

Revista 126 | O desgaste psicológico dos enfermeiros. E quem cuida de quem cuida?

18 Setembro, 2025

O desgaste psicológico dos enfermeiros E quem cuida de quem cuida?

Exaustos, desvalorizados e com a saúde mental à beira do colapso. Em Portugal, cada vez mais enfermeiros enfrentam sintomas graves de burnout, ansiedade e depressão. As longas horas de trabalho, a escassez de recursos, a falta de apoio e sensibilidade institucional e a pressão constante estão a empurrar estes profissionais para o limite. Enquanto cuidam de todos os outros, é a sua saúde mental que fica esquecida.

O turno da manhã só começa às 8h, mas são 7h30 e já está no hospital – prefere chegar mais cedo para se preparar com calma. É enfermeira no Bloco Operatório e precisa de se vestir a rigor: pijama cirúrgico, touca, máscara, sapatos específicos. Verifica a lista das cirurgias do dia: estão previstas sete, incluindo duas de urgência. Tem um longo dia pela frente, com o turno a acabar apenas por volta das 17h.

Depois do briefing inicial com a equipa, são horas de pôr mãos à obra. Ao longo do dia, nas diferentes cirurgias, caber-lhe-ão diversas funções. Desde o pré-operatório – no qual terá de organizar a sala do bloco, verificar a devida esterilização dos instrumentos, coordenar o necessário com o anestesista, posicionar o doente com a ajuda da equipa -, à cirurgia – momento em que terá de entregar o material devido ao instrumentista, garantindo a segurança e a assepsia.

Ao assumir funções de instrumentista numa das cirurgias, o sentido de responsabilidade aguça-se naturalmente: cada pinça, cada agulha, cada compressa tem de estar no sítio certo, no momento certo. Cabe-lhe a ela entregar os diferentes instrumentos ao cirurgião com precisão milimétrica, contando e recontando o material. No final, prepara o material para esterilização e regista tudo o que foi utilizado.

Esta não é a descrição da rotina de nenhuma enfermeira em particular, mas será próxima do dia-a-dia de qualquer enfermeiro que trabalhe neste contexto. O trabalho no bloco operatório exige disciplina, atenção ao detalhe, resistência física e mental, e capacidade de trabalhar em equipa – características que, em bom rigor, pautam o trabalho de todos os enfermeiros, qualquer que seja o seu contexto de trabalho. Em contexto hospitalar público ou privado, num centro de saúde, nos cuidados continuados ou em domicílios, o dia de um enfermeiro é incontornavelmente marcado por uma carga física e emocional intensas.

Paralelamente à natural intensidade da profissão, as condições laborais dos enfermeiros desgastam-se a cada dia que passa: a escassez de profissionais aumenta a sobrecarga de trabalho – tantas vezes sob a forma de turnos -, levando em demasiados casos a uma carga horária excessiva; persistem vínculos precários; os salários não têm perspectivas de aumentar de forma justa; a profissão continua a não ser reconhecida como de desgaste rápido e a classe sente-se, em geral, desvalorizada.

Apesar desta conjuntura, a entrega profissional dos enfermeiros é inquestionável – o que coloca em causa a preservação da sua saúde física e mental. Por vezes, com consequências dramáticas: este ano, no mês de fevereiro, uma enfermeira de 33 anos que trabalhava no Bloco Operatório do Hospital de Tomar, diagnosticada com depressão, pôs termo à própria vida. Numa nota de pesar, a Unidade Local de Saúde (ULS) do Médio Tejo lembrou aquilo que nem sempre é tido em conta – quem cuida, também precisa de ser cuidado: “Nesta hora de luto e saudade, lembramos que, todos nós, profissionais de saúde, também precisamos de ser cuidados”.

O que dizem os estudos sobre o estado da saúde mental dos enfermeiros no nosso país?

Em Portugal, os enfermeiros enfrentam níveis devastadores de desgaste não só físico, como mental. E, mais do que uma perceção interna da própria classe, a verdade é que há várias investigações que o confirmam.

A mais recente, “NursesMH#Survey2024: A saúde mental dos enfermeiros portugueses”, realizada pelo Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento de Lisboa (CIDNUR) da Escola Superior de Enfermagem (ESEL) conclui que 74,3% dos enfermeiros em Portugal percebem negativamente a sua saúde mental, 30% apresentam sintomas de depressão grave, 87,4% apresentam sintomas de ansiedade e insónia, 17,3% tomam ansiolíticos e 17,7% tomam antidepressivos.

Este estudo surge depois de um primeiro realizado em 2018 pela mesma equipa – e, em geral, verifica-se um agravamento das várias variáveis estudadas. Em traços gerais, os enfermeiros têm hoje uma maior carga de trabalho, dormem pior e tomam mais psicofármacos, enquanto a sua perceção sobre a sua saúde física e mental em todas as dimensões estudadas também piorou significativamente: saúde mental em geral, disfunção social, ansiedade e insónia, sintomatologia somática e sintomatologia de depressão grave.

Paulo Seabra, enfermeiro e um dos autores do estudo, destaca que, neste estudo, “cerca de 29% dos enfermeiros sinalizaram sintomatologia de depressão grave, com aumento. Das quatro dimensões que o estudo tem, este foi o parâmetro que mais aumentou – 6,4% em relação há 5 anos. Foi o maior aumento das quatro dimensões. Eram 22% e agora são 29%”. Questionado sobre os motivos que poderão justificar este aumento, o investigador aponta alguns caminhos, mas indica que o estudo não é conclusivo nesse sentido.

“Os fatores relacionados com as questões do humor são naturalmente associados às questões da ansiedade, mas, neste estudo, houve uma coisa que fica como repto para trabalharmos daqui para a frente: houve um aumento da percentagem de “[...]74,3% dos enfermeiros em Portugal percebem negativamente a sua saúde mental, 30% apresentam sintomas de depressão grave, [...]” enfermeiros jovens. Há mais enfermeiros jovens neste estudo do que no outro. O grupo até aos 30 anos é mais representativo. Nesta perspetiva, quando me pergunta quais são os fatores, nós não temos a possibilidade de dizer que são estes. Há um conjunto de fatores que nós sabemos, na literatura, que se associam a esta questão da alteração do humor. Nós esperaríamos que estivesse mais associada às faixas etárias mais avançadas, com mais anos a trabalhar por turnos, mas não foi

isso que se verificou. Ou seja, o dado é muito mais relevante nos enfermeiros mais novos”, afirma o investigador.

Contudo, há um fator muito claro: a pandemia Covid-19 contribuiu significativamente para o desgaste dos enfermeiros e, portanto, impactou as dimensões analisadas no estudo. Ao mesmo tempo, uma nota positiva: motivou os enfermeiros a passarem a monitorizar melhor a forma como se sentem. “Uma coisa que a pandemia nos trouxe foi uma melhor identificação ou uma melhor monitorização do nosso estado. A maior parte da população, e tendo os enfermeiros passado o que passaram e o impacto que isto teve em nós, estamos mais conscientes e mais atentos a conseguir assinalar aquilo que se passa connosco. Estamos melhor preparados, depois de passarmos por algo que deixou muitas marcas”, acredita o enfermeiro.

Paulo Seabra especifica: “Os estudos que foram feitos a quente, em cima da pandemia, demonstraram isso: esta perceção de mais depressão, de níveis alarmantes de ansiedade, já para não falar do extremo em que, na nossa profissão, foi vivida a pandemia. Por isso é que nós não replicámos os dados em 2023, esperámos quase mais um ano, ano e meio, para ficarmos o mais distantes possível da pandemia, para podermos ver isto com alguma distância. O que fica é que hoje toda a gente tem uma melhor monitorização do seu próprio bem-estar. Acho que foi uma das grandes vantagens que a pandemia nos trouxe”.

Outro dos aspetos positivos resultantes da Covid-19 é a diminuição do estigma, entre os próprios enfermeiros, em relação à saúde mental. Conforme explica Paulo Seabra, “há aqui um dado muito interessante, que perguntámos este ano e que não tínhamos perguntado da outra vez, que foi se ‘teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico nos últimos 30 dias’, e 21% das pessoas disseram que sim. Isto é um dado que mostra uma maior abertura para revelar. Quando 21% diz que ‘eu estou em acompanhamento psicológico nos últimos 30 dias’, isto é um dado muito positivo, no sentido de as pessoas verbalizarem que estão à procura de acompanhamento. Claro que nos preocupa porque é que estas pessoas têm necessidade de acompanhamento, 21% é uma taxa superior à da população em geral. Claro que também estamos a falar de uma profissão de desgaste. Nós tivemos, neste estudo, o assinalar de uma maior sobrecarga de trabalho. A perceção de que a carga de trabalho é elevada ou muito elevada aumentou, nos turnos da manhã e nos turnos da noite.”

É certo que os números podem confirmar um aumento, mas a perceção de que a enfermagem é uma profissão desgastante e que os enfermeiros se sentem sobrecarregados nada tem de novo. E foi o ponto de partida para uma outra investigação, do enfermeiro Paulo Queirós, ao fim de 10 anos a exercer, “Burnout: no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses”, publicada em 2005. “Uma coisa que constatei, quando comecei a trabalhar, é que os colegas da minha idade que não foram para enfermagem mantiveram-se jovens durante muito tempo. Eu olhava-me ao espelho e olhava os meus colegas e via um envelhecimento precoce muito grande. Isto inquietou-me e talvez tenha sido este o ponto de partida para tentar perceber quais as razões profundas para esta profissão ser tão desgastante, sob o ponto de vista físico, que se traduzia no envelhecimento acelerado”, confessa.

Paulo Queirós, hoje exclusivamente dedicado à Academia, recorda como, quando começou a trabalhar como enfermeiro, os colegas se referiam ao hospital como “a casa de sofrimento”. “Alguém que define, quando há problemas, como ‘tem paciência, que o hospital é uma casa de sofrimento’, é algo tremendo. Não pode ser. O hospital tem de ser uma casa de revivescimento, tanto para as pessoas que lá estão, como para os profissionais”, defende o professor, que atribui esta postura dos colegas às condições de trabalho, aos ritmos “alucinantes” da profissão e ao trabalho por turnos “extremamente penalizante”.

“Isso foi outro ponto de partida para perceber que esta situação de alguma desistência da vida, que já é um sinal sintomático, gravíssimo, de que algo não está bem, acumular com o achar que é um mal inevitável, que é assim porque é assim, juntado com o mito profissional de que nós, a nossa profissão, é para se dar aos outros e uma profissão em que estamos cá, sobretudo, para não pensar em nós e pensarmos nos outros. Tudo isto é terrível, mas tudo isto está estudado, como acabei depois por constatar. Sob o ponto de vista da saúde mental, e da saúde mental relacionada com a psicopatologia do trabalho, está bem descrito. Estudava-se já há muito com médicos e começou-se a estudar isso também com a enfermagem. Também há aqui um conceito muito interessante da

sociologia. A sociologia das ausências, que é uma construção sociológica relativamente recente, que tem este construto que é aquilo que é socialmente produzido para não existir. Os enfermeiros, e tudo o que roda à volta dos enfermeiros, durante muito tempo foi socialmente construído como se não existisse. Não se faz referência, não se estuda, não se conhece, basta conhecer os outros, estudar os outros. É a história da segregação. E perceber o que vai além da segregação, que é haver alguma intencionalidade social, ou objetiva ou socialmente construída, como se não existisse e, não existindo, não é estudado, não é questionado”, explica o investigador.

Para compreender o impacto da profissão na vida dos enfermeiros e como o burnout afeta a classe, Paulo Queirós defende que é necessário caracterizar primeiramente o trabalho em si, marcado por diversas características “condicionantes de toda a psicopatologia do trabalho” e que prejudicam profundamente a saúde mental. O investigador descreve que a enfermagem é uma profissão fortemente hierarquizada, com baixa autonomia dentro e fora das equipas, exigindo constante negociação de espaços e reconhecimento. A forte componente relacional, muitas vezes com pessoas em crise, aliada à fraca preparação comunicacional, gera um desgaste emocional contínuo. Além disso, a exposição constante à morte, a ritmos de trabalho intensos ou excessivamente monótonos, a interrupções frequentes de tarefas e a imprevisibilidade, especialmente em serviços de urgência, aumentam os níveis de exaustão e burnout.

A isto, aprofunda Paulo Queirós, soma-se ainda o trabalho por turnos, aos fins de semana e, muitas vezes, o duplo ou o triplo emprego, o que leva ao estreitamento da rede social dos enfermeiros e à diminuição do suporte emocional. A profissão sofre os efeitos da antecipação dos turnos, da dupla jornada de trabalho e da ambiguidade no reconhecimento social, agravada pela precarização laboral e pela desvalorização salarial. Paralelamente, lembra o investigador, a formação está baseada em mitos profissionais – como o da competência imediata, o da autonomia plena, o da realização garantida, o da camaradagem entre equipas e o do doente ideal -, que criam expectativas irreais e frustrações constantes (ver destaque “Sobre os mitos da profissão de enfermagem”). A socialização profissional precoce, com inserção de jovens em contextos exigentes logo nos primeiros anos de formação sem o devido acompanhamento, acentua ainda mais os riscos para a saúde mental dos enfermeiros. Finalmente, a enfermagem continua a ser uma profissão maioritariamente feminina: “Há uma outra característica que é ser fortemente feminizado, desde a segunda metade do século XX. Equipas mistas, entre homens e mulheres, são equipas em que se fortalecem uns aos outros e que conseguem, no jogo de poder entre as estruturas, lidar com muito mais facilidade. Claro que isto tem a ver com condicionantes que ainda existem, e que temos de combater, mas que são uma realidade social, do trabalho feminino. Isto prende-se também com a dupla exaustão das mulheres, do trabalho e da vida familiar, a lida de casa, os filhos”, descreve.

Nesta investigação, Paulo Queirós explica que estudou o burnout conjugal e o burnout no trabalho e a combinação de ambos. “As pessoas ficam em burnout, tanto no trabalho, como na conjugalidade, sobretudo, por frustração das expectativas. É evidente que tudo isto ajuda, as condições de trabalho, as características do trabalho dos enfermeiros, mas aqueles profissionais que são mais dedicados à causa, como acontece na relação conjugal, são os que mais facilmente se desajustam das expectativas que não conseguem atingir. O que constatei foi que havia influências do trabalho na conjugalidade, que o burnout do trabalho se relacionava com o burnout conjugal, e as influências eram maiores do burnout profissional sobre o burnout conjugal. São mais os problemas do trabalho a influenciarem na desestruturação familiar, do que a desestruturação familiar a influenciar as condições de trabalho. Muitas vezes, o trabalho até surge como amortecedor, como fuga dos problemas conjugais e o contrário não se verificava”, afirma.

O investigador destaca, por outro lado, as evidentes diferenças de género que a investigação expôs: “por exemplo, as enfermeiras que tinham horários de trabalho que correspondiam a duplos empregos ou a muitas horas extraordinárias, mais facilmente entravam em exaustão do que os homens. Isso é perceptível. Os homens, não – mesmo com sobrecargas de trabalho elevadas, em termos de horários, não havia tanto problema relacionado com isso. A leitura que faço é que a disponibilidade para poder ter uma saúde mental assertiva, um relacionamento assertivo, tanto em casa, na conjugalidade, como no trabalho, com os utentes e com os colegas, é maior naqueles que têm menos encargos e pessoas à sua dependência, quer sejam filhos, quer sejam ascendentes”.

Volvidos 20 anos do seu estudo, Paulo Queirós acredita que as conclusões continuam hoje ainda relevantes, mesmo num contexto pós-pandémico. “Pelos anos 90, começou-se a estudar o burnout em Portugal, com enfermeiros e com profissionais de saúde. Os contextos de trabalho hoje, com estas características que descrevi há pouco, poucas diferenças terão. Acrescem algumas, para pior”, defende. O investigador dá o exemplo do stress que advém da necessidade de registos: “agora aparece em todos os manuais da psicopatologia do trabalho e haverá muitos enfermeiros confrontados com isso. Por outro lado, ligado ao tecno-stress, há outra coisa, que é o significado do trabalho. Eu nem sei se vou ser mauzinho, mas registos e mais registos e mais registos, com aplicativos que depois ninguém lê, ninguém estuda, ninguém faz nada sobre aquilo, é um enorme desperdício e uma enorme sobrecarga para os enfermeiros. É mais expressiva em algumas instituições do que em outras, mais para o norte do que para o sul, bem o sabemos. Até seria interessante fazer estudos, na jornada de trabalho do profissional, quanto tempo demora a fazer aquela sucessão de registos que não tem continuidade nenhuma, nem utilidade nenhuma. Isso, para mim, é modernismo-stress. Está descrito na psicopatologia, está relacionado com a falta de significado do trabalho. Aquilo serve para quê? Quando a gente faz uma série de coisas que não serve para nada, toma consciência de que se está a massacrar para fazer uma série de coisas que não tem consequência, nem para o utente, nem para a profissão, nem para a disciplina, nem para coisa nenhuma. Isso é outro fator de stress atual”.

Paulo Queirós destaca um outro fenómeno que, ainda que nunca tenha sido estudado, empiricamente parece estar a aumentar entre os enfermeiros: a ideação suicida. “Não há estudos e é difícil fazer estudos. A percepção que temos é que, de vez em quando, chega-nos o relato de um ou outro enfermeiro que se matou durante a noite. De repente, lembrei-me de dois. Isto, não tendo uma expressão epidemiológica significativa – embora se saiba, e está nos livros de burnout, que as taxas de suicídio, entre médicos, eram significativamente mais elevadas do que para o resto da população. Para os enfermeiros, não há esse estudo. É uma situação preocupante porque é uma situação limite que só pode ser resolvida com bons serviços de saúde ocupacional e com bons trabalhos de equipa. E mesmo com um bom trabalho de equipa, as coisas acontecem”, lamenta.

Neste âmbito, Paulo Queirós acredita que a tomada de decisão de abandonar a enfermagem e entrar noutras profissões é um indicador de lucidez, porque revela que os enfermeiros que o fazem perceberam que não estão bem, e lança o repto de que urge estudar estes fenómenos: “Hoje em dia, a percepção que temos dos jovens que formamos é que alguns trabalham dois ou três anos e depois vão fazer outra coisa. Esses dados eram urgentes de serem quantificados porque isso ajuda a perceber a realidade – não só a ideação suicida, como o suicídio, como também a questão do abandono profissional. São coisas completamente diferentes, com dimensões completamente diferentes. Há taxas de abandono muito grandes e, às vezes, até para empregos muito menos qualificados, mas que corresponderão a estabilidade emocional ou ao bem-estar relativo por parte das pessoas e que se prende com o tal jogo das expectativas. Pode ser mais importante terem tempos livres para eles do que esta cadeia de turnos atrás de turnos e esta correria louca”.

O que fazer para mudar esta realidade?

Feito o retrato possível do estado da saúde mental dos enfermeiros, importa perceber o que se pode fazer para iniciar uma mudança. E os especialistas mostram-se esperançosos.

Paulo Seabra revela que, de acordo com a sua investigação, praticar desporto, ter hobbies e dormir bem é fundamental: “Os enfermeiros que praticam uma atividade desportiva ou um hobby têm 48% menos probabilidade de ter uma pior saúde mental. Ou seja, conjugar atividades da vida particular fora do contexto de trabalho. Depois, temos outro dado que é, por exemplo, em relação ao sono, por cada hora a mais de sono – e os enfermeiros continuam a dormir muito mal, há pessoas a dormir menos de 4 horas, em média, por semana, 50% dos enfermeiros dormem menos de 6 horas, na mediana – por cada hora de sono a mais, diminui a probabilidade de ter uma percepção negativa”.

Por isso, acredita, “pode-se, de alguma forma, conjugar estas questões. O que é que podem ser atividades

protetoras? O sono, os hobbies, o lazer, a questão, que volta exatamente como em 2018, dos fins de semana livres. É mais acentuado que o número de folgas, o poder conjugar a vida familiar aos fins de semana é mais protetor do que o número de folgas”.

Mas Paulo Seabra nota que, do lado das instituições, também é necessária outra postura. “Quando os enfermeiros dizem que há um agravamento da sua percepção de carga de trabalho, relacionada diretamente com esta questão, a resposta é: deve fazer-se tudo o que se possa para diminuir esta percepção da carga de trabalho. Ou seja, rácios, horas de jornada, a possibilidade de podermos encontrar alguma maneira para que as pessoas possam ter mais fins de semana com os seus familiares. Porque é que temos de fazer todos o mesmo tipo de horário? Se calhar há pessoas que, em certas fases da vida, podem fazer um certo tipo de horário e outras pessoas fazerem outro tipo de horário, noutra momento da sua vida. São coisas mais protetoras”, lança o investigador.

Por sua vez, também o professor Paulo Queirós indica vários caminhos que, acredita, podem retirar algum peso aos enfermeiros. “Primeiro, equipas mistas compostas por mais velhos e mais novos. Mais velhos que assumam o acompanhamento dos mais novos. Segundo, serviços de saúde ocupacional realmente a funcionar, que não sejam apenas para fazer os exames, o eletrocardiograma, que está previsto na legislação como serviços mínimos, mas que sejam efetivamente para funcionar. Que façam aquilo que está previsto na legislação: que é o levantamento dos riscos ocupacionais, incluindo os psicoemocionais, dos diferentes contextos, e que não está a ser feito. Também, o reforço do trabalho em equipa, com sensibilidade suficiente para perceber as diferenças individuais e trabalhar estas dimensões emocionais sem ser intrusivo nas vidas particulares de cada um. Na vertente de perceber que há disponibilidade da equipa para acolher alguns momentos em que a pessoa não está tão disposta para. Enquadrar e perceber isso. Isto era essencial”, defende.

Paulo Queirós lembra ainda a importância de trabalhar questões como o reconhecimento social da enfermagem, o aumento dos salários ou a redução do horário de trabalho.

“Outra coisa essencial, era continuar esta vertente de aumentar o reconhecimento social ao nosso trabalho por forma a tentar diminuir os duplos e triplos empregos, criando maior disponibilidade financeira nas pessoas porque acredito que a maior parte das pessoas abandona porque os rendimentos são muito baixos, são vergonhosos, continuam a ser, apesar dos pequenos aumentos, para o risco profissional que se tem. Aliás, comparado com o Brasil, até as cargas horárias são maiores, eles estão na generalização do horário de trabalho de 30 horas para toda a gente. Nós não temos condições hoje para reivindicar menos do que as 35 horas, mas para reivindicar as 35 horas como o horário base aceitável, devidamente remunerado”, conclui.



Duas enfermeiras, dois casos que ilustram como o trabalho afeta a saúde mental e física

Num setor caracterizado por falta crónica de recursos humanos, condições de trabalho precárias e falta de empatia por parte das administrações, não foi difícil encontrar enfermeiros disponíveis para partilhar como se tornaram vítimas às mãos da profissão, com consequências devastadoras para a sua saúde mental (e física).

É o caso da Enfermeira Ana. Entre 2019 e 2022 exerceu funções na Cruz Vermelha, e relata um período profundamente marcado por abusos laborais, mobbing (assédio moral continuado no trabalho) e desrespeito pela dignidade humana.

“Durante o Covid-19 eu trabalhava na Cruz Vermelha, no aeroporto, e tiraram-me daí para os postos fixos que tinham criado. Nesses postos fixos, as testagens eram feitas de uma forma massiva, de dois em dois minutos eu tinha alguém sentado à minha frente. Depois, começaram a exigir coisas completamente descabidas. Por exemplo, para não gastarem muitos fatos, cada vez que tínhamos de ir à casa de banho, queriam que colocássemos uma fralda – e eu recusei, eu e a auxiliar que me estava a prestar auxílio, jamais iríamos pôr uma fralda ou deixarmos de tirar o fato para podermos ir beber água, comer, ir à casa de banho, o que fosse. Depois, começámos a não fazer só testagem fixa, mas também testagem móvel. A testagem móvel, imaginemos, para um lar, tínhamos cento e tal pessoas, as pessoas todas que estivessem no lar. Saíamos desse sítio e íamos para outro sítio e para outro sítio e as horas de pausa e de refeições não eram contabilizadas e eram só quando eles quisessem. Quando eu comecei a expor que aquilo era completamente desumano, comecei a ser persona non grata. Acabaram as testagens Covid-19, eu recusei-me a ir para os postos de unidade móvel porque, imagine, num dia decidiam para onde íamos no dia seguinte. Tinham hora de início, mas não de término, era como se fossemos... Deixávamos de ser pessoas. Sabíamos a hora em que entrávamos ao trabalho; a hora a que saíamos do trabalho era indiferente e, para eles, era aceitável”, recorda.

Perante a atitude da enfermeira, a postura da instituição foi de retaliação: “Acabou a altura do Covid-19 e começaram a fazer coisas para me tirarem de lá. Na altura, tinham um posto de primeiros socorros na Culatra, mandaram-me para a Culatra. Só queriam fazer lá coisas e eu não concordava com isso, por isso tiraram-me da Culatra, e puseram-me nas ambulâncias. Nas ambulâncias, nada tinha a ver com enfermagem, era carregar pessoas para os serviços de fisioterapia, levar para o hospital, era TAT (Tripulante de Ambulância de Transporte), não era enfermeira. Depois, começaram a pôr-me só com pessoas mais pesadas, pessoas com cento e tal quilos, eu fixa e os TAT que iam comigo eram rotativos porque era considerado um serviço pesado. Eu queixava-me das lesões nas costas, do edema, que já era visível, e eles recusavam-se a fazer alguma coisa. Nisto, fui a uma consulta com o médico da medicina do trabalho e disseram que eu não podia carregar pesos, ou seja, eu podia deslocar uma cadeira de rodas, mas carregar em altura, não. E o que é que eles começaram a fazer? Sentiram-se contrariados em relação a isso e, então, puseram-me nas ambulâncias a abrir e a fechar aquele patim. Só a abrir e a fechar o patim, era o meu trabalho. Após isso, espetaram comigo num sofá. Eu estava 8 horas, 4 horas de manhã – alongaram-me o horário, para chatear – e mais 4 horas à tarde. Durante essas 4 horas nada me era atribuído, eu tinha de estar num sofá, nem podia circular pela instituição, para que soubessem onde eu estava. Todos os trabalhos de enfermagem eram feitos por enfermeiros externos. Imagine, eles diziam: ‘Ana, vais ter um trabalho de enfermagem.’ E o que é que faziam? Eu estava preparada, à hora que era suposto, e eles diziam: ‘Afinal já não vais, contratámos alguém para ir fazer o serviço’.”

Até que lhe extinguiram o posto de trabalho. “O lapso deles foi extinguirem o meu posto de trabalho, porque isso foi fácil de provar em tribunal, porque a Cruz Vermelha está sempre a recorrer a enfermeiros externos para fazerem os diversos serviços que a Cruz Vermelha faz. Ganhei o processo e tiveram de me pagar uma indemnização. Ganhei a primeira vez, eles apresentaram recurso e, no recurso, voltei a ganhar. Depois não apresentaram mais nenhum recurso, ficou tudo provado”, explica.

A situação teve efeitos irrefutáveis na saúde mental da enfermeira, conforme recorda Ana: “a minha autoestima deixou de existir, não me sentia sequer uma pessoa. Em termos de relacionamentos, na altura, terminei o relacionamento com o meu namorado porque era completamente impossível, eu era completamente instável,

chorava por tudo e por nada, qualquer coisa me irritava, qualquer coisa que me dissessem eu explodia, era muito complicado. Eu não me sentia, de todo, pessoa”. E, se enquanto ainda trabalhava tinha acompanhamento psicológico, quando ficou desempregada deixou de ter possibilidades para tal. E a forma como se sentia, confessa, prolongou-se por muito tempo.

À semelhança de Ana, também a enfermeira Joana (nome fictício) passou por uma experiência que envolveu lesões físicas provocadas pelo trabalho, uma evidente falta de apoio, empatia e sensibilidade institucional e até negligência médica, que tiveram um impacto severo na sua saúde mental. Com a agravante de ter um historial de depressão profunda diagnosticada.

“Tenho 61 anos. O primeiro acidente em serviço que tive foi em 2017, lesionei a lombar. Fui enviada para o seguro, fui ‘bem acompanhada’, enviaram-me para a fisioterapia, propuseram cirurgia, mas eu recusei porque não confio nos médicos em questão. Entretanto, com a fisioterapia, fui conseguindo alguma recuperação e voltei ao serviço passado meio ano, talvez. Como era um serviço pesado, pedi transferência de serviço e também pedi, na altura, para não estar escalada para seguir turno, no caso de algum colega faltar, e de não fazer os transportes inter-hospitalares. O chefe, na altura, concordou com a transferência de serviço, mas não com o resto. Eu pedi na mesma e fui aceite”, relata Joana.

Em fevereiro de 2018 sofreu uma queda fora do trabalho ao passear a sua cadela, causada por uma dor nas costas que a deixou sem força nas pernas. Na queda, fraturou o pé esquerdo, tendo sido operada três vezes, sem nunca recuperar totalmente. Mesmo após as cirurgias, permaneceu dependente de canadianas e, mais tarde, de cadeira de rodas. Esteve de baixa durante três anos e, ao receber alta pelos médicos da ADSE, foi-lhe indicado que bastava cumprir 30 dias úteis de trabalho antes de poder voltar a meter baixa. Ao regressar ao serviço, conforme explica à Enfermagem em Foco, contactou previamente as chefias para pedir um posto compatível com a sua condição física. Foi colocada na consulta externa para realizar testes à Covid-19, onde conseguiu adaptar-se, graças à existência de pontos de apoio. Após o fim dos testes, foi transferida para a pequena cirurgia, onde também conseguia desempenhar funções com apoio nos balcões e mantendo o pé direito como base. No entanto, em maio de 2023, voltou a sofrer outra fratura no mesmo pé, novamente fora do contexto laboral, após novo episódio de dor intensa nas costas e fraqueza na perna. Desta vez, não foi operada: os médicos apenas recomendaram o uso de bota walker e repouso absoluto por seis semanas. “Depois logo se vê como te sentes”, disseram-lhe.

“Recomecei a trabalhar em julho de 2023. Em agosto, a médica que estava a fazer a pequena cirurgia precisou que eu instrumentasse, além de circular, e eu estive mais de uma hora de pé, em posição ingrata. Foi aí que a minha lombar se ressentiu outra vez. Reabri acidente em serviço e fui muito bem atendida na urgência, por uma médica das antigas, muito sensível para o problema dos profissionais, e deu-me baixa, até outubro. Em setembro de 2023, parti o pé direito e não me quiseram operar, por ter sido mal diagnosticado e só foi diagnosticado por insistência minha. Tenho tido um azar enorme”, lamenta a enfermeira.

Durante a fisioterapia, Joana foi confrontada agressivamente por um enfermeiro da saúde ocupacional, que a acusou de mentir. Defendeu-se, explicando que a renovação da baixa era responsabilidade daquele serviço. Após pressão dos serviços, conseguiu nova baixa. Foi avaliada por um médico fisiatra, diretor de serviço, que desvalorizou as queixas lombares e prescreveu-lhe apenas palmilhas ortopédicas. Sem melhorias apesar da fisioterapia, o médico prescreveu uma infiltração lombar e suspendeu a fisioterapia, mas não a notificou, e Joana só soube quando não foi recolhida para as sessões.

“Fiquei sem fisioterapia, sem infiltrações e com outro problema: nunca mais me chamavam para a junta médica da ADSE, até que eu liguei para saber o que se estava a passar e percebi que eles não tinham informação sobre eu estar de baixa. Contactei o sindicato, que se informou junto dos recursos humanos. Foi uma grande falha: achavam que, como era uma reabertura de acidente em serviço, não era preciso mandar a junta médica da ADSE. Eu podia estar a incorrer numa falta grande, sem saber. Estava de baixa desde 2023 e só em novembro de 2024 é que fui à junta médica da ADSE”, recorda.

Só com o apoio do SEP conseguiu regularizar a situação, tendo ido à junta médica apenas em novembro de 2024. “Acabei por pedir o atestado de incapacidade multiusos, deram-me 75% de incapacidade, e estou a tentar perceber as voltas burocráticas que tenho de dar, é uma confusão e há entendimentos ambíguos, para conseguir que venham aqui colocar umas escadas elevatórias, para eu poder sair de casa. Pelos vistos, é com financiamento a 100%, só que há voltas a dar.”

Com um historial de depressão profunda, a sucessão de acidentes de trabalho que sofreu afetou significativamente a sua saúde mental – nunca lhe foi oferecido acompanhamento psicológico ao longo de todo este processo. E questiona-se se as juntas médicas da ADSE não terão registos do seu diagnóstico.

A viver sozinha, e sem poder sair de casa, desabafa não ter nunca tido uma palavra amiga de colegas ou das chefias da instituição. Sem perspectivas, diz sentir-se “abandonada e desesperada”. “O meu dia a dia é... Só me apetece bater com a cabeça na parede. Tenho um senhor que mora aqui perto e que faz o favor, eu pago, mas faz-me o favor de disponibilizar algum tempo para vir despejar o lixo e ir à caixa de correio. E quando preciso ir ao dentista ou ao ginecologista, que já não ia há três anos, ele também abriu uma exceção e faz tipo de uber para me ajudar, porque também tem a sua vida pessoal e profissional e familiar dele. Só tenho essa pessoa que me ajuda, mas com muitas limitações porque, claro, tem a vida dele”, conclui a enfermeira.

A saúde mental em Portugal: uma reforma adiada

Se é certo que a saúde mental dos enfermeiros é motivo de preocupação, também o é a da população em geral: os estudos apontam elevados níveis de sofrimento psicológico e uma prevalência significativa de doenças mentais. Portugal é o quinto país europeu com maior prevalência de doenças mentais e, de acordo com o estudo “World Mental Health Survey” da Organização Mundial da Saúde (OMS), 1 em cada 5 portugueses sofre ou já sofreu de uma perturbação mental ao longo da vida, com os diagnósticos de ansiedade e de depressão entre os mais comuns.

Apesar desta prevalência, o acesso aos cuidados de saúde mental continua a ser problemático: faltam profissionais especializados, o custo das consultas e da medicação é impraticável para muitas carteiras e continua ainda a existir estigma em torno deste tipo de perturbações. Mais: na hora de distribuir o orçamento para a Saúde, a saúde mental continua, ano após ano, a ser o parente pobre.

Com o objetivo de colmatar estas falhas, a Lei da Saúde Mental, aprovada em 2023, lançou a Reforma da Saúde Mental. À Enfermagem em Foco, Miguel Narigão, enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiatria à frente da Coordenação das Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental e do Conselho Nacional de Saúde Mental, e coautor do relatório Reforma da Saúde Mental em Portugal. Três anos de transformação, publicado em 2024, explica que a reforma é realmente necessária: “Nós temos um grande problema de perturbações de saúde mental, a prevalência é muito elevada, não só na população em geral, mas entre os enfermeiros. Nós somos parte da população e temos os mesmos problemas, a que se juntam outras dificuldades, mas a dimensão do problema é tão grande, acompanhada por uma série de determinantes que não têm a ver especificamente com a saúde geral das pessoas que influenciam essa saúde, e influenciam de forma muito evidente da parte da saúde mental, torna esta reforma fundamental. Principalmente, porque aproxima os serviços das pessoas, não fica à espera que elas vão ter com os serviços”.

A Reforma da Saúde Mental segue os princípios e recomendações preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela União Europeia (UE) e assenta em três pilares: legislativo, organizativo e assistencial. Está estreitamente ligada ao Plano Nacional de Saúde Mental e à implementação da Estratégia para as Demências e tem como objetivos implementar os Planos Regionais de Saúde para as Demências, promovendo uma sólida resposta intersectorial às pessoas que vivem com demência, às suas famílias e cuidadores, tirando partido das iniciativas que já existem e com resultados positivos; integrar os doentes atualmente residentes em hospitais psiquiátricos e em entidades das ordens religiosas na comunidade, através da criação de respostas residenciais

adequadas; concluir a cobertura nacional dos Serviços Locais de Saúde Mental nas vertentes de internamento, ambulatório e intervenção comunitária; alargar o número de vagas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados especificamente para doentes de saúde mental; adequar as respostas dos vários setores para as pessoas que vivem com demência, bem como às suas famílias e cuidadores, facilitando o acesso destes cidadãos ao sistema de saúde.

A verba de 85 milhões de euros atribuída pelo PRR permitirá diversos investimentos, como a criação de residências na comunidade que permitam retirar os doentes residentes em hospitais psiquiátricos, a construção de quatro unidades de internamento em hospitais gerais e a criação de 15 centros de responsabilidade integrados.

Neste momento, como reconhece Miguel Narigão, “falta concretizar a reforma. Ainda há muito para fazer, e há um trabalho fundamental, que é também uma mudança no funcionamento dos serviços de saúde mental e que obriga a que os profissionais tenham uma nova perspetiva da intervenção de saúde mental. Mudar isto, digamos que é o mais difícil, normalmente. Nós temos as medidas. O decreto-lei da reorganização dos serviços de saúde mental acho que é perfeito, mas a implementação obriga a que as pessoas se movimentem e obriga a um esforço grande e obriga a preparar-nos para diferentes tipos de intervenções a que não estávamos habituados. Por exemplo, na área dos profissionais, têm uma formação muito centrada na área hospitalar, isso é algo que as escolas de enfermagem têm de perceber que têm de procurar outros contextos, procurar atualizar os currículos de modo a fazer com que a sua formação pré-graduada e pós-graduada se adapte a esta reforma e às necessidades que a população vai tendo e que vão sendo sempre diferentes”.

Apesar do trabalho ainda por fazer, o enfermeiro mostra-se positivo: “há várias áreas que estão a caminhar. Nós temos muitas mais equipas comunitárias de saúde mental, reforçámos por via da contratação facilitada essas equipas de profissionais nos serviços locais de saúde mental... Eu diria que nada está terminado e que estamos numa fase muito dinâmica, com vários projetos a andar. O nosso grande receio na coordenação é sempre o Governo mudar e parar tudo, apesar de a dinâmica estar já instalada e ser mais difícil de parar. [...] Depois, há áreas em que temos de investir, por exemplo, na reorganização dos serviços, com os novos serviços que foram criados e que estão a ser criados para acabar com os hospitais psiquiátricos tal como nós os conhecíamos. A requalificação dos edifícios para dar outro tipo de condições também está a andar. A criação dos centros de responsabilidade integrada, que são centros que permitem um outro tipo de dinâmica e a aceitação mais fácil das administrações hospitalares de um modelo, que já não é hospitalocêntrico, mas que é da comunidade e havia sempre um choque nesta relação, que eu acho que os centros de responsabilidade integrados conseguem colmatar e, por outro lado, dão outro tipo de rendimento aos profissionais”.

Também nesta reforma os enfermeiros são, claro, essenciais. E Miguel Narigão deixa-lhes uma mensagem: “A mensagem final, que gostaria de dirigir a todos os enfermeiros, é que todos eles são importantes para a reforma da saúde mental. Que todos olhem para a saúde mental como área da sua intervenção, é uma área transversal a todos os enfermeiros. Todos nós temos competências nesta área, todos podemos intervir e somos capazes de perceber quando as pessoas não estão bem, isso faz parte do nosso know-how, do nosso negócio”.

A edição 126 da “Enfermagem em Foco” está disponível [aqui](#).