15).

Em consequência, consideram que os valores da redução de danos são consistentes com os valores do *Code of Ethics for Registered Nurses* — “especificamente, os valores de enfermagem relacionados com a prestação de cuidados seguros, éticos, compassivos e competentes; a promoção da saúde e do bem-estar;

<sup>30</sup> Tradução livre de “In the context of addiction, drug use is compulsive and autonomy is limited. Fostering autonomy is considered a crucial element in treating addiction. The first step in fostering this autonomy is to not mandate drug treatment programs or abstinence. Harm reduction provides treatment to persons who are not ready or willing to stop using illicit drugs. From a clinical ethics perspective, while drug addiction is not ideal, it is paternalistic to force abstinence from illicit drugs. Similar to treatment for other medical

conditions, persons may engage in harm reduction modalities that reflect their health goals.” P. 124

<sup>31</sup> «A harm reduction approach applies not only to harm due to substance use, but also social harms that impact health and well-being. We believe that all people, regardless of their situation or choices, are worthy and deserving of our care.» In Alberta Health Services. Ethics & Harm Reduction Policy. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hrs/if-hrs-ethics-and-harm-reduction.pdf>



a promoção e o respeito pela tomada de decisão informada; a preservação da dignidade; e a promoção da justiça.” (CNA, 2017, p. 16). Neste documento, que também se constitui como um recurso de estudos e evidências, apontaram as críticas mais habituais da redução de danos: (1) mantém os “viciados” presos, (2) não consegue tirar as pessoas de substâncias ilícitas, (3) incentiva o uso de substâncias, (4) envia a mensagem errada, (5) não incentiva a responsabilidade pessoal (CNA, 2017, p. 46).

As três primeiras críticas destacam a tensão entre as abordagens baseadas na abstinência, que procuram prevenir ou interromper o uso de substâncias, e a redução de danos, que procura reduzir os danos associados ao uso de substâncias. Referem evidências que os programas de tratamento de substâncias que exigiam abstinência para a entrada (ou seja, programas de tratamento de limiar alto e médio) alcançaram apenas 20% das pessoas que usam ativamente substâncias. A programação de redução de danos é projetada para atingir os outros 80% e as estratégias de redução de danos podem ser vistas como parte de um continuum de estratégias de prevenção e tratamento. Quanto à crítica que a redução de danos não incentiva a responsabilidade pessoal pelo uso de substâncias, consideram que entender a incapacidade de interromper o uso de substâncias como um fracasso pessoal não tem em conta os fatores sociais ou estruturais (por exemplo, pobreza, violência e abuso) que moldam o uso de substâncias. (CNA, 2017, p. 46-48).

Os enfermeiros reconhecem que a responsabilidade pessoal é contextualizada por situações de vida. De acordo com o código de ética da CNA (2008), os RNs devem estar comprometidos com a eliminação das iniquidades sociais. O código reconhece a importância da advocacia para mudar as

condições sociais que afetam a saúde, como pobreza, violência e insegurança alimentar, e para mudar as políticas que exacerbam desigualdades, como as políticas de drogas que criminalizam o uso de substâncias. (CNA, 2017, p.47)<sup>32</sup>

O que apreciamos no documento é exatamente o enquadramento, suportado em evidências, no escopo profissional e no Código de Ética. Se a redução de danos é consistente com os padrões aceites para a prática de Enfermagem no Canadá, conforme estabelecido pelo College of Registered Nurses de British Columbia e a Canadian Nurses Association, como vemos este enquadramento em Portugal?

Importa refletir, debater e estruturar como se integra o escopo da prática profissional em Portugal, com que formulação e intervenções. Esta matéria, por tentadora que seja de analisar, em bom rigor cabe à associação profissional de direito público, a Ordem dos Enfermeiros. Por isso, considerem o entendimento seguinte como contributo para a reflexão.

**O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros** (REPE, publicado em 1996) e o **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros** (EOE, publicado em 1998 e com segunda alteração publicada em 2015) são os documentos referenciais.

A estes dois documentos fundadores da autoregulação, adicionam-se as tomadas de posição, os pareceres, os Guias de Orientação de Boas Práticas, entre outros, emadas pela Ordem. Algumas especificidades podem ser reguladas assim, como aconteceu com a primeira tomada de posição sobre os enfermeiros circulantes. Existem situações em que a intervenção se ajustou às necessidades e às políticas, com a devida segurança formal –

<sup>32</sup> Tradução livre de “Nurses recognize that personal responsibility is contextualized by life situations. According to the CNA code of ethics (2008), RNs should be committed to eliminating social inequities. The code recognizes the importance of advocacy to

change the social conditions that affect health, such as poverty, violence and food insecurity, and to change policies that exacerbate inequities, such as drug policies that criminalize substance use.” (CAN, 2017, p. 47)

como foi o clássico caso do papel dos enfermeiros na triagem de Manchester.

Consideremos também os perfis de competências que existem, plasmados em regulamentos - de enfermeiros de cuidados gerais, comuns dos enfermeiros especialistas, específicas de cada área de especialidade, competências acrescidas diferenciadas e acrescidas avançadas. – bem como os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (tanto gerais como os das seis especialidades).

A auto-regulação portuguesa determinou, por exemplo, que o escopo de atividades e de delegação não seja constituído por listas, com limites e condições, como acontece, por exemplo, no escopo dos RNs do Canadá <sup>33</sup>.

Em Portugal, de acordo com o REPE, as intervenções de Enfermagem podem ser autónomas ou interdependentes, sendo relativamente fácil perceber que a diferença advém do prescritor da atividade – são autónomas “as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais”, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem (artigo 9º, nº 2); são interdependentes “as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (artigo 9º, nº 3).

O REPE determina que “os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Artigo 8º, nº 1).

A **deontologia profissional** ocupa 19 artigos do Estatuto da Ordem, que podemos dividir em duas partes – os artigos relativos ao âmbito (disposições gerais, artigo 95), direitos dos enfermeiros (artigo 96), deveres gerais (artigo 97) e incompatibilidades (artigo 98) e o articulado do código deontológico (do artigo 99 ao 103).

Veja-se que no artigo 99, se enunciam os princípios e valores – por isso, pode ser considerado «artigo ético» da deontologia. Afirma-se que “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” bem como os “princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.”

Salientamos, para esta reflexão específica, a responsabilidade, decorrente do papel assumido perante a sociedade, que releva o mandato social bem como o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários de cuidados. Como vimos, a redução de danos tanto é um conjunto de estratégias destinadas a reduzir as consequências negativas associadas ao uso de drogas como é um apelo à justiça social baseada no respeito pela dignidade e direitos das pessoas que usam drogas.

A nossa deontologia não coloca circunscrições ou contextos de prática - aponta deveres. E temos o dever de “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (alínea a) artigo 102), de “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (alínea e) artigo 102) e de “respeitar e fazer respeitar as opções

<sup>33</sup> British Columbia College of Nurses and Midwives (BCCNM). As a health regulator, our legal obligation is to protect the public through the regulation of five distinct professions — licensed practical nurses, midwives, nurse practitioners, registered nurses, and registered psychiatric nurses. Regulation helps protect

the public by ensuring registrants provide care that is safe, competent, ethical, and meets the standards the college sets.  
<https://www.bccnm.ca/RN/ProfessionalStandards/Pages/Default.aspx>

políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos” (alínea f) artigo 102).

Anotemos ainda o **enquadramento concetual** da Ordem dos Enfermeiros

- a Pessoa é entendida como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”<sup>34</sup>;

e quanto aos Cuidados de Enfermagem, entende-se que “no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem”<sup>35</sup>.

Nos **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**, o terceiro enunciado descritivo é relativo a prevenção de complicações: «Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes » (OE, 2001, p.15).

Nos **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**, poderá aplicar-se o enunciado relativo à redução do Estigma e a promoção da inclusão social.

Por último, importa-nos clarificar algumas preocupações éticas com o *staff* nas salas de consumo – os enfermeiros assumem o papel de

agentes de informação em saúde, de garantia do cumprimento das normas e testemunhas do ato de consumo.

A colocação neste contexto tem necessariamente de ser voluntária, por adesão aos princípios da medida de redução de danos. E importa que seja preparada, do ponto de vista da formação científica, técnica e humana, sendo nosso entendimento que é exigível que os enfermeiros tenham supervisão clínica.

A este respeito, anotamos que a *International Society of Substance Abuse Professionals*, definiu um «Code of Ethics - Ethical Principles for working in the substance use prevention and treatment field»<sup>36</sup> - em que incluiu a supervisão, seja ou não fornecida essa possibilidade pelo empregador.

#### 3.4. Formulação de standards e guidelines

Num artigo que já referimos (Solai et al, 2006) sobre reflexões éticas emergentes durante a atividade de uma instalação de baixo limiar com sala de consumo de drogas supervisionada em Genebra, com background do Quai 9<sup>37</sup>, foi analisada a questão do cumprimento das regras de acesso bem como os comportamentos proibidos nas instalações.

Estas proibições geralmente incluem injeção assistida<sup>38</sup>, tráfico de droga, partilha de drogas, comportamento agressivo e consumo de álcool. Também existem comportamentos obrigatórios – por exemplo, cumprir as diretrizes sobre higiene (por exemplo, lavagem

<sup>34</sup> Ordem dos Enfermeiros (2001). Enquadramento concetual e enunciados descritivos. p. 4.

<sup>35</sup> Idem, p. 11.

<sup>36</sup> <https://www.issup.net/about-issup/membership/code-ethics>

<sup>37</sup> O Quai 9 está aberto 7 horas por dia com seis locais para injeção. Os 12 membros da equipe incluem enfermeiras e assistentes sociais em igual número. Quatro colegas de trabalho estão sempre presentes. Na primeira visita, novos utilizadores preenchem um formulário anónimo, estruturado, de avaliação. Apenas adultos (com idade ≥18 anos). As regras proíbem o tráfico de drogas e violência nas instalações ou arredores imediatos. Os utilizadores devem lavar as mãos antes de injetar, preparar e usar apenas sua (s)

própria (s) substância (s). É permitida apenas uma injeção por visita. A injeção no rosto ou nos genitais é proibida e uso de outros locais de alto risco (pescoço, axila, mão e virilha) é desencorajado. No local, cartazes lembram as regras. Quebrar as regras pode resultar em sanções tais como proibição de uso da sala de injeção por um ou vários dias.

<sup>38</sup> A injeção assistida por pares é permitida em Genebra e injeção assistida por profissionais pode ocorrer em Barcelona - Cf. Anoro, Ilundain, & Santisteban (2003). Barcelona's Safer Injection Facility-EVA: A Harm Reduction Program Lacking Official Support. *Journal of Drug Issues*, 33(3), pp. 689-711. <https://doi.org/10.1177/002204260303300309>

das mãos) e práticas de injeção (por exemplo, proibição de injeção no pescoço e virilha <sup>39</sup>).

Houve questões éticas que surgiram dentro da equipa tanto na supervisão do uso de drogas quanto na aplicação das regras. A opinião da maioria foi que definir muitos limites estaria em conflito com uma estrutura com acesso e requisitos de baixo limiar. Discutiram as situações difíceis em reuniões de equipa e as divergências foram tratadas usando os objetivos expressos e a filosofia do Quai 9 como o ponto de referência para reflexão. Quando persistiram pontos de vista conflitantes, teve que ser adotada uma posição de consenso.

A redução de danos é uma filosofia que permite que os enfermeiros trabalhem com os utilizadores de drogas "onde eles estão". É um elemento essencial do *continuum* de prevenção, cuidado e tratamento e um componente integral da saúde mental e prestação de cuidados de saúde primários.

Num artigo onde se defende um consenso internacional sobre o papel dos enfermeiros nas salas de consumo assistido (Gagnon et al., 2019), reconhece-se que o contexto de cuidados é imprevisível, complexo e dinâmico e são apresentados cinco tópicos de consenso – a filosofia do cuidado, o enquadramento ético deontológico da profissão, o papel do enfermeiro, as competências requeridas para o exercício, e as necessidades dos enfermeiros.

Num parecer do InstNSA, considera-se que “as potenciais intervenções num contexto como as salas de consumo assistido são complexas e variadas, tais como: triagem (consulta de enfermagem), suporte avançado de vida (SAV), administração de terapêutica, tratamento de feridas simples e complexas, intervenção na crise, educação para a saúde, aconselhamento, promoção da saúde (vacinação, cessação tabágica, educação sexual, contraceção, nutrição), gestão do

tratamento de comorbilidades, referenciação e realização de rastreios de saúde (Gagnon et al., 2019).

Estes autores referem da necessidade de ser assegurado um contexto de prática segura com protocolos de actuação, material para realizar testes de segurança das substâncias, equipamento médico e equipamento para tratamento de feridas. Abordam da necessidade de existir uma organização de suporte, com uma equipa multidisciplinar, e um local seguro de trabalho (protocolos de segurança, botão de pânico) e de qualidade (ventilação adequada, com luminosidade adequada para prática segura) e com uma quantidade de pessoal adequada (proporcionar férias, processos de formação, rotação de pessoal adequada). (InstNSA Portugal, 2020, p. 3)

Diríamos que este quarto tópico é mesmo muito necessário, de forma a circunstanciar e situar o contexto específico de sala de consumo vigiado. Orientações como se tem verificado noutros países, em que são definidos, além das regras de funcionamento, standards de atuação, guidelines e, até, toolkits.

Ou seja, delimitam-se as intervenções, assentando nas evidências e clarificando o escopo de ação e processos de decisão.

Neste sentido, atualmente, podemos atentar ao

*Harm reduction & illicit substance use. Implications for nursing* da Canadian Nurses Association (2020),

*Implementing Supervised Injection Services, Best Practice Guidelines*, da Registered Nurses' Association of Ontario (2018) bem como ao

*Supervised Consumption Services. Operational Guidance* do British Columbia Centre on Substance Use (2017), que inclui protocolos (para a gestão da crise, para a recusa de serviço, para os novos utilizadores, face a overdose, bem como o formulário de informação e consentimento).

<sup>39</sup> Sobre o assunto, Cf. Miller, P. G., Lintzeris, N., & Forzisi, L. (2008). Is groin injecting an ethical boundary for harm reduction?. The International

journal on drug policy, 19(6), 486–491.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.10.001>

Pensamos que o documento do IntNSA “Reflexão sobre funcionamento das Salas de Consumo assistido / seguro, com pessoas consumidoras de drogas: Intervenção de enfermagem - funções e responsabilidades” é um bom ponto de partida. E estudar o que tem sido feito noutros países, acompanhar os resultados, também não é dispiciendo.

## Conclusões

O contexto do consumo vigiado enquadra-se num programa previsto no decreto-lei nº 103/2001 e insere-se como resposta na política de redução de riscos e minimização de danos.

Na sua formulação inicial, constitui resposta a problemas de saúde e ordem pública ligados ao consumo a céu aberto e aos mercados de droga em cidades que já disponham de rede de serviços para os toxicodependentes. Requer avaliação das necessidades existentes a esse nível e é determinada pelas decisões tomadas a nível municipal ou regional. Tem condições de acesso estabelecidas, critérios de elegibilidade dos utilizadores, e normas de funcionamento regulamentadas. Portanto, não é, de todo, o que se poderia chamar «uma resposta de primeira linha».

Existe abundante avaliação científica e, em tempos mais recentes, de análises éticas. E se discutimos a neutralidade de valor, tal como é apresentada, não restam dúvidas sobre o entendimento ético da dignidade humana e de, num *continuum*, dedicar atenção e cuidado a grupos mais vulneráveis e habitualmente mais à margem. Ainda assim, e tal como ocorre com a implementação da medida, é mandatário que exista análise concreta nacional, da aceitabilidade e adequação ao quadro formal e deontológico, bem como aos papéis, perfis de competências e suporte aos enfermeiros que exerçam atividade no contexto de salas de consumo vigiado. Até porque só com processo progressivo e monitorizado, se pode realmente avaliar e, se necessário, corrigir e melhorar nas etapas seguintes. Vale a pena ir devagar e com segurança.

## Bibliografia

- Alberta Health Services. Ethics & Harm Reduction Policy. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hrs/if-hrs-ethics-and-harm-reduction.pdf>
- Anoro, I. & Santisteban (2003). Barcelona's Safer Injection Facility-EVA: a Harm Reduction Program lacking official support. *Journal of Drug Issues*, 33(3), 689-711. <https://doi.org/10.1177/002204260303300309>
- Atkinson, A. M., McAuley, A., Trayner, K., & Sumnall, H. R. (2019). 'We are still obsessed by this idea of abstinence': A critical analysis of UK news media representations of proposals to introduce drug consumption rooms in Glasgow, UK. *The International journal on drug policy*, 68, 62-74. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.03.010>
- Auriacombe M, Roux P, Briand Madrid L and the Cosinus study group., et al (2019). Impact of drug consumption rooms on risk practices and access to care in people who inject drugs in France: the COSINUS prospective cohort study protocol. *BMJ Open*, 9:e023683. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023683>
- Barbosa, J. (2009). A emergência da redução de danos em Portugal: da «clandestinidade» à legitimação política. *Revista Toxicodependências* 15 (1), 33-42. [http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD\\_Artigos/Attachments/457/Toxico\\_N1\\_2009\\_3.pdf](http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/457/Toxico_N1_2009_3.pdf)
- Belackova, V., et al. (2017). Online census of Drug Consumption Rooms (DCRs) as a setting to address HCV: current practice and future capacity. Amsterdam: International Network of Drug Consumption Rooms. [http://www.drugconsumptionroom-international.org/images/survey\\_2017/INDCR\\_report.pdf](http://www.drugconsumptionroom-international.org/images/survey_2017/INDCR_report.pdf)
- Belackova, V., Salmon, A. M., Schatz, E., & Jauncey, M. (2018). Drug consumption rooms (DCRs) as a setting to address hepatitis C - findings from an international online survey. *Hepatology, medicine and policy*, 3, 9. <https://doi.org/10.1186/s41124-018-0035-6>
- Belackova, V., Salmon, A. M., Day, C. A., Ritter, A., Shanahan, M., Hedrich, D., Kerr, T., & Jauncey, M. (2019). Drug consumption rooms: A systematic review of evaluation methodologies. *Drug and alcohol review*, 38(4), 406-422. <https://doi.org/10.1111/dar.12919>
- Butler, G.; Chapman, D. & Terry, P. (2018). Attitudes of intravenous drug users in London towards the provision of drug consumption rooms. *Education, Prevention & Policy*, 25 (1), 31-37. <https://doi.org/10.1080/09687637.2016.1252316>
- Canadian Nurses Association. (2017). *Harm reduction & illicit substance use*. Implications for nursing. <https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/harm-reduction-and-illicit-substance-use-implications-for-nursing.pdf>
- Carter, A., Miller, P. G., & Hall, W. (2012). The ethics of harm reduction. In R. Pates, & D. Riley (Eds.), *Harm Reduction in Substance Use and High-Risk Behaviour: International Policy and Practice* (pp. 111-123). Wiley-Blackwell.
- Cleirec, G., Fortias, M., Bloch, V. et al. Opinion of health professionals and drug users before the forthcoming opening of the first drug consumption room in Paris: a quantitative cross-sectional study. *Harm Reduct J* 15, 53 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0260-8>
- Costa, E. (2001). Redução de danos: Preconceitos, obstáculos, justificação. *Toxicodependências*, 7 (3), 53-58. <http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Li>



- [sts/SICAD\\_Artigos/Attachments/235/2001\\_03\\_TXT7.pdf](#)
- Csák, R. (2021). The State of Harm Reduction in Western Europe 2020. Harm Reduction International. [https://www.hri.global/files/2021/03/29/HRI\\_Western\\_Europe\\_Final2.pdf](https://www.hri.global/files/2021/03/29/HRI_Western_Europe_Final2.pdf)
- Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho. Aprova o regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos. *Diário da República* n.º 142/2001, Série I-A. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/362393>
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República* n.º 205/1996, Série I-A. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/241564>
- Dolan K., Kimber J., Fry C., McDonald D., Fitzgerald J. & Trautmann F. (2009). Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug and Alcohol Review*; 19(3):337–46. <https://doi.org/10.1080/713659379>
- Dooling, K., & Rachlis, M. (2010). Vancouver's supervised injection facility challenges Canada's drug laws. *CMAJ : Canadian Medical Association journal*, 182 (13), 1440–1444. <https://doi.org/10.1503/cmaj.100032>
- Espanha. Barcelona. Agência de Salut Publica. <https://www.aspb.cat/arees/drogodependencies/centres-datencio-seguiment-barcelona/>
- Folch, C.; Lorente, N.; Majó, X.; Parés-Badell, O.; Roca X.; Brugal, T.; Roux, P. C., Colom, J.; Casabona, J. & REDAN study group (2018) Drug consumption rooms in Catalonia: A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits. *International Journal of Drug Policy* 62, p.24–29.
- Fortson, Rudi & McCulloch, Liz (2018) Evidence and Issues Concerning Drug Consumption Rooms. Queen Mary School of Law Legal Studies Research Paper No. 279/2018. Queen Mary University of London. [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3182568#](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3182568#)
- François, A.; Baudin, M.; C. Mani; B. Broers (2003) Quai 9, espace d'accueil et d'injections pour usagers de drogues à Genève : bilan et réflexions après 18 mois de fonctionnement *Rev Med Suisse* v. 1. 23219. <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2451/23219>
- Fry, C. L., Khoshnood, K., Power, R., & Sharma, M. (2008). Harm reduction ethics: Acknowledging the values and beliefs behind our actions. *International journal on drug policy*, 19(1), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.12.001.p.4>
- Gagnn, M. et all. (2019). International Consensus Statement on the Role of Nurses in Supervised Consumption Sites. *Journal of Mental Health and Addiction Nursing*, 3, 1. <https://doi.org/10.22374/jmhan.v3i1.35>
- Greenwald, G. (2009). Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies. CATO Institute. [https://www.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/greenwald\\_whitepaper.pdf](https://www.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/greenwald_whitepaper.pdf)
- Hedrich, Dagmar (2004). European report on drug consumption rooms. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/european-report-drug-consumption-rooms>
- IAU [Institute D'Aménagement et D'Urbanisme] île-de-France (2018). Salles de consommation à moindre risque Mise en œuvre et impacts. P. 22-23. [https://www.iau-idf.fr/fileadmin/NewEtudes/Etude\\_1647/Rapport\\_SCM\\_R.pdf](https://www.iau-idf.fr/fileadmin/NewEtudes/Etude_1647/Rapport_SCM_R.pdf)
- IntNSA (2020). Reflexão sobre funcionamento das Salas de Consumo assistido / seguro, com pessoas consumidoras de drogas: Intervenção de enfermagem - funções e responsabilidades.
- International Society of Substance Use Professionals. Code of Ethics. <https://www.issup.net/about-issup/membership/code-ethics>
- Ivins, A., Vancouver Area Network of Drug Users, Benoit, C., Kobayashi, K. & Boyd, S. (2019). From risky places to safe spaces: Re-assembling spaces and places in Vancouver's Downtown Eastside, *Health & Place*, 59,102164, <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102164>
- Jauffret-Roustide, M., Pedrono, G., & Beltzer, N. (2013). Supervised consumption rooms: the French Paradox. *The International journal on drug policy*, 24(6), 628–630. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.05.008>
- Joseph Rowntree Foundation (2006). The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms. <https://www.jrf.org.uk/report/drug-consumption-rooms-summary-report-independent-working-group>
- Keane, H. (2003). Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *International Journal of Drug Policy*, 14 (3), p. 227-232. [https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(02\)00151-2](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00151-2)
- Kennedy, M.C., Karamouzian, M. & Kerr, T. Public Health and Public Order Outcomes Associated with Supervised Drug Consumption Facilities: a Systematic Review. *Curr HIV/AIDS Rep* 14, 161–183 (2017). <https://doi.org/10.1007/s11904-017-0363-y>
- Kleinig, J. (2008) The Ethics of Harm Reduction. *Substance Use and Misuse*, 43, 1, p.1-16pEm. <https://doi.org/10.1080/10826080701690680>
- Lange, B., & Bach-Mortensen, A. M. (2019). A systematic review of stakeholder perceptions of supervised injection facilities. *Drug and alcohol dependence*, 197, 299–314. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.006>
- Laqueur, H. (2015). Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal. *Law & Social Inquiry*, 40(3), 746–781. <http://www.jstor.org/stable/24545832>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* n.º 181/2015, I Série. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/70309872>
- Lloyd, C.; Stöver, H.; Zurhold, H. & Hunt, N. (2017) Similar problems, divergent responses: drug consumption room policies in the UK and Germany. *J Subst Use*, 22(1): 66–70. <https://doi.org/10.3109/14659891.2016.1143049>
- Long, Jean (2004) Drug consumption rooms. *Drugnet Ireland*, 11, pp. 13-15. [https://www.drugsandalcohol.ie/11111/1/Drugnet\\_11.pdf](https://www.drugsandalcohol.ie/11111/1/Drugnet_11.pdf)
- McNeil, R., Small, W., Lampkin, H., Shannon, K., & Kerr, T. (2014). "People knew they could come here to get help": an ethnographic study of assisted injection practices at a peer-run 'unsanctioned' supervised drug consumption room in a Canadian setting. *AIDS and behavior*, 18(3), 473–485. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0540-y>
- Mendes, Rafael de Oliveira, Pacheco, Paula Gibin, Nunes, João Pedro Campos Ouro Vian, Crespo, Pedro Salles, & Cruz, Marcelo Santos. (2019). Literature review on the implications of decriminalization for the care of drug users in Portugal and Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 9, p. 3395-3406. Epub September 09, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.27472017>
- Miller, P. G., Lintzeris, N., & Forzisi, L. (2008). Is groin injecting an ethical boundary for harm reduction? *International journal on drug policy*, 19(6), 486–491. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.10.001>

- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT]. (2018). Perspetivas sobre as Drogas. Salas de consumo assistido de droga: Panorâmica geral da oferta e provas de eficácia. [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publication/s/2734/Drug%20consumption%20rooms\\_POD2017\\_PT.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publication/s/2734/Drug%20consumption%20rooms_POD2017_PT.pdf)
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT]. (2020). Relatório Europeu sobre Drogas Tendências e evoluções. [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publication/s/11364/20191724\\_TDAT19001PTN\\_PDF.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publication/s/11364/20191724_TDAT19001PTN_PDF.pdf)
- Öner, M. (2014). An overview of drug consumption rooms. *Human Rights Review*, 8, 87-135. <https://static1.squarespace.com/static/596f8b1ca803bb496e345ac8/t/598e29273e00be660c2cb0b9/1502488873086/f486c-0ef20-6b72a-d295e.pdf>
- O'Rourke, A.; White, R.H.; Park, J.N.; Rodriguez, K.; Kilkenny, M.E.; Sherman, S.G. & Allen, S.T. (2019). Acceptability of safe drug consumption spaces among people who inject drugs in rural West Virginia. *Harm Reduction Journal*, 16, 51 <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0320-8>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Enquadramento concetual e enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 122. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/67590813>
- Pinto de Oliveira, D Gautier, P Nunes, V Correia, A Leite, H Taylor, A Pinto de Oliveira, A Curado, First year of implementation of a drug consumption room in Lisbon: the client's profile, *European Journal of Public Health*, Volume 30, Issue Supplement\_5, September 2020, ckaa166.403, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa166.403>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99 de 26 de maio. Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga. *Diário da República* n.º 122/1999, Série I-B <https://dre.pt/application/file/a/317021>
- Schatz, E. & Nougier, M. (2012). IDPC Briefing Paper - Drug consumption rooms. Evidence and practice. [https://www.drugsandalcohol.ie/17898/1/IDPC-Briefing-Paper\\_Drug-consumption-rooms.pdf](https://www.drugsandalcohol.ie/17898/1/IDPC-Briefing-Paper_Drug-consumption-rooms.pdf)
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (2020). Relatório Anual 2019 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. [http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/169/RA%20DROGAS%20PRINCIPAL\\_19.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/169/RA%20DROGAS%20PRINCIPAL_19.pdf)
- Smith, P., Favril, L., Delhauteur, D. *et al.* How to overcome political and legal barriers to the implementation of a drug consumption room: an application of the policy agenda framework to the Belgian situation. *Addict Sci Clin Pract* 14, 40 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0169-x>
- Solai S; Dubois-Arber F; Benninghoff F; Benaroyo L;(2006). Ethical reflections emerging during the activity of a low threshold facility with supervised drug consumption room in Geneva, Switzerland. *International Journal of Drug Policy*, 17(1): 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.12.008>
- Stoljar, N. (2020) Disgust or Dignity? The Moral Basis of Harm Reduction. *Health Care Analysis* 28, 4, p. 343–351 <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00412-y>
- Taylor, H., Curado, A., Tavares, J. *et al.* (2019). Prospective client survey and participatory process ahead of opening a mobile drug consumption room in Lisbon. *Harm Reduct J* 16, 49. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0319-1>
- Trayner, K., *et al.* (2021). High willingness to use drug consumption rooms among people who inject drugs in Scotland: findings from a national bio-behavioural survey among people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102731>
- Unlu, A., Demiroz, F., Tammi, T., & Hakkarainen, P. (2021). The Complexity of Drug Consumption Room Policy and Progress in Finland. *Contemporary Drug Problems*. <https://doi.org/10.1177/00914509211002542>
- van der Poel, A., Barendregt, C., & van de Mheen, D. (2003). Drug consumption rooms in rotterdam: an explorative description. *European addiction research*, 9(2), 94–100. <https://doi.org/10.1159/000068807>
- Vearrier, L. (2019). The value of harm reduction for injection drug use: A clinical and public health ethics analysis. *Disease-a-Month* 65, p. 119–141. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2018.12.002>
- West Midlands. (2020). Out of Harms Way DCR report. <https://www.westmidlands-pcc.gov.uk/wp-content/uploads/2020/03/Out-of-Harms-Way-DCR-report.pdf?x30523>
- Wood, E., Kerr, T., Small, W., Li, K., Marsh, D. C., Montaner, J. S., & Tyndall, M. W. (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 171(7), 731–734. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040774>
- Woods, S. (2014). Drug Consumption Rooms in Europe: Organisational overview. Amsterdam: European Harm Reduction Network. [http://filesserver.idpc.net/library/dcr\\_in\\_europe-ENGLISH.pdf](http://filesserver.idpc.net/library/dcr_in_europe-ENGLISH.pdf)
- Wright, N. M., & Tompkins, C. N. (2004). Supervised injecting centres. *BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7431), 100–102. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7431.100>
- Zampini G. F. (2014). Governance versus government: drug consumption rooms in Australia and the UK. *The International journal on drug policy*, 25(5), 978–984. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.03.006>

## MEDIA REPORTS

### 1. Campanha Liga Portuguesa Contra o Cancro – “Eu sou... Eu vou...” (fevereiro 2020)



#### IPS inspira mudança de comportamentos contra o cancro

##### Docentes e estudantes de Enfermagem associam-se a mais uma campanha da LPCC

O Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), através da sua Escola Superior de Saúde (ESS/IPS), assinalou o Dia Mundial do Cancro, a 4 de fevereiro, associando-se à campanha "21 dias para a mudança", que está a decorrer até ao próximo dia 12 de fevereiro, promovida pela Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC).

Sob o lema "Eu Sou e Eu Vou", docentes e estudantes da licenciatura em Enfermagem da ESS/IPS assumem-se como agentes de mudança de comportamentos, inspirando a comunidade a realizar pequenas mas significativas ações no sentido de prevenir e reduzir o impacto do cancro junto da população.

A mensagem, que está a ser divulgada através das redes sociais do IPS e da ESS/IPS, pretende lembrar que é essencial falar da doença e saber como preveni-la, inspirando a aprender mais sobre o cancro, os fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento, a refletir sobre como abordar o tema com os outros e apoiar uma pessoa com cancro e a desenvolver hábitos de vida mais saudáveis.

Todos podem ser heróis nesta história. Seja indo ao médico com frequência e fazendo o rastreio, deixando de fumar, mantendo uma alimentação saudável, dando um testemunho de esperança a quem sofre com a doença ou, como futuros profissionais de Enfermagem, garantindo a prestação de cuidados de saúde com dedicação, rigor e zelo.

Até ao final do ano estão ainda previstas ações de prevenção e de sensibilização, por parte de estudantes do curso de licenciatura em Fisioterapia da ESS/IPS, destinadas à comunidade académica e externa. As informações serão divulgadas oportunamente na página da Escola na internet, em [www.ess.ips.pt](http://www.ess.ips.pt).

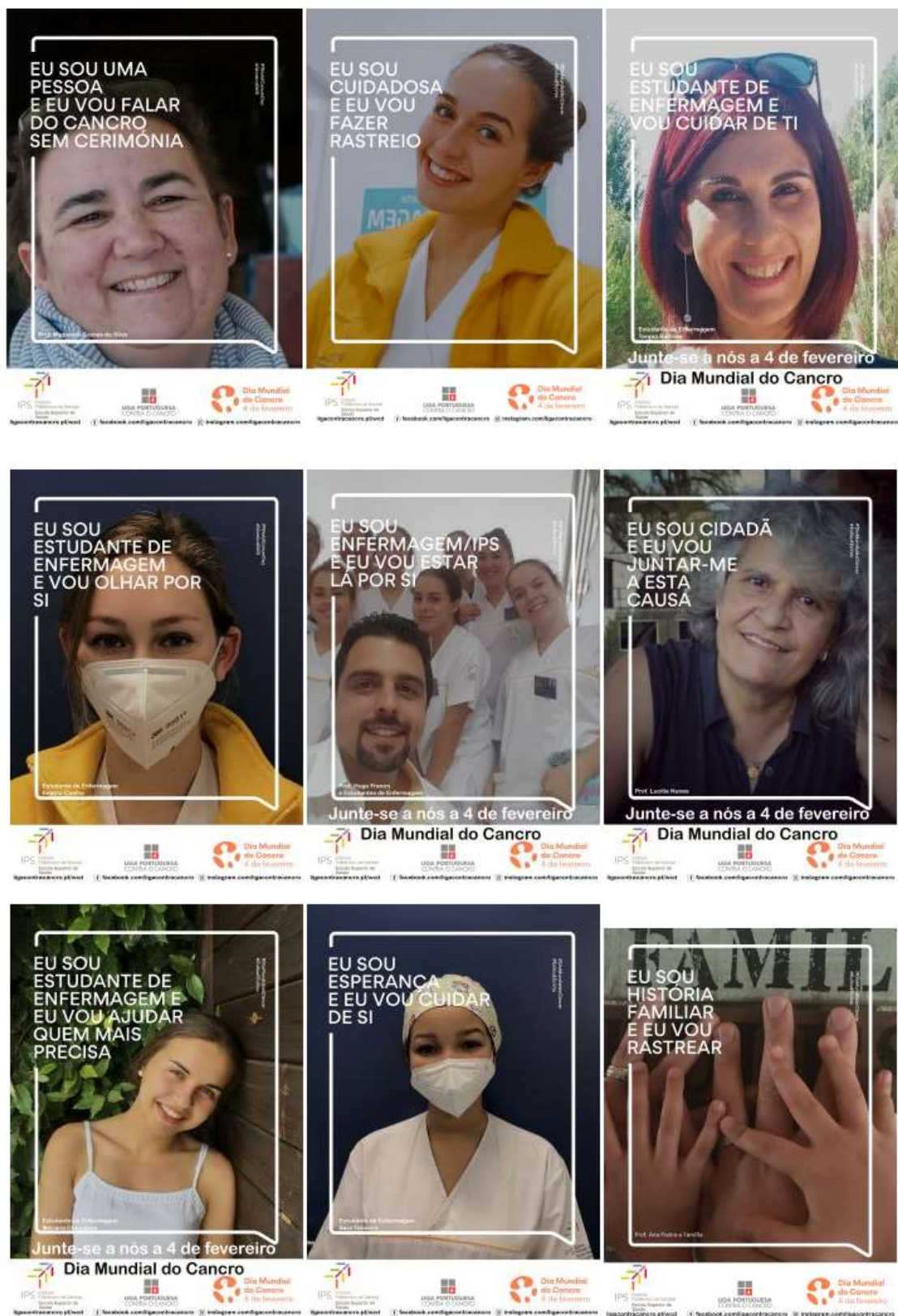
Recorde-se que o cancro é a segunda causa de morte em todo o mundo, sendo que a sua incidência tende a aumentar. Sabe-se, no entanto, que um em cada três cancros pode ser evitado pela redução dos riscos comportamentais.

[https://www.ips.pt/ips\\_si/noticias\\_geral.ver\\_noticia?P\\_NR=7887](https://www.ips.pt/ips_si/noticias_geral.ver_noticia?P_NR=7887)

Participação na Campanha "21 dias para a mudança", promovida pela Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) em fevereiro de 2021. A ESS/IPS aderiu e assinalámos o [Dia Mundial do Cancro](#), a 4 de fevereiro, sob o lema "Eu Sou e Eu Vou", docentes e estudantes da licenciatura em Enfermagem. A galeria de imagens ficou no site do [World Cancer Day](#).







10 de fevereiro/2021

## 2. INSTAGRAM DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Instagram



Assinala-se hoje o Dia Internacional da Felicidade! De forma simples, felicidade significa a satisfação das pessoas com as suas vidas, o bem-estar no ambiente social, urbano e natural. A felicidade tem muitos caminhos e parece depender muito mais de que se é do que daquilo que se tem. E como é um estado mental, tem a ver com contentamento, com superar desafios, atingir metas. Por isso esta imagem – das pastas dos finalistas na cerimónia do Compromisso, no fim do CLE - representa a satisfação de finalizar um percurso, de alcançar objetivos, sabendo-se que houve momentos áridos e de desalento mas, *at the end of the day*, todos valeram a pena. Somos gente de caminhos. E boas companhias nos caminhos. [20 de março de

2021]





Dia 26 de março das 9h-13h.

Apresentados trabalhos produzidos em contexto de Ensino Clínico de Enfermagem VIII - Cuidados Continuados e Paliativos e Ensino Clínico de Enfermagem IX - Pessoa em Situação Crítica, do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Temas dos trabalhos a apresentar

- Análise ao Plano Nacional de Vacinação COVID – 19: Planeamento e Intervenção de Enfermagem
- Conforto em Cuidados Paliativos: Um estudo de caso
- Sofrimento Espiritual em Cuidados Paliativos.
- Ser Cuidador Informal
- Gestão da Dor Crónica – Cuidados de Enfermagem à pessoa com Sistema Infusor Intratecal
- Técnicas de substituição da função renal: hemodiafiltração; uma opção em UCI
- Intervenções de Enfermagem em situações de urgências respiratórias vs Gasimetrias.
- Cuidados de Enfermagem à pessoa com insuficiência cardíaca
- Cuidados de Enfermagem à pessoa com cetoacidose diabética
- Edema Agudo do Pulmão em contexto de urgência: um caso clínico



A Organização Mundial da Saúde (OMS) celebra todos os anos, no dia 7 de abril, o Dia Mundial da Saúde. O principal objetivo desta data é consciencializar as Pessoas sobre a importância da promoção da saúde para uma melhor qualidade de vida.

Em 2021, a proposta para a comemoração deste dia alicerça-se na construção de um mundo mais justo e saudável. O Dia Mundial da Saúde é uma das oportunidades de comunicação sobre a importância da equidade nos serviços de saúde, não apenas para a saúde dos indivíduos, mas também para a saúde das economias e da sociedade como um todo.

No momento fulcral que o Mundo atravessa, em que os recursos em saúde são preciosos e decisivos, os estudantes do Curso de Licenciatura de Enfermagem da ESS/IPS têm sido uma referência na mitigação da

Pandemia Covid-19 pela participação, nos seus Ensinos Clínicos, nos Inquéritos Epidemiológicos de rastreio de contactos, assim como na linha da frente, nos Serviços de Urgência, UCI e Hospitais Militares de Campanha e ainda nas campanhas de vacinação que se têm diversificado no distrito de Setúbal. Que a reflexão que encerra a celebração deste Dia Mundial da Saúde nos acompanhe na nossa missão de fazer mais e melhor nos Cuidados de Saúde em Portugal.

13 de abril 2021

Seminário aberto online, no âmbito da UC Enfermagem II do 1º Ano do Curso de Licenciatura em enfermagem.

Objetivo: Dar a conhecer as atividades de saúde e do enfermeiro na escola.

Convidadas: Elisa Bailão, Raquel Santos e Paula Friaes, Enfermeiras das equipas de saúde escolar do ACES

Arrábida e Arco Ribeirinho.



dep.enfermagem\_ess.ips Voltámos à ESS e em segurança!

20º CLE

