

# COLETÂNEA



## **Temas Em Análise** 2025-2026

Departamento de Enfermagem



**SAÚDE**

ESCOLA SUPERIOR  
POLITÉCNICO SETÚBAL



# NOTA INTRODUTÓRIA

---

Os Temas em Análise (TEA) continuam a afirmar-se como um espaço de divulgação científica, reflexão crítica e diálogo interdisciplinar promovido pelo Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. No ano letivo de 2025-2026, a iniciativa voltou a reunir docentes, investigadores, estudantes e profissionais em torno de temas que desafiam a academia, a prática profissional e a sociedade, reforçando o valor do diálogo na construção do conhecimento. Mais do que um ciclo de conferências, os TEA constituem um espaço de partilha e debate informado, onde diferentes perspetivas se encontram para promover o pensamento crítico e a reflexão sobre questões de reconhecida relevância científica, ética e social.

As duas sessões realizadas neste ano letivo abordaram temáticas distintas, mas complementares. A primeira centrou-se na Ética da Razão Cordial, inspirada no pensamento de Adela Cortina, refletindo sobre uma ética que integra razão, empatia, reconhecimento do outro e responsabilidade nas relações humanas. A segunda incidiu sobre a saúde e bem-estar dos profissionais de saúde, abordando o burnout, o sofrimento moral, a exaustão emocional e as ideações suicidas, contribuindo para sensibilizar para uma realidade frequentemente invisível e para a importância de promover ambientes de trabalho mais saudáveis e humanizados.

Apesar da diversidade temática, ambas as sessões convergem na valorização da dignidade humana. Se a primeira refletiu sobre os fundamentos éticos do cuidar, a segunda recordou-nos da responsabilidade ética de cuidar de quem cuida. Em conjunto, evidenciam que a qualidade dos cuidados de saúde depende não apenas da competência técnico-científica, mas também da qualidade das relações humanas, da responsabilidade moral e do compromisso com o bem-estar das pessoas.

Esta coletânea reúne os textos produzidos no âmbito destas sessões, preservando a memória de mais um ciclo dos Temas em Análise. Esperamos que a sua leitura prolongue o diálogo iniciado em cada encontro e continue a inspirar a reflexão, a partilha de conhecimento e o compromisso com uma ciência ao serviço das pessoas.

# ÍNDICE

---

## 01

Razão cordial, cuidado e cidadania: um diálogo a três vozes sobre ética e enfermagem.....4

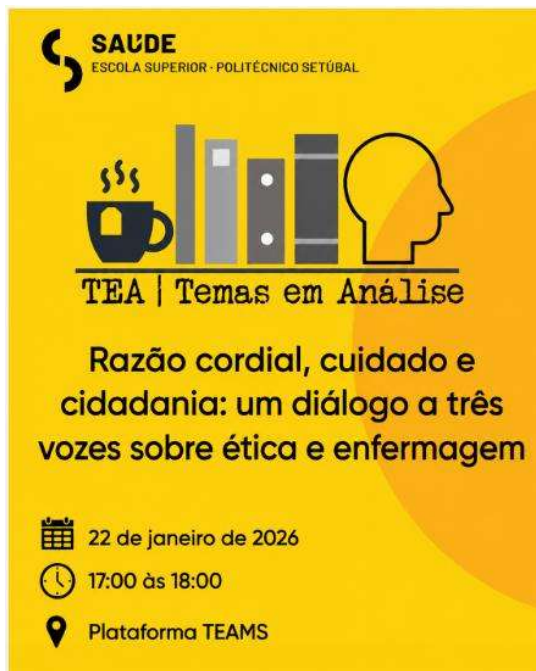
Lucília Nunes, Armandina Antunes, Bruno Ferreira

## 02

Saúde e bem-estar dos profissionais de saúde: um olhar sobre as ideações suicidas.....14

Alda Pereira, Lino Ramos, Vânia Teixeira



**Convidadas:**

- Lucília Nunes, Professora Coordenadora Principal da ESS/IPS
- Armandina Antunes, Enfermeira Gestora da Unidade Local de S. José e Professora Adjunta convidada da ESS/IPS

**Moderação de:**

- Bruno Ferreira, Professor Adjunto Convidado da ESS/IPS





# RESUMO

---

Este ensaio teórico-reflexivo<sup>1</sup>, em formato dialógico, analisa a ética da razão cordial de Adela Cortina e a sua relevância para pensar o cuidado, a cidadania e a enfermagem. Partindo da tensão entre princípios morais declarados e práticas concretas, discute-se a necessidade de articular razão, afetividade, reconhecimento e formação do carácter. O texto mobiliza contributos da tradição kantiana, da ética cívica e da reflexão sobre justiça, compaixão e vulnerabilidade, procurando evidenciar que o cuidado de enfermagem não pode ser reduzido à execução técnica de procedimentos. Defende-se que a enfermagem constitui um espaço privilegiado de concretização da razão cordial, ao integrar competência técnico-científica, responsabilidade relacional, promoção da autonomia, literacia em saúde e reconhecimento da dignidade da pessoa. O ensaio contribui para a divulgação pedagógica da ética aplicada à saúde e para a reflexão sobre a formação ética dos profissionais de enfermagem.

---

<sup>1</sup> Este ensaio teórico-reflexivo, desenvolvido no âmbito da iniciativa TEA, assume um formato dialógico e reúne três vozes em torno da ética da razão cordial de Adela Cortina e da sua relevância para pensar o cuidado, a cidadania e a enfermagem no contexto da prática clínica.

Mais do que apresentar uma revisão exaustiva da obra da autora, pretende-se explorar o contributo deste enquadramento ético para compreender a relação entre razão, afetividade, reconhecimento, justiça e compaixão, bem como a sua expressão na formação ética e na prática profissional em enfermagem.

### **Bruno Ferreira**

A ética da razão cordial, tal como Adela Cortina a desenvolve, parte de uma constatação incômoda: existe frequentemente um hiato entre as declarações morais e as concretizações, entre os princípios que afirmamos e as práticas que, de facto, sustentamos. A resposta não será a de abandonar a racionalidade ética, mas torná-la mais realista e, por isso mesmo, mais exigente. Não basta uma razão formal que saiba justificar o justo; é necessário que a razão prática integre a dimensão afetiva e motivacional, onde a formação de sentimentos morais, a capacidade de estimar valores e a coragem de os encarnar, sustente e afirme valores que se enraizem no carácter e se traduzam em ação consistente. Essa integração não significa ceder ao sentimentalismo, mas reconhecer que o juízo moral só se torna efetivo quando a pessoa é capaz de perceber o valor do outro como vinculante, e de se deixar orientar por ele mesmo quando agir de forma justa tem custo.

### **Lucília Nunes**

De facto, Adela Cortina sofre influências muito claras neste seu pensamento sobre o que orienta a decisão e a ação. E não é acidental que seja “razão cordial”, que a razão esteja colocada primeiro. Tenhamos em conta que repetidamente Kant aparece como figura de referência – o que coloca, desde logo, a razão como sendo a faculdade superior de conhecimento, que busca o incondicionado e a unidade suprema, atuando além da experiência sensível. É a razão que estrutura o conhecimento (através de categorias a priori, na “Crítica da Razão Pura” e que se torna prática e constitutiva na “Crítica da Razão Prática”, determinando a vontade pela lei moral (imperativo categórico) de forma autónoma e universal. Tenhamos em conta que a razão é a capacidade de agir segundo princípios racionais, independentemente dos desejos ou inclinações. Portanto, a razão em Kant é centrada na autonomia, universalidade e no imperativo categórico, definindo a moralidade pela autolegislação da vontade. Trata-se daquela famosa formulação de agir como se fossemos legislador universal ou de agir tomando os outros como um fim, nunca apenas como meio. Adela Cortina, influenciada por Kant, evoluiu para uma “razão cordial” ou dialógica, valorizando o reconhecimento recíproco e a dignidade humana, inserindo a moral na intersubjetividade e cidadania. Baseia a ética na valorização da dignidade do outro, essencial para democracias e direitos humanos.

### **Armandina Antunes**

Esta valorização da dignidade do Outro é particularmente visível na prática clínica em enfermagem. Aqui, a razão cordial revela-se crítica, não se esgotando na capacidade de seguir as normas, mas integrando uma dimensão afetiva que permite reconhecer o Outro para além, ou antes do exercício racional. Na enfermagem, esta articulação entre razão e afetividade constitui uma condição para o cuidado. O enfermeiro

intervém num espaço onde a vulnerabilidade humana pode ser extrema e onde a autonomia precisa ser reconstruída diariamente através de gestos que devolvem à pessoa a sua dignidade. O respeito pela autonomia não é apenas um princípio, evidencia-se numa relação quando informa, escuta, adequa a linguagem, respeita ritmos, reconhece medos e contextos. Não basta saber que o Outro é um fim em si mesmo é necessário sentir essa verdade de modo que se torne operacional na prática clínica.

### **Bruno Ferreira**

Neste enquadramento, torna-se decisivo compreender que a vida moral não se constrói no isolamento. A afirmação de que *“não há sociedade sem cidadãos e de que não há forma de nos desenvolvermos sem os outros”* não deve ser lida unicamente sob a lente de um apelo emocional à convivência, mas como uma postura ético-política sobre a constituição da pessoa e da vida comum. A obrigação moral funda-se num reconhecimento recíproco, em que somos seres que se sabem e se sentem interlocutores válidos, simultaneamente autónomos e vulneráveis, e é nesse reconhecimento que a exigência do justo ganha densidade humana. A cidadania, nesta perspetiva, não é apenas estatuto jurídico, mas competência moral e relacional, implicando participar, responsabilizar-se, deliberar, e sustentar vínculos que tornem a vida comum possível. Quando esse reconhecimento falha, o que se perde não é apenas “cordialidade”; perde-se a base prática da igualdade moral e a viabilidade de uma sociedade de cidadãos e não apenas de indivíduos justapostos. A influência de Kant é decisiva neste ponto, não para repetir um formalismo mas para preservar um núcleo incontornável: *a não instrumentalização das pessoas*. Tratar cada ser humano como fim em si e nunca apenas como meio mantém-se como critério estrutural de dignidade. Contudo, esse núcleo precisa de ser habitável no mundo real, onde é possível defender normas universalizáveis e, ainda assim, falhar rotineiramente na sua execução. A razão cordial procura explicar porquê. Sem sentimentos morais e sem educação do desejo, os ideais não encontram “terreno fértil” para crescer; a normatividade fica suspensa no discurso, incapaz de orientar práticas concretas, sobretudo quando agir bem exige esforço, renúncia ou redistribuição de poder e de recursos. Uma ética que dependa exclusivamente de coerência formal tende a subestimar a espessura humana do agir: a resistência, a indiferença, o medo, a pressão do contexto, a fadiga, a habituação ao injusto. Ao invés, a ética da razão cordial exige que a formação moral alcance o nível do carácter de modo a gerar disposições estáveis para o reconhecimento e para a justiça, mesmo quando não há vigilância externa e quando os incentivos sociais empurram no sentido contrário. É neste ponto que ganha sentido falar de analfabetismo emocional como problema moral e cívico, não apenas como um rótulo terapêutico, onde a incapacidade que empobrece a convivência e fragiliza a cidadania, impede que a dignidade e a justiça se tornem operantes no quotidiano.

**Lucília Nunes**

Logo no início do livro, para fundamentar a ética cordial (em bom rigor, *ethica cordis*, de cor, coração), Adela Cortina aponta que numa sociedade plural as exigências de justiça permitem construir uma vida juntos, uma ética cívica, uma ética dos cidadãos ou uma ética das pessoas enquanto cidadãos. Aponta alguns desafios do século XXI, para conseguirmos tal desiderato de uma ética de cidadãos: (1) multiculturalismo a nível local e global, (2) a ampliação das éticas aplicadas (bioética, ética económica e empresarial, ética do desenvolvimento, das profissões, do consumo, do desporto), cada uma com os seus valores e códigos, (3) a consciência que não há cidade sem cidadãos e importa um conceito de cidadania como pertença a uma comunidade política; (4) a democracia deliberativa e participativa, (5) uma cidadania económica, sendo que a economia deve estar ao serviço das capacidades das pessoas, como previu Amartya Sen, (6), uma ética cívica transnacional que seja uma ética global cosmopolita, (7) e a relação de comunidade ética com não-humanos, com o ambiente e os seres vivos não humanos.

**Armandina Antunes**

No contexto atual dos desafios que se colocam na prática clínica, a razão cordial ajuda a compreender a complexidade entre o conhecimento da norma e a sua concretização. Agir bem exige energia emocional, capacidade de empatia, coragem para contrariar hábitos e rotinas, por vezes, em estruturas organizacionais que normalizam a despersonalização. Se não há sociedade sem cidadãos, também não há instituições de saúde sem profissionais que se reconheçam mutuamente como interlocutores morais. A cidadania em saúde tanto em relação aos doentes quanto aos profissionais, depende de relações de reconhecimento recíproco. Um cidadão não pode ser um objeto, alvo de procedimentos, tal como um enfermeiro não pode ser reduzido a um executor de tarefas mesmo que complexas. O reconhecimento mútuo garante o exercício e o respeito pela “cordialidade” e consequentemente por uma prática alicerçada no respeito pela dignidade humana. A ética da razão cordial pode oferecer, assim, uma chave para repensar a formação e a cultura profissional na enfermagem. Não se trata apenas de ensinar os princípios, mas de cultivar o carácter: respeito pela pessoa humana, sensibilidade ao sofrimento, capacidade de deliberação e tomada de decisão partilhadas. A questão que se pode colocar também, é como criar ambientes clínicos que tornem possível esta razão cordial; ambientes onde o reconhecimento da dignidade não seja apenas proclamado, mas vivido.

**Bruno Ferreira**

Se uma pessoa não aprende a reconhecer e orientar emoções e desejos, arrisca-se a viver sob reações imediatas, ressentimentos difusos ou indiferenças instaladas,

potencializando um cenário, onde os valores podem continuar a ser defendidos em abstrato enquanto falham em concreto. Assim sendo, a ética, enquanto saber prático que forma o carácter, exige literacia: aprender a identificar o que se deseja, a distinguir o que é valioso do que é apenas útil, e a orientar afetos de modo compatível com a vida comum e com o reconhecimento do outro. Por isso, a razão é “cordial” não porque abdique de razões, mas porque incorpora as condições humanas que tornam as razões eficazes, como a estima pelo valor do outro, atenção à vulnerabilidade e coragem para agir de acordo com aquilo que se reconhece como devido.

### **Lucília Nunes**

Poderíamos aqui interrogar as questões das fontes de obrigação moral (ideias e crenças, vínculos que nos obrigam, incluindo o reconhecimento do Outro) e também os sentimentos sociais. Cortina defende que há um sentimento natural de simpatia com outros seres humanos que nos induz a sentir mal estar quando sofrem dano e a sentir satisfação quando recebem um bem. Esta ideia é de um sentimento humanitário e simpatia que induz à solidariedade. Não obstante, Adela Cortina dá também enfoque a sentimentos e emoções, a uma “agência emocional”, assim como ao afã de reputação e de boa imagem. Cita Charles Taylor, a propósito da identidade moral e que a nossa autonomia passa pela capacidade de auto-obrigar-se e de optar por leis expressivas da humanidade. Por isso refere a ideia de uma “autonomia de carne e osso”, em que sobressaem as dimensões da consciência moral, do sentimento moral (colo a satisfação do dever cumprido), o respeito por si mesmo e o amor ao próximo. Mais, considera serem estas condições subjetivas da recetividade ao conceito de dever.

### **Armandina Antunes**

A reflexão sobre a literacia emocional como condição da vida moral, sobre as fontes da obrigação e a “autonomia de carne e osso” tornam-se particularmente evidentes quando integradas no contexto clínico, onde a vulnerabilidade humana é incontornável. Na enfermagem, a capacidade de reconhecer, orientar e integrar emoções não é apenas um complemento desejável, mas um elemento de suporte de competências profissionais. A agência emocional abordada por Cortina manifesta-se na forma como o enfermeiro interpreta o sofrimento, reconhece a fragilidade do Outro e transforma a perceção moral em ação concreta. A prática clínica mostra que a obrigação moral não nasce apenas de princípios abstratos, mas de vínculos que se tornam visíveis no encontro com a pessoa. O enfermeiro é interpelado não só pela norma, pelo que é devido, mas também pelo rosto concreto da pessoa de quem cuida, que convoca simpatia, respeito e responsabilidade. Os enfermeiros lidam com situações em que a justiça precisa de ser equilibrada pela compaixão, sob pena de se transformar em mera gestão de procedimentos. A compaixão constitui-se como a

capacidade de reconhecer a vulnerabilidade do Outro como moralmente relevante. É a compaixão que, no exercício do cuidado de enfermagem, impede a justiça de se tornar estéril; é a necessidade de que cada tomada de decisão seja sustentada por uma atenção ética promotora de personalização e humanidade.

### **Bruno Ferreira**

Uma sociedade não se constrói apenas com sentimentos, mas também não se sustenta apenas com procedimentos. A justiça define mínimos exigíveis, o que é devido a cada pessoa e o que pode ser reclamado como obrigação pública; já a compaixão, é entendida como competência moral de atenção ao valor e à fragilidade do outro, impede que a justiça se reduza a frieza burocrática. Quando uma destas dimensões falta ou falha, a vida moral desvia-se: a compaixão sem justiça pode tornar-se paternalismo, seletividade e arbitrariedade; já a justiça sem compaixão tende a produzir relações corretas, mas estéreis e desumanizadas no seu seio. A ética da razão cordial propõe, portanto, uma gramática ética das relações, preservando a universalidade do devido e, simultaneamente, reconhecendo que o humano concreto (a dependência, a vulnerabilidade, a necessidade de cuidado) não é um detalhe marginal, mas parte estrutural do que a razão prática deve considerar. *É aqui que o cuidado ganha estatuto diferenciado*, não como sinónimo de “boa vontade”, mas como tradução prática da justiça e da compaixão. Cuidar, nesta perspetiva sustentada, é responsabilizar-se pelo outro e manter uma preocupação ativa com os outros, não apenas enquanto função profissional, mas como disposição ética de vida em comum. A justiça, entendida como dar a cada um o que é devido, obriga a critérios de equidade e a uma atenção efetiva às assimetrias; já a compaixão obriga a que esses critérios sejam aplicados sem desumanização e sem redução ou instrumentalização da pessoa a um caso ou a um número. A ética da razão cordial, ao insistir na formação do carácter, procura precisamente garantir que o cuidado não seja episódico nem dependente de humores, mas uma prática coerente e sustentada por virtudes morais que o tornam possível, reproduzível e sustentável.

### **Lucília Nunes**

Depois de referir o “degustar dos valores” e o reconhecimento cordial, Cortina identifica os princípios de uma ética cordial. Sintetizo aqui os cinco princípios: (1) a não instrumentalização das pessoas, (2) o princípio das capacidades, de empoderar as pessoas, (3) distribuir equitativamente as cargas e benefícios, tendo como referência interesses universalizáveis (e este é o princípio da justiça distributiva), (4) ter dialogicamente em conta os afetados pelas normas na hora de tomar decisões, ou seja, princípio dialógico, (5) minimizar o dano nos seres sencientes e trabalhar para um desenvolvimento sustentável, colocando aqui o princípio da responsabilidade pelos não humanos. Os primeiros quatro princípios são exigências do núcleo do



reconhecimento cordial da igual dignidade – não instrumentalizar, empoderar, estruturar instituições para participação equitativa dos benefícios e tomar decisões tendo em conta a participação dialógica dos afetados. O quinto inclui a relação com a natureza, a responsabilidade pelo que nos rodeia.

### **Armandina Antunes**

Estes princípios podem encontrar-se na prática clínica enquanto campo privilegiado de aplicação: (1) reconhecer que a pessoa em situação não é um caso, mas alguém com história, receios e expectativas, corresponde a não instrumentalizar as pessoas, (2) empoderar implica promover o exercício da autodeterminação da pessoa de acordo com a sua condição e competências a cada momento, (3) distribuir equitativamente cargas e benefícios exige atenção às assimetrias existentes nos serviços de saúde, desde a vulnerabilidade, o conhecimento do funcionamento do sistema e outras, (4) a prática da tomada de decisão partilhada que é central na enfermagem, apoia o princípio dialógico e (5) minimizar o dano nos seres sencientes amplia o horizonte para além do individual e mesmo do humano, lembrando que a responsabilidade dos atos vai para além da intervenção direta numa Pessoa. Estes princípios não são abstratos: traduzem-se em escolhas diárias sobre de como comunicar, priorizar, proteger, respeitar. A razão cordial permite compreender por que motivo o cuidado não pode ser reduzido a um conjunto de tarefas, mas exige carácter, virtudes e uma (pré)disposição para reconhecer o Outro como alguém que nos obriga moralmente.

### **Bruno Ferreira**

Esta perspetiva ajuda ainda a compreender a importância dos bens que Adela Cortina associa à gratuidade do coração, assumindo-os como dimensões da vida social que não se podem exigir como dívida jurídica, mas sem as quais a cidadania se torna vazia e a convivência se torna parca em vivência. Confiança, reconhecimento, apoio mútuo e disponibilidade não substituem direitos nem compensam injustiças estruturais; porém, são condições de possibilidade para que a justiça funcione de forma estável e não apenas como imposição permanente. Há aqui um ponto exigente, a ajuda mútua tem uma dimensão “económica” no sentido relacional, porque produz e conserva vínculos, gera cooperação e sustenta a capacidade de viver e trabalhar em conjunto.

### **Lucília Nunes**

Adela Cortina dá muita importância a educar numa cidadania cordial. A nossa sociedade e o nosso tempo têm reduzido a educação a uns conjuntos de “formar em conhecimentos e em habilidades”, a formar em “competências” e a haver peritos em muitas áreas científicas e técnicas. Mas precisamos também de cidadãos prudentes, que persigam uma vida de qualidade para si mesmos e os seus, cidadãos bem

informados, com coração, com profundo sentido de justiça, que cultivem virtudes como a solidariedade, o diálogo, o respeito ativo. Tenho, para mim, que a enfermagem, por mais que a fixemos no setor da saúde, e muito para além do que estamos habituados a pensar, é uma profissão de transformação social, pois a finalidade é empoderar a pessoa para o autocuidado, capacitar para melhores tomadas de decisão em saúde, aumentar a literacia em saúde e a autogestão. Assim, podíamos pensar que a profissão de enfermagem se afirma na potencialidade de uma ética cívica, na relação próxima com cidadania e participação pública. Também é verdade que a finalidade da profissão é de natureza moral, muito além da componente científica e técnica, pois parte de uma preocupação como bem-estar e interesse de outros seres humanos.

### **Armandina Antunes**

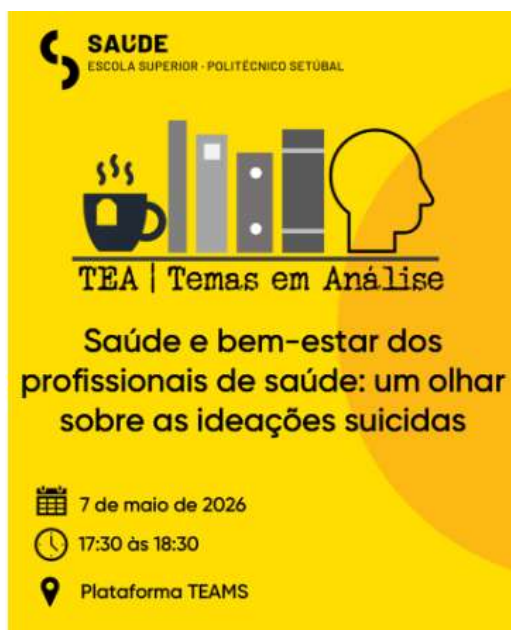
A saúde é um dos contextos onde claramente se compreende que a justiça, por si só, não basta para suportar relações humanas dignas. A estabelecimento de relações de confiança é fundamental para, por exemplo, trabalhar a adesão terapêutica. Há que reconhecer a pessoa e os seus valores e estabelecer relações de confiança, reconhecendo a autonomia e estando disponível para o cuidado e para a individualidade do cuidado. A relação terapêutica é também uma intervenção educativa, a qual promove literacia em saúde, reforça a capacidade de decisão, empodera para o autocuidado e devolve ao doente a consciência de que é sujeito e não objeto. Neste sentido, a enfermagem não apenas presta cuidados, mas transforma condições de vida, ampliando competências e reforçando a cidadania. A ética da razão cordial ajuda a compreender por que motivo estes bens são indispensáveis para a promoção da saúde enquanto bem comum. A enfermagem, ao integrar técnica, ciência e virtudes relacionais, mostra que o cuidado é simultaneamente ato clínico e ato cívico.

### **Bruno Ferreira**

Neste quadro, a enfermagem pode ser entendida como lugar privilegiado de exercício da razão cordial, porque conjuga competência técnico-científica com uma responsabilidade relacional que não se esgota no “fazer” ou na “ação”. Neste sentido, o conhecimento técnico é mediador para proteger dignidade e promover autonomia, mas o seu alcance é maior: pela educação, pela comunicação clínica, pela negociação de objetivos, pela gestão do sofrimento e mediação de expectativas e pela promoção de literacia, a enfermagem influencia escolhas, reorganiza prioridades e sustenta processos de adaptação, transformando modos de agir sem substituir a autonomia da pessoa. É neste sentido, e apenas neste sentido eticamente defensável, que se pode falar de uma profissão transformadora: não por “moldar” o outro, mas por criar condições para que o outro compreenda, decida e participe de forma livre, informada



e responsável, tornando o cuidado uma prática consistente de justiça vivida e compaixão efetiva.

**Convidados:**

- Alda Pereira, Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Mental, Unidade Local de Saúde do Algarve
- Lino Ramos, Professor Coordenador da ESS/IPS

**Moderação de:**

- Vânia Teixeira, Professora Adjunta Convidado da ESS/IPS



# RESUMO

---

A saúde mental dos profissionais de saúde constitui um desafio crescente para os sistemas de saúde, refletindo o impacto de contextos de trabalho caracterizados por elevadas exigências, pressão assistencial, exposição continuada ao sofrimento humano e crescente complexidade dos cuidados. Fenômenos como o burnout, o sofrimento moral, a exaustão emocional e o risco suicidário têm vindo a assumir maior visibilidade, evidenciando a necessidade de promover uma cultura profissional que reconheça a vulnerabilidade como parte integrante do exercício das profissões de saúde e não como sinal de fragilidade. Este evento promoveu uma reflexão crítica sobre os determinantes do sofrimento psicológico dos profissionais de saúde, explorando as barreiras ao reconhecimento do sofrimento e ao pedido de ajuda, o estigma associado à saúde mental e os fatores culturais e organizacionais que podem perpetuar o silêncio e dificultar o acesso ao apoio. A sessão abordou ainda a importância da identificação precoce dos sinais de sofrimento, da prevenção do suicídio, da promoção de ambientes de trabalho psicologicamente seguros e da implementação de estratégias institucionais que favoreçam o bem-estar dos profissionais. A discussão reforçou que a promoção da saúde mental exige uma abordagem integrada, envolvendo profissionais, equipas, lideranças e organizações, através da implementação de políticas, práticas e culturas organizacionais que conciliem o cuidado de quem cuida com a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

## Considerações iniciais

A saúde mental dos profissionais de saúde tem vindo a assumir uma relevância crescente no contexto dos sistemas de saúde, refletindo os desafios inerentes ao exercício de profissões marcadas por elevadas exigências técnicas, emocionais e relacionais. O contacto continuado com o sofrimento humano, a tomada de decisões complexas, a pressão assistencial e as exigências organizacionais colocam estes profissionais perante fatores de risco que podem comprometer o seu bem-estar psicológico. Neste contexto, fenómenos como o *burnout*, a exaustão emocional, o sofrimento moral e, em situações mais graves, a ideação e os comportamentos suicidários deixaram de ser temas periféricos, assumindo-se hoje como uma prioridade para a prática clínica, a gestão e as políticas de saúde.

Apesar da crescente evidência científica sobre esta problemática, persistem importantes barreiras ao reconhecimento do sofrimento psicológico e ao pedido de ajuda. O estigma associado à saúde mental, a cultura profissional que frequentemente valoriza a resistência e a capacidade de "aguentar", bem como a dificuldade em assumir a própria vulnerabilidade, continuam a dificultar a adoção de estratégias de prevenção e de apoio atempado. Falar sobre saúde mental dos profissionais de saúde implica, por isso, criar espaços de diálogo que permitam refletir criticamente sobre estes desafios, promovendo uma cultura de cuidado que inclua não apenas as pessoas cuidadas, mas também quem delas cuida.

Foi neste enquadramento que se realizou o presente **Tema em Análise (TEA)**, reunindo diferentes perspetivas em torno da promoção do bem-estar psicológico, da prevenção do sofrimento e do risco suicidário e da responsabilidade das organizações na criação de ambientes de trabalho mais saudáveis e psicologicamente seguros.

A sessão contou com os contributos do **Professor Lino Ramos**, que enquadrou o conceito de bem-estar e a sua relevância para a prática profissional, e da **Enfermeira Alda Pereira**, que aprofundou a compreensão do sofrimento psicológico, do comportamento suicidário e das estratégias de prevenção. A discussão que se seguiu permitiu integrar estas perspetivas e reforçar a necessidade de uma abordagem que articule a responsabilidade individual com o compromisso das equipas, das lideranças e das organizações de saúde na promoção da saúde mental dos profissionais.

O trabalho que agora se apresenta resulta de um processo de construção colaborativa entre os autores e a moderadora, integrando os contributos científicos apresentados durante a sessão, as reflexões suscitadas pelo debate e as principais mensagens emergentes do TEA.

## 1. Porquê falar da saúde mental dos profissionais de saúde?

O bem-estar pode ser definido como um estado multidimensional de equilíbrio que integra as dimensões física, mental, emocional e social do indivíduo, refletindo a sua capacidade de funcionar de forma plena e satisfatória na vida quotidiana (OMS, 1988). A saúde, elemento central do bem-estar, corresponde a um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas à ausência de doença. Nesta perspetiva, Ryff (1989) propõe o bem-estar psicológico como um constructo que integra dimensões como a autoaceitação, o crescimento pessoal, o propósito de vida, a autonomia e as relações positivas. Por sua vez, Diener (1984) introduz o conceito de bem-estar subjetivo, centrado na satisfação com a vida e na experiência de afetos positivos, enquanto Seligman (2011) amplia esta compreensão ao incluir emoções positivas, relacionamentos, sentido e realização. Já Keyes (2002) destaca o bem-estar social como uma componente essencial, relacionada com a integração e participação na sociedade. Assim, o bem-estar resulta da interação dinâmica entre diferentes dimensões, expressando a qualidade de vida percebida e a capacidade de adaptação aos desafios da vida.

O bem-estar psicológico (BEP) é um conceito multidimensional que reflete a perceção de bem-estar do indivíduo, resultante das suas representações intrapessoais e dos seus estados emocionais (Ryff, 1989), estando igualmente associado ao conceito de saúde mental positiva (Waldo, 2014). Neste sentido, o bem-estar emerge do equilíbrio entre diferentes dimensões da vida, nomeadamente o corpo, a família, a comunidade e a cultura, sendo influenciado pelas experiências pessoais, pela autorrealização e pelo sentido de vida (Machado & Bandeira, 2012).

Num estudo realizado pela Ordem dos Enfermeiros, intitulado *Enfermeiros – Vida e Trabalho* (2023), foram analisadas de forma aprofundada as condições laborais, os riscos ocupacionais, a saúde mental, o *burnout* e a violência no trabalho. Os resultados evidenciam níveis elevados de desgaste profissional, instabilidade contratual, turnos excessivos e um impacto significativo na vida pessoal dos enfermeiros portugueses. Os conceitos apresentados permitem compreender que o bem-estar dos profissionais de saúde constitui um fenómeno complexo e multidimensional, influenciado por fatores individuais, relacionais e organizacionais. Contudo, quando este equilíbrio é comprometido, podem emergir diferentes formas de sofrimento psicológico, com repercussões não apenas na saúde dos profissionais, mas também na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Foi precisamente a partir deste enquadramento que a reflexão desenvolvida durante o TEA evoluiu para uma questão central: **porque continua a ser tão difícil reconhecer o sofrimento psicológico e pedir ajuda, mesmo entre profissionais de saúde?** A compreensão desta realidade exige uma abordagem que ultrapasse a perspetiva

exclusivamente individual, integrando igualmente os determinantes organizacionais, culturais e sociais do sofrimento, bem como as estratégias de prevenção do risco suicidário.

## **2. Compreender o sofrimento psicológico e prevenir o suicídio**

A morte é frequentemente evitada como objeto de reflexão, possivelmente devido ao seu carácter irreversível. O suicídio, enquanto ato deliberado que culmina na morte de quem o pratica, inscreve-se muitas vezes na esfera do indizível, assumindo contornos singulares, negativos, intrigantes e, por vezes, profundamente perturbadores. Perante a complexidade deste fenómeno, emerge uma questão fundamental: o que poderá levar alguém, de forma consciente e deliberada, a pôr termo à sua própria vida? (da Silva et al., 2014).

Sob esta perspetiva, o ser humano diferencia-se dos restantes seres vivos pela capacidade de autoconsciência e de reflexão sobre a sua própria existência, o que lhe confere a possibilidade de decidir acerca da continuidade da vida ou, em sentido contrário, de optar pela morte. Neste sentido, detém a faculdade de escolher se pratica ou não o suicídio (Azenha & Peixoto, 2014a).

Em consonância com os dados estatísticos internacionais, estima-se que, a cada 40 segundos, no mundo, uma pessoa morra por suicídio. Paralelamente, calcula-se que ocorram cerca de 20 ou mais tentativas de suicídio por cada morte consumada, sugerindo que o número de tentativas possa ser até 20 vezes superior ao número de suicídios consumados (Brás & Santos, 2014; da Silva et al., 2014; da Silva et al., 2021; Mullins et al., 2019; Mullins et al., 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2012; WHO, 2014). Trata-se, portanto, de um importante problema de saúde pública e de saúde mental, transversal a diferentes realidades mundiais pela sua dimensão e impacto. Deste modo, a sua prevenção torna-se premente, uma vez que os comportamentos suicidários são, por norma, complexos, multifatoriais e desafiantes.

Desde a existência do ser humano que o suicídio se encontra presente nas sociedades, pelo que, ainda que de forma sintética, se considera pertinente apresentar uma breve perspetiva histórica que permita compreender este fenómeno e a forma como tem sido conceptualizado ao longo do tempo, em diferentes épocas, culturas, sociedades e tradições religiosas. Do ponto de vista etimológico, a palavra suicídio deriva do latim *sui* – de si mesmo – e *caedere* – matar –, sendo conhecida desde o século XIV (da Silva et al., 2014).

Platão defendia que o homem estava integrado numa comunidade e que as suas ações deviam estar em consonância com os valores e interesses coletivos, pelo que as suas decisões não refletiam apenas a sua individualidade. Neste contexto, apenas eram

consideradas legítimas três justificações para o suicídio: a condenação pela cidade, a existência de uma doença incurável e situações de extrema miséria ou vergonha (Azenha & Peixoto, 2014a). Em convergência com os mesmos autores, na Grécia Antiga, o suicídio apenas era aceite quando autorizado pela comunidade. Caso contrário, o indivíduo era privado das exéquias fúnebres concedidas após a morte, refletindo a reprovação social associada a esse ato.

Por sua vez, os Romanos defendiam que o homem era livre e, por conseguinte, detinha o direito de decidir sobre a sua vida, inclusive de lhe pôr termo. Existia, contudo, uma exceção: quando se tratava de alguém condenado, o suicídio não era permitido, uma vez que os bens dos condenados, quando presos, eram confiscados pela comunidade. Alguns condenados suicidavam-se antes de serem detidos, de modo a assegurar que as suas famílias mantivessem o direito à herança. Neste contexto, Sêneca associou o suicídio a um ato altruísta, relacionado com a honra e a liberdade (Azenha & Peixoto, 2014a).

Santo Agostinho, por sua vez, defendia que não competia ao homem decidir sobre a sua própria morte, uma vez que apenas Deus poderia determinar o momento em que esta deveria ocorrer. Este entendimento fundamentava-se no quinto mandamento bíblico — “Não matarás” —, pelo que o suicídio era considerado um pecado mortal (Azenha & Peixoto, 2014a). Posteriormente, a partir do século XIII, o suicídio passou a ser explicado não apenas como pecado mortal, mas também como manifestação da influência demoníaca, associada à condenação ao inferno de quem o praticasse. Este enquadramento levou muitos familiares a alegarem que o suicídio teria sido motivado por loucura, numa tentativa de afastar a classificação de pecado mortal e garantir que os corpos fossem sepultados segundo os rituais religiosos vigentes à época (Azenha & Peixoto, 2014a).

Por volta do século XVIII, emergiu a ideia de que o suicídio poderia ser entendido como um ato de libertação do sofrimento e da infelicidade, podendo, em determinadas circunstâncias, assumir um carácter altruísta. Neste contexto, em 1838, Esquirol defendeu que o suicídio poderia estar associado a alterações psíquicas ou a situações de sofrimento que poderiam explicar a sua ocorrência, embora considerasse que este nem sempre seria representativo da presença de doença mental (Azenha & Peixoto, 2014a).

Ao longo do tempo, diversos autores teorizaram igualmente sobre o fenómeno do suicídio. Entre eles, Freud defendia que este fenómeno resultava de múltiplos fatores, nomeadamente genéticos, psicológicos, sociais e individuais (Azenha & Peixoto, 2014a). Preconizou, ainda, que o suicídio poderia resultar de um impulso inconsciente e agressivo dirigido ao outro, mas que acabaria por ser redirecionado para o próprio sujeito (Neves, 2014). De forma semelhante, Karl Menninger defendeu que as pessoas



suicidas experienciam três tipos de desejo: o desejo de matar, que pode ser direcionado para a própria pessoa; o desejo de ser morto, em que o “Eu” interioriza a agressividade desenvolvida contra o exterior; e o desejo de morrer, relacionado com a autodestruição enquanto forma de pôr termo ao sofrimento (Neves, 2014).

Por sua vez, Émile Durkheim, sociólogo que se dedicou ao estudo do fenômeno do suicídio, entendia que este deveria ser compreendido em associação com factos sociais e não apenas com características individuais do sujeito (Durkheim, 2011). Edwin Shneidman, considerado por muitos o pai da suicidologia, definiu o suicídio como um ato intencional, no qual o indivíduo que o pratica sabia que o resultado final seria a sua própria morte. Nesta perspectiva, o suicídio configura-se como uma forma de pôr termo à dor psicológica e ao sofrimento vivenciado pela pessoa (da Silva et al., 2014; Saraiva & Gil, 2014).

Em consonância, Shneidman defendeu a existência de uma dor psicológica potencialmente insuportável, relativamente à qual a morte poderia surgir como a única forma de escapar ao sofrimento. Esta experiência associar-se-ia à perda de autoestima, à incapacidade de tolerar a dor psicológica, à constrição cognitiva, à ausência de expectativas e de objetivos de vida, bem como a sentimentos de isolamento, desamparo e desesperança. Estes fatores podem, subsequentemente, conduzir à percepção de falta de sentido para a vida, ao pessimismo e à convicção de que não vale a pena continuar a viver (da Silva et al., 2014; Saraiva & Gil, 2014).

Paralelamente à evolução histórica da temática, importa destacar o estigma associado à doença mental e aos comportamentos suicidários. O estigma engloba uma multiplicidade de fatores de natureza religiosa, social, cultural e política, que se manifestam através do conhecimento insuficiente, do preconceito e da discriminação (DGS, 2013). Na realidade, o estigma inerente à saúde mental pode constituir uma barreira significativa à procura de ajuda por parte de pessoas que experienciam sofrimento psicológico (WHO, 2014).

A literatura científica sobre a temática tem demonstrado que a maioria das pessoas que morrem por suicídio recorre aos cuidados de saúde primários nos meses que antecedem a sua morte, nomeadamente entre um e doze meses antes do ato suicidário (da Silva Ramôa et al., 2017; França et al., 2019; WHO, 2014). Nem sempre as pessoas que pensam em cometer suicídio revelam a sua intenção, motivo pelo qual se torna fulcral questionar sobre a ideação suicida, a existência de plano suicidário, a intenção de concretização e sentimentos de desesperança. Contrariamente a algumas crenças ainda existentes, questionar sobre o suicídio não potencia a sua ocorrência. Pelo contrário, pode permitir uma melhor avaliação do risco, proporcionar à pessoa a expressão daquilo que sente e estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no apoio (Azenha & Peixoto, 2014b).

Em convergência, estes factos colocam os profissionais de saúde numa posição privilegiada para a prevenção do suicídio. Em consonância com Saraiva e Gil (2014), o suicídio resulta de uma multiplicidade de fatores associados à filosofia, sociologia, antropologia, psicologia, economia, política e teologia. Similarmente, a Direção-Geral da Saúde refere que “o suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social” (DGS, 2013, p. 3).

Consequentemente, pode entender-se que a ideação suicida pode ser precursora dos comportamentos autolesivos e dos atos suicidas, que incluem as tentativas de suicídio e o suicídio consumado. Os comportamentos autolesivos são definidos como atos de lesão auto-infligida sem intencionalidade suicida, embora envolvam a intenção de causar dano a si próprio, como ocorre, por exemplo, nos comportamentos em que a pessoa se corta. Por sua vez, as tentativas de suicídio correspondem a atos que visam a morte de quem os pratica, mas que não resultaram em morte (DGS, 2013). Em consonância com Duarte et al. (2020), a principal diferença entre os comportamentos autolesivos e os atos suicidas reside na intencionalidade: nos primeiros, existe intenção de causar dano a si próprio sem desejo de morte; nos segundos, a intenção é provocar deliberadamente a morte.

Poldinger considerou existirem três fases associadas à evolução do comportamento suicidário:

- **1.ª fase – Deliberação:** a pessoa começa a considerar o suicídio como possível solução para os seus problemas;
- **2.ª fase – Ambivalência:** coexistem o desejo de viver e o desejo de morrer. Nesta fase, podem surgir pedidos de ajuda, tanto de forma explícita como implícita;
- **3.ª fase – Decisão:** caracteriza-se, frequentemente, por uma aparente tranquilidade, podendo ocorrer comportamentos como despedidas, oferta de bens e, eventualmente, a concretização do suicídio (da Silva et al., 2014).

Consequentemente, a pessoa em sofrimento pode experienciar uma profunda ambivalência face à morte, oscilando entre o desejo de continuar a viver e a percepção da morte como a única forma de pôr termo ao sofrimento e aos problemas que vivencia (Saraiva & Gil, 2014; Santos & Neves, 2014; WHO, 2014). As três fases descritas por Poldinger podem, assim, constituir um importante auxílio na identificação de pessoas em risco de comportamento suicidário.

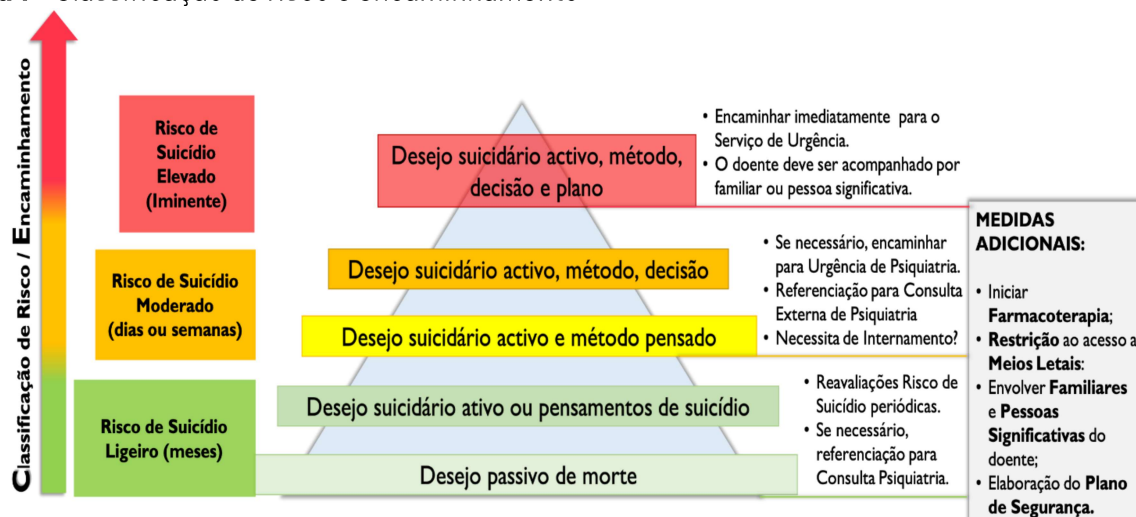
De igual modo, a DGS define que os “fatores de risco são circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém cometer uma tentativa de suicídio ou, mesmo, suicidar-se” (DGS, 2013, p. 44). Semelhantemente, define os fatores protetores como aqueles que

“correspondem a características e circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais que, quando presentes e/ou reforçadas, estão associadas à prevenção dos comportamentos autolesivos e atos suicidários” (DGS, 2013, p. 49).

Deste modo, os fatores de risco e os fatores protetores podem ser compreendidos como polos opostos de um mesmo continuum. O reforço dos fatores protetores poderá contribuir para neutralizar ou atenuar a influência dos fatores de risco (Mirkovic et al., 2020). Assim, os programas de prevenção do suicídio devem incidir tanto na promoção dos fatores protetores como na redução dos fatores de risco identificados (DGS, 2013).

Estima-se que cerca de 90% dos suicídios estejam associados a perturbações mentais, nomeadamente perturbações de humor, como a depressão, consumo de substâncias psicoativas e dependência de álcool – principalmente se estes fatores estiverem associados entre si e na presença de ansiedade, insónia e anedonia –, perturbações da personalidade, perturbação bipolar e esquizofrenia (da Silva et al., 2014; DGS, 2013; França et al., 2019; Mullins et al., 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2012; WHO, 2014). Pode, assim, considerar-se que, embora o comportamento suicidário esteja frequentemente associado a psicopatologia, o suicídio constitui uma causa de morte prematura potencialmente prevenível (DGS, 2013; França et al., 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2012). Não obstante, segundo Mullins et al. (2022), a maioria das pessoas que apresenta perturbações mentais não tenta suicídio. Apresenta-se uma figura esquemática enquanto instrumento de apoio à avaliação do risco de suicídio e à definição do respetivo encaminhamento clínico.

**Figura 1** – Classificação de risco e encaminhamento



**Adaptado de:** Da Silva et al. (2014); Ordem dos Enfermeiros (2012); OMS (2006); Pereira (2023); SNS (2020).

É inquestionável o dever do profissional de saúde no cumprimento do segredo profissional, bem como o direito da pessoa à confidencialidade da informação clínica. Em conformidade com o n.º 1 do artigo 80.º do Código Civil, “todos devem guardar reserva quanto à intimidade da vida privada de outrem”. De igual modo, o artigo 195.º do Código Penal estabelece que “quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 240 dias”.

Não obstante, o artigo 339.º do Código Civil menciona que “é lícita a ação daquele que destruir ou danificar coisa alheia com o fim de remover o perigo atual de um dano manifestamente superior”, articulando-se com o n.º 1 do artigo 340.º, segundo o qual “o ato lesivo dos direitos de outrem é lícito, desde que este tenha consentido na lesão”. Assim, perante uma pessoa que manifesta intenção suicida, deverá ser esclarecido que a confidencialidade não é absoluta, podendo ser legitimamente quebrada quando exista risco sério e iminente para a vida ou integridade da pessoa ou de terceiros. Torna-se, por isso, essencial construir uma aliança terapêutica assente na verdade, na transparência, na confiança e no objetivo comum de proteção da vida, promovendo, sempre que possível, o consentimento e a colaboração da pessoa em sofrimento.

A pessoa não deve atravessar este processo de forma isolada. Ademais, sempre que apresente risco elevado de suicídio, deverá ser encaminhada para o serviço de urgência, preferencialmente acompanhada por um familiar ou por uma pessoa significativa.

A Organização Mundial da Saúde defendeu, em 2014, que o suicídio pode ser prevenido caso exista maior compromisso das autoridades de saúde pública e envolvimento das comunidades, através da implementação de planos e estratégias internacionais de prevenção. Em Portugal, a DGS elaborou um plano nacional para o período de 2013 a 2017, no qual foram definidas as principais linhas de intervenção para prevenir o suicídio, mantendo-se muitas das suas orientações atuais como referência.

Entre as medidas preconizadas, destaca-se a restrição do acesso aos meios e métodos de suicídio. Por exemplo, em contextos rurais, um dos métodos mais frequentemente utilizados é a ingestão de pesticidas; noutros contextos, como nos Estados Unidos da América, destaca-se o recurso a armas de fogo. Estes dados sugerem que a escolha do método está frequentemente associada à sua disponibilidade e acessibilidade (DGS, 2013; Quartilho, 2014). Perante estes factos, medidas como a restrição do acesso a meios letais, o controlo do acesso a armas, a limitação da disponibilidade de pesticidas e a implementação de barreiras físicas em locais de risco, como pontes, podem constituir estratégias essenciais de prevenção do suicídio, conquanto integradas num esforço multissetorial e coordenado.

Importa ainda referir que, em 1774, Johann Wolfgang von Goethe escreveu um livro cuja narrativa incide num jovem chamado Werther que, perante uma paixão impossível, mergulha num sofrimento emocional intenso que culmina no seu suicídio (Goethe, 2014). A ampla difusão desta obra foi associada ao aumento de suicídios entre jovens leitores, fenómeno que viria a ser designado como efeito Werther, ou suicídio por contágio. Neste sentido, torna-se fundamental prevenir este fenómeno, nomeadamente através de estratégias adequadas de comunicação mediática e de pós-venção, de forma a reduzir o risco de imitação e promover uma abordagem responsável do suicídio nos meios de comunicação social.

Em conformidade com o exposto, o suicídio é um fenómeno complexo e profundamente perturbador, frequentemente impregnado de mitos e segredos, cuja carga simbólica pode desencadear intenso sofrimento nos familiares e nas pessoas significativas de quem pôs termo à sua própria vida. A este propósito, Santos e Tavares (2014, p. 445) referem:

“Para quem o comete, pode ser visto como libertador e finalizador de uma dor psicológica insuportável, mas para os entes próximos e significativos, o suicídio representa habitualmente o início de um percurso de sofrimento intenso, que os enclausura numa herança aterradora e desconcertante, quase sempre cristalizada num pacto de silêncio impenetrável, agonizante e transformador de vida.”

Uma das medidas para prevenir o suicídio por contágio consiste na criação de programas de apoio dirigidos às famílias e aos amigos enlutados, designados na literatura como sobreviventes, os quais podem constituir um grupo particularmente vulnerável ao denominado efeito Werther. Estas intervenções de apoio e suporte aos familiares e amigos de pessoas que morreram por suicídio inserem-se nas denominadas estratégias de posvenção, cujos principais objetivos consistem em facilitar o processo de luto e prevenir o suicídio por contágio (DGS, 2013; Santos & Neves, 2014; Santos & Tavares, 2014).

Os sobreviventes podem desenvolver sintomatologia de stress pós-traumático, ansiedade, depressão e consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas, sendo este fenómeno particularmente relevante na adolescência, o que os torna, simultaneamente, mais vulneráveis à ideação suicida e aos comportamentos suicidários (Santos & Tavares, 2014). Por sua vez, Testoni et al. (2019) salientam que os sobreviventes que vivenciam processos de luto associados a elevado sofrimento psicológico, bem como aqueles que se encontram em situações de luto recente ou prolongado e necessitam de apoio especializado, podem manifestar emoções e reações como choque, ansiedade, tristeza, desânimo, incredulidade, culpa e sintomatologia depressiva.



De forma convergente, o estudo desenvolvido por Campos et al. (2020) evidenciou que o processo de luto vivido pelos sobreviventes pode assumir um carácter mais prolongado e complexo, estando frequentemente associado à ideação suicida e a tentativas de suicídio, em resultado da dificuldade de aceitação da perda, bem como a níveis mais elevados de angústia, ansiedade e hostilidade. Este processo pode ainda relacionar-se com a perceção de sobrecarga, traduzida na crença de constituir um fardo para os outros e na ideia de que a sua própria morte poderia representar uma solução para o sofrimento dos que os rodeiam. Tal como anteriormente mencionado, a prevenção do suicídio é a única forma de reduzir a mortalidade associada a este fenómeno (WHO, 2021).

“As estratégias de prevenção da ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas (tentativas de suicídio e suicídio consumado) implicam interações e sinergias multissetoriais, multiculturais e multiprofissionais, onde a vertente da saúde deverá funcionar como o núcleo central no planeamento, organização, operacionalização e avaliação, mas nunca de forma isolada” (DGS, 2013, p. 3).

Ademais, reconhecer e responder de forma adequada a um pedido de ajuda pode ser decisivo, na medida em que permite restaurar a esperança e reforçar a confiança no futuro.

A reflexão desenvolvida evidencia que a prevenção do sofrimento psicológico e do comportamento suicidário não pode limitar-se à identificação dos fatores de risco ou à intervenção perante situações de crise. Embora o reconhecimento precoce do sofrimento, a avaliação adequada do risco e o encaminhamento atempado constituam competências fundamentais dos profissionais de saúde, a sua eficácia depende igualmente de contextos organizacionais que promovam o bem-estar, reduzam o estigma e favoreçam o pedido de ajuda. Neste sentido, importa refletir sobre a forma como a responsabilidade pela saúde mental dos profissionais deve ser partilhada entre indivíduos, equipas, lideranças e organizações.

### **3. Da responsabilidade individual à responsabilidade organizacional**

Ao longo da sessão tornou-se evidente que a promoção da saúde mental dos profissionais de saúde não pode ser entendida como uma responsabilidade exclusivamente individual. Embora estratégias como o autocuidado, a gestão do stress, a promoção da resiliência e o recurso atempado ao apoio psicológico constituam importantes fatores protetores, estas medidas revelam-se insuficientes quando exercidas em contextos organizacionais marcados por sobrecarga assistencial, escassez de recursos humanos, violência laboral ou culturas

profissionais que desencorajam o reconhecimento da vulnerabilidade e o pedido de ajuda.

Os contributos apresentados durante o TEA evidenciaram que a promoção do bem-estar exige uma abordagem integrada que articule intervenções dirigidas aos profissionais com mudanças organizacionais sustentadas. Neste sentido, importa reconhecer o papel das organizações de saúde na criação de ambientes de trabalho psicologicamente seguros, através da implementação de dotações adequadas de profissionais, liderança de suporte, horários compatíveis com a recuperação física e emocional, prevenção da violência no local de trabalho, supervisão clínica e acesso facilitado a apoio psicológico. Estas medidas, identificadas como promotoras do bem-estar dos profissionais, constituem igualmente um investimento na qualidade, segurança e sustentabilidade dos cuidados de saúde.

Paralelamente, a reflexão em torno da prevenção do sofrimento psicológico e do comportamento suicidário reforçou que a intervenção não deve centrar-se apenas na resposta às situações de crise. Pelo contrário, exige uma cultura institucional que favoreça o reconhecimento precoce dos sinais de sofrimento, reduza o estigma associado à saúde mental e legitime o pedido de ajuda como um comportamento responsável e profissional. Como foi amplamente discutido durante a sessão, reconhecer a vulnerabilidade não representa um sinal de fragilidade, mas constitui frequentemente o primeiro passo para prevenir o agravamento do sofrimento e restaurar a esperança.

Neste contexto, a promoção da saúde mental dos profissionais deve ser entendida como um compromisso coletivo, envolvendo profissionais, equipas, lideranças, instituições e decisores políticos, numa lógica de corresponsabilização. Tal como preconiza a Direção Geral da Saúde, a prevenção do sofrimento psicológico e dos comportamentos suicidários exige intervenções multissetoriais e multiprofissionais, não podendo ser desenvolvida de forma isolada. Esta perspetiva traduz uma mudança de paradigma, na qual o bem-estar deixa de ser encarado apenas como uma responsabilidade individual para passar a constituir um indicador da qualidade das organizações de saúde.

A discussão com os participantes permitiu aprofundar esta reflexão através de uma questão que sintetizou, de forma particularmente expressiva, uma das principais mensagens do evento:

"Considerando os níveis de *burnout*, presentismo e rotatividade externa observados na enfermagem, não deveríamos começar a ver o bem-estar dos profissionais como um indicador da qualidade organizacional e da segurança dos cuidados, em vez de o tratar apenas como uma questão individual?"



Mais do que uma resposta definitiva, esta questão constitui um desafio para as organizações de saúde, para os decisores e para os próprios profissionais. Reconhecer o bem-estar dos profissionais como um indicador da qualidade organizacional implica assumir que cuidar de quem cuida não constitui apenas um imperativo ético, mas também uma condição essencial para prestar cuidados seguros, humanizados e sustentáveis.

Nesta perspectiva, importa reconhecer que o sofrimento psicológico e o comportamento suicidário resultam da interação de múltiplos fatores individuais, profissionais, organizacionais, sociais e culturais. A sua prevenção exige, por isso, uma abordagem integrada que promova o reconhecimento precoce do sofrimento, reduza o estigma associado à saúde mental, facilite o acesso a mecanismos de ajuda e fomente a criação de ambientes de trabalho psicologicamente seguros. Durante a sessão foram igualmente discutidas estratégias complementares de prevenção, como o Kit da Esperança (Hope Kit), enquanto recurso promotor de esperança e de ligação a memórias, pessoas e objetivos significativos, bem como a importância da prevenção, através do apoio às pessoas, equipas e comunidades afetadas por um suicídio.

### **Considerações finais**

A saúde mental dos profissionais de saúde constitui um desafio complexo, multidimensional e prioritário para os sistemas de saúde contemporâneos. Promover o bem-estar psicológico representa simultaneamente uma estratégia de proteção dos trabalhadores, de melhoria da qualidade assistencial e de fortalecimento da sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Cuidar de quem cuida constitui uma responsabilidade ética, profissional e organizacional. Reconhecer o sofrimento psicológico precocemente, promover ambientes de trabalho psicologicamente seguros e facilitar o acesso ao apoio são condições essenciais para prevenir o agravamento do sofrimento e reforçar uma cultura de cuidado. Neste contexto, procurar ajuda deve ser entendido como um comportamento de autocuidado, responsabilidade profissional e compromisso com a qualidade e a segurança dos cuidados, e não como um sinal de fragilidade.

Em coerência com esta mensagem, no final da sessão foram partilhados diversos recursos nacionais de apoio psicológico e de prevenção do suicídio, reforçando a importância de facilitar o acesso a mecanismos de ajuda sempre que necessário.

**Recursos de apoio**

| <b>Serviço</b>                                                                                                         | <b>Horário</b> | <b>Contacto</b>                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| <b>Linha de Prevenção do Suicídio e Apoio Psicológico</b>                                                              | 24 horas       | 1411                                      |
| <b>Linha SNS 24</b> (Opção 4 – Saúde Mental)                                                                           | 24 horas       | 808 24 24 24                              |
| <b>SOS Voz Amiga</b>                                                                                                   | 16h00–00h00    | 213 544 545<br>912 802 669<br>963 524 660 |
| <b>Voz de Apoio</b>                                                                                                    | 15h00–22h00    | 21 854 07 40                              |
| <b>Conversa Amigável</b>                                                                                               | 15h00–22h00    | 808 237 327<br>210 027 159                |
| <b>Hope Phone</b>                                                                                                      | 20h00–23h00    | 222 080 707                               |
| <b>Telefone da Amizade</b>                                                                                             | 16h00–23h00    | 228 323 535                               |
| Em situações de <u>risco iminente ou emergência</u> , contacte o 112 ou dirija-se ao serviço de urgência mais próximo. |                |                                           |



## Referências

- Azenha, S. & Peixoto B., (2014 a). Suicídio, cultura e religião. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Coord.), Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica. (pp. 3-13). LIDEL, editor.
- Azenha, S. & Peixoto B., (2014 b). Introdução à psicopatologia na ideação suicida. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Coord.), Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica. (pp. 299-306). LIDEL, editor.
- Campos, R. C., Holden, R. R., Spínola, J., Marques, D., & Santos, S. (2020). Exposure to Suicide in the Family: Suicidal Ideation and Unmet Interpersonal Needs in Young Adults Who Have Lost a Family Member by Suicide. *The Journal of nervous and mental disease*, 208(3), 201-207. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001106>
- Da Silva J. T.; Garrido P. & Saraiva C. B. (2014). Suicídio e comportamentos autolesivos. In Saraiva C. B. & Cerejeira J. (Coord.), *Psiquiatria Fundamental*. (pp. 455-471). LIDEL-Edições Técnicas, Lda.
- Da Silva, A., Henriques, M. R., Rothes, I. A., Zortea, T., Santos, J. C., & Cuijpers, P. (2021). Effects of psychosocial interventions among people cared for in emergency departments after a suicide attempt: a systematic review protocol. *Systematic reviews*, 10(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01609-5>
- Da Silva Ramôa, A. F. A., Soares, C., Castanheira, J., Sequeira, J., Fernandes, N., & Azenha, S. (2017). Comportamentos suicidários: caracterização e discussão de fatores de vulnerabilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(5), 321-32. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v33i5.12260>
- Decreto-lei n.º 47344 (1966). Diário do Governo n.º 274/1966, Série I de 1966-11-25, legislação consolidada (versão à data de 12 de novembro de 2021). Código Civil. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1966-34509075>
- Decreto-lei nº 48/95 (1995). Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15, legislação consolidada (versão à data de 24 de novembro de 2021). Código Penal. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>
- Direção Geral Da Saúde [DGS] (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio-2013/2017-Portugal. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio ([observatoriocuidados.org](http://observatoriocuidados.org))
- Durkheim (2011). O suicídio: estudo sociológico. 9.ª edição. Editorial Presença, LDA.
- França, C. C., Rebelo, A. R., Saraiva, C., Norinho, D., & Fonte, A. (2019). Caracterização dos Comportamentos Suicidas entre 2014-2016 no Alto Minho e sua Relação com os Cuidados. [pdf-with-cover-page-v2.pdf\(d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net\)](https://pdf-with-cover-page-v2.pdf(d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net))
- Goethe, J. (2014). A paixão do jovem Werther. Bertrand Editora, Lda.
- Mirkovic, B., Cohen, D., Garny de la Rivière, S., Pellerin, H., Guilé, J.-M., Consoli, A., & Gerardin, P. (2020). Repeating a suicide attempt during adolescence: risk and protective factors 12 months after hospitalization. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(12), 1729-1740. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01491-x>
- Mullins, N., Bigdeli, T. B., Børghlum, A. D., Coleman, J., Demontis, D., Mehta, D., Power, R. A., Ripke, S., Stahl, E. A., Starnawska, A., Anjorin, A., M.R.C. Psych, Corvin, A., Sanders, A. R., Forstner, A. J., Reif, A., Koller, A. C., Świątkowska, B., Baune, B. T., Müller-Myhsok,



- B., ... Lewis, C. M. (2019). GWAS of Suicide Attempt in Psychiatric Disorders and Association With Major Depression Polygenic Risk Scores. *The American journal of psychiatry*, 176(8), 651–660. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.18080957>
- Mullins, N., Kang, J., Campos, A. I., Coleman, J., Edwards, A. C., Galfalvy, H., Levey, D. F., Lori, A., Shabalin, A., Starnawska, A., Su, M. H., Watson, H. J., Adams, M., Awasthi, S., Gandal, M., Hafferty, J. D., Hishimoto, A., Kim, M., Okazaki, S., Otsuka, I., ... Ruderfer, D. M. (2022). Dissecting the Shared Genetic Architecture of Suicide Attempt, Psychiatric Disorders, and Known Risk Factors. *Biological psychiatry*, 91(3), 313–327. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.05.029>
- Neves E. L. (2014). Modelos psicológicos. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 69–76). LIDEL, editor.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária. Trabalho desenvolvido por iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP) – Mandato 2012–2015. GOBP – PrevSintDepressiva.pdf (rcaap.pt)
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2006). Prevenção do suicídio, um recurso para conselheiros. <https://www.nbccf.org/Assets/SuicideBrochure/Portuguese.pdf>
- Pereira A. (2023). A vida a cada 40 segundos... Prevenção de Comportamentos Suicidários [Relatório de Mestrado, Escola Superior de Saúde, do instituto Politécnico de Saúde]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/46635>
- Quartilho, M., (2014). Contextos sociais e interpessoais. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 15–31). LIDEL, editor.
- Santos N. & Neves E. L. (2014). Adolescência e comportamentos suicidários. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 225–240). LIDEL, editor.
- Santos S. & Tavares S. (2014). Sobreviventes. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 445–453). LIDEL, editor.
- Saraiva, C. B., & Gil, N. P. (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Cord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 41–54). LIDEL, editor.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2020). PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: MANUAL PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE. Campanha Nacional de Prevenção do Suicídio. <https://prevenirsuicidio.pt/>
- Testoni, I., Francescon, E., De Leo, D., Santini, A., & Zamperini, A. (2019). Forgiveness and Blame Among Suicide Survivors: A Qualitative Analysis on Reports of 4-Year Self-Help-Group Meetings. *Community Mental Health Journal*, 55(2), 360–368. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0291-3>

- World Health Organization [WHO] (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization. 9789241564779\_jpn.pdf (who.int)
- World Health Organization [WHO] (2021). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva. viewcontent.cgi (fiu.edu).
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Li LZ, Yang P, Singer SJ, Pfeffer J, Mathur MB, Shanafelt T. Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 2024;7(11):e2443059. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.43059
- Organização Mundial da Saúde. (1988). Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO.
- Machado, W. L., & Bandeira, D. R. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Avaliação Psicológica*, 11(1), 127-138.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- Waldo, M. (2014). Positive mental health: Concepts, implications, and interventions. *Counseling and Values*, 59(1), 5-18. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2014.00041.x>
- World Health Organization. (2024). Protecting health and care workers' mental health and well-being: Technical consultation meeting. [https://www.who.int/news/item/25-04-2024-202404\\_protecthw\\_mentalhealth](https://www.who.int/news/item/25-04-2024-202404_protecthw_mentalhealth).



# SAÚDE

ESCOLA SUPERIOR  
POLITÉCNICO SETÚBAL

**ESS.IPS.PT**

**T.** [+351] 265 709 300

**E.** INFO@ESS.IPS.PT

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CAMPUS DO IPS – ESTEFANILHA

2914-503 SETÚBAL

PORTUGAL