



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**IMPACTO DO SUICÍDIO DE PACIENTES EM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL**

DIANA SOFIA MOREIRA DE OLIVEIRA RAMOS

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR VITOR AMORIM RODRIGUES

Coordenador de Seminário de Dissertação

PROF. DOUTOR VITOR AMORIM RODRIGUES

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor Vitor Amorim Rodrigues, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Primeiramente, gostava de agradecer ao Professor Doutor Vitor Amorim Rodrigues, pela orientação e entusiasmo no que diz respeito a esta investigação, bem como o conhecimento partilhado ao longo do último ano.

Às duas pessoas que mais me apoiaram ao longo do meu percurso académico (e da vida, na verdade) os meus pais. Obrigada por continuarem a acreditar em mim. Também à minha irmã e ao meu irmão e cunhada, pelas palavras de apoio e entusiasmo.

Ao meu G., o meu melhor amigo e a pessoa que mais teve de me aturar, a mim e às minhas ansiedades e medos, durante a elaboração desta dissertação. Obrigada por teres aparecido tão inesperadamente na minha vida e por todos os dias me escolheres a mim.

Last but definitely not least, gostava de agradecer aos participantes do presente estudo por terem partilhado comigo o seu tempo e as suas histórias.

Resumo

Uma parte substancial dos profissionais de saúde mental vão perder pelo menos um paciente para o suicídio durante a sua carreira. Esta perda tem efeitos adversos nos clínicos e, conseqüentemente, na sua prática profissional. Esta investigação tem como principal objectivo a exploração e compreensão da experiência subjectiva de profissionais de saúde mental que experienciaram o suicídio de um dos seus pacientes, e como foram afectados por esse evento. Participaram neste estudo quatro profissionais de saúde mental, que passaram pela experiência de perder um paciente para o suicídio. A recolha dos dados foi feita através de entrevistas semi-estruturadas, sendo depois analisados segundo a metodologia qualitativa, através do método fenomenológico de Giorgi (2009). Surgiram 5 constituintes comuns entre os quatro participantes, sendo uma relação terapêutica sólida a base para as emoções inevitavelmente sentidas aquando do suicídio do paciente, bem como as estratégias de coping e mudanças na prática clínica que daí resultam. O impacto da perda inesperada de um paciente por suicídio é algo esperado e inevitável. Parece ser necessário haver espaço e também tempo para o processamento e compreensão de emoções e reacções. Ainda, acentua-se a necessidade de apoio e partilha, deixando de lado o medo de julgamento e o tabu, para que se possa ajudar de forma adequada quem sofre depois da perda de um paciente.

Palavras-chave: Suicídio de pacientes, Profissionais de saúde mental, Fenomenologia.

Abstract

A substantial part of mental health professionals will lose at least one patient to suicide throughout their career. This loss has adverse effects on the clinicians, and therefore, on their clinical practice. The aim of this study is to explore and understand the subjective experience of mental healthcare professionals who have lost a patient who completed suicide, and how they were affected by that event. Four mental health professionals who have gone through this experience participated in this study. The data was gathered by means of semi-structured interviews, with the data being analyzed through Giorgi (2009)'s qualitative and phenomenological methodology. Five common components between the four participants were found, with a solid therapeutic relationship as the base for the emotions inevitably felt when their patient completed suicide, as well as the coping strategies and clinical practice changes that result from that event. The impact of the unexpected loss of a patient by suicide is expected and inevitable. Space and time is required to process and understand emotions and reactions. Furthermore, the need for support and sharing is emphasized, leaving behind the fear of judgement and the taboo, so we can properly help those who suffer after the loss of a patient.

Keywords: Patient suicide, Mental health professionals, Phenomenology.

Índice	
Resumo	IV
Abstract	V
Introdução	1
Método	2
<i>Participantes</i>	2
<i>Material</i>	2
<i>Procedimentos</i>	3
Resultados	4
<i>Estrutura Geral de Significado</i>	4
<i>Constituintes Essenciais da Experiência</i>	5
<i>Variações Empíricas dos Constituintes Essenciais da Experiência</i>	5
Discussão	9
Conclusão	12
Referências	13
Anexos	19

Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos participantes	2
Tabela 2. Forte impacto emocional como reacção ao suicídio do paciente	5
Tabela 3. Auto-análise/Questionamento dos procedimentos no acompanhamento	6
Tabela 4. Procura de apoio dos pares após suicídio do paciente	6
Tabela 5. Maior vigilância relativamente a pacientes com depressão e ideação suicida	7
Tabela 6. Marca duradoura do paciente e da situação no profissional	7

Lista de Figuras

Figura 1. Relação dos Constituintes Essenciais da Experiência do impacto do suicídio de pacientes

8

Introdução

Todos os anos cerca de 800.000 pessoas morrem por suicídio, havendo muitas mais que fazem tentativas de suicídio. Todo o suicídio é uma tragédia que afecta famílias, comunidades e até países inteiros, com repercussões sérias e duradouras nas pessoas que ficam para trás (World Health Organization, 2019).

O suicídio pode ser encarado como o fim de uma dor psicológica que o próprio considerava insuportável, mas para os que ficam, o suicídio de um ente querido vai, habitualmente, marcar o início de uma dor intensa e profunda (Santos & Tavares, 2014). O impacto do suicídio na família e amigos das pessoas que completam suicídio é um fenómeno já estudado, havendo diversos estudos que demonstram que a exposição suicidária poderá trazer graves e duradouras consequências para quem fica para trás quando alguém faz esta escolha (Jordan, Feigelman, McMenamy & Mitchel, 2011; Rostila, Saarela & Kawachi, 2013; Santos, Tavares & Campos, 2014; Campos, Holden & Santos, 2017).

Pelo contrário, apesar de uma parte substancial dos psicoterapeutas experienciarem a perda de um paciente por suicídio, o impacto nos clínicos continua a ser um fenómeno pouco investigado (Wurst, Kunz, Skipper, Wolfersdorf, Beine e Thon, 2011). Esta falta de investigação é especialmente notória na Europa (Heeb, Gutjahr, Gulfi & Castelli-Dransart, 2011).

Os profissionais de saúde que exercem na área da saúde mental, como os psiquiatras e os psicólogos clínicos, têm um risco acrescido de ter um paciente que completa suicídio (Ruskin, Sakinofsky, Bagby, Dickens & Sousa, 2004; Rothes, Henriques & Correia, 2013).

A perda de um paciente por suicídio é considerada uma das experiências mais traumatizantes e difíceis na carreira de um profissional de saúde mental (Tillman, 2006; Gitlin, 2007). Esta perda pode ser considerada um factor de elevado stress, com claros efeitos negativos nos psicoterapeutas (Wurst, Kunz, Skipper, Wolfersdorf, Beine, Vogel, Müller, Petitejean e Thon, 2013). A um nível mais fundamental, o suicídio de um paciente vai anular a verdadeira essência do papel do profissional de saúde mental, que é curar ou pelo menos ajudar o paciente (Kelleher, Kelleher & Grad, 2014).

O bem-estar do profissional de saúde mental pode ter impacto na sua performance profissional, mas também na vida dos seus pacientes. É, portanto, importante que haja uma intervenção precoce em situações que possam afectar esse bem-estar (Wurst et al, 2013).

Este estudo tem como objectivo principal a exploração e compreensão da experiência vivida, subjectiva e individual de profissionais de saúde mental que experienciaram o suicídio de um

dos seus pacientes e como foram afectados por esse evento, o que faz com que o método qualitativo, através do método fenomenológico de Giorgi (2009), seja o escolhido. É através do discurso dos participantes que se irá compreender a essência da experiência, fazendo-se depois a análise da estrutura dessa experiência. Existe alguma literatura internacional sobre o impacto do suicídio de pacientes em profissionais de saúde mental, mas a nível nacional ainda pouco se explorou este fenómeno. Este estudo surge como uma tentativa de preencher esta falha na investigação. Dar voz a estes profissionais e à sua experiência parece ser imperativo para haver uma melhor compreensão do fenómeno, e poder ajudar de forma adequada quem sofre depois da perda de um paciente.

Método

Participantes

A amostra é constituída por quatro participantes de ambos os géneros, e com idades compreendidas entre os 34 e os 65 anos de idade.

Os critérios de selecção da amostra basearam-se na disponibilidade e consentimento dos participantes para a realização de entrevistas gravadas, tendo estes de ser profissionais de saúde mental com experiência profissional de acompanhamento psicológico, e com pelo menos um paciente que tenha cometido suicídio durante o acompanhamento ou pouco tempo depois de deixar o acompanhamento.

Os dados sociodemográficos relevantes dos participantes encontram-se em baixo, na Tabela 1, tendo sido recolhidos durante a realização das entrevistas.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos dos Participantes

Código	Género	Idade	Profissão	Há quanto tempo exerce
P1	Masculino	65	Psicoterapeuta	30 anos
P2	Feminino	38	Psicóloga Clínica	15 anos
P3	Feminino	42	Psiquiatra	17 anos
P4	Feminino	34	Psicóloga Clínica	14 anos

Material

O método escolhido foi a entrevista semi-estruturada, sendo que este método nos vai permitir obter uma descrição mais detalhada da experiência vivida dos sujeitos, deixando-os descrever e tentar explicar ao máximo o que a vivência significa para si. As entrevistas foram feitas tanto presencialmente como por Skype, devido à impossibilidade de alguns dos participantes se

deslocarem ao encontro da investigadora e vice-versa (por ex. por viverem noutra cidade). Foi redigida uma Carta de Consentimento Informado (Anexo B), bem como um Guião de Entrevista (Anexo C). As entrevistas foram gravadas num telemóvel e transcritas posteriormente.

A análise dos dados recolhidos nas entrevistas foi feita utilizando o método qualitativo e fenomenológico de Amedeo Giorgi (2009).

Procedimentos

Numa fase inicial, e devido à seriedade do tema em estudo, houve um foco da investigadora em tentar arranjar participantes para o estudo, tendo já consciência que poderia ter dificuldade em encontrar pessoas dispostas a partilhar as suas experiências. Foi enviado pelo Professor Vitor Amorim Rodrigues, orientador do seminário de dissertação, um email aos seus contactos de forma a divulgar a intenção da investigadora em fazer o seu estudo. Desta forma entraram em contacto quatro pessoas a pedir informações sobre o estudo e a demonstrar interesse numa eventual participação. Posteriormente, a investigadora fez uma publicação pública numa rede social, podendo esta ser partilhada pelos seus amigos e conhecidos, de forma a divulgar informação sobre o estudo, tentando assim arranjar novos participantes. Desta partilha, uma pessoa acabou por demonstrar interesse em participar. Mais tarde, um dos participantes acabaria por desistir da sua participação, antes da realização da entrevista.

Foi enviada aos participantes mais informação sobre o estudo, e também a Carta de Consentimento Informado (anexo B). Após a aceitação em participar de quatro profissionais de saúde mental, foram agendadas as entrevistas, algumas feitas presencialmente e outras feitas via Skype, devido ao facto de os participantes se encontrarem noutras cidade.

No dia de cada entrevista a investigadora agradeceu a participação e disponibilidade dos participantes. De seguida procedeu-se a uma explicação dos objectivos do estudo, havendo espaço para esclarecimento de dúvidas caso as houvesse. Depois da entrega do Consentimento Informado (anexo B), iniciaram-se as entrevistas, que foram gravadas no telemóvel da investigadora. Foi feita a seguinte pergunta aberta, de carácter exploratório: “Este estudo tem como principal objectivo a exploração e compreensão da experiência subjectiva de profissionais de saúde mental que experienciaram o suicídio de um dos seus pacientes, e como foram afectados por esse evento. Pode contar-me, com o maior detalhe que lhe for possível, a sua experiência?”. Grande parte das intervenções da investigadora surgiram como forma de guiar os participantes para um determinado tema mais relevante, mas sempre no fluxo do discurso destes, tentando deixar que estes descrevessem a sua vivência da forma mais natural e fluída possível. A duração mínima de entrevista foi de 10 minutos e 19 segundos e a duração máxima

foi de 23 minutos e 51 segundos, variando de participante para participante, sendo que para alguns pareceu ser mais fácil aceder a essa vivência, prolongando assim o tempo de entrevista. No final das entrevistas, a investigadora agradeceu novamente a disponibilidade e participação dos entrevistados.

Procedeu-se depois à transcrição integral das entrevistas sendo, por fim, feita uma análise rigorosa das entrevistas, utilizando o método fenomenológico de Amedeo Giorgi.

Resultados

Tendo por base o método fenomenológico de Giorgi, e após análise das entrevistas dos quatro participantes, foi possível chegar a uma Estrutura Essencial da experiência de perder um paciente para o suicídio.

Os resultados serão apresentados através de três vertentes. A primeira vertente, referente à estrutura geral de significados psicológicos que congrega a essência comum das experiências subjectivas dos quatro participantes. De seguida, aos sentidos mais invariantes, os constituintes essenciais da experiência. Por fim, as variações empíricas de todos os constituintes essenciais, de todos os participantes.

Conforme os passos do método fenomenológico de Amedeo Giorgi, as transcrições das entrevistas realizadas aos quatro participantes e a transformação das unidades de significado psicológico em expressões de carácter psicológico poderão ser consultadas nos Anexos – Anexo D e Anexo E.

Estrutura Geral de Significado

Num momento inicial todos os participantes recordam **a forte reacção emocional que a notícia do suicídio** dos seus pacientes lhes provocou. São referidas a culpa, o choque, a tristeza, a zanga e a impotência. Também a negação é mencionada.

Depois da notícia da morte por suicídio dos seus pacientes, todos os participantes referem ter passado por um período de **auto-análise, onde se questionaram sobre os seus procedimentos durante o acompanhamento** desse paciente. Aqui os participantes dizem ter feito esta análise numa tentativa de perceber o que poderiam ter feito de forma diferente, para que o desfecho tivesse sido outro. Esta auto-análise e questionamento foi feita, usualmente, recorrendo à ajuda de outros profissionais de saúde mental havendo aqui, portanto, uma **procura de apoio dos pares** após a experiência, através da supervisão, intervisão, ou até mesmo psicoterapia, permitindo esta procura de apoio que os participantes conseguissem

analisar o seu trabalho como profissionais de saúde mental numa dimensão mais técnica, mas que também lhes proporcionasse uma maior capacidade de lidar com a situação a nível pessoal.

Também como reacção à experiência de perder um paciente que completou suicídio, os participantes referem mudanças na sua prática clínica, sendo uma **maior vigilância** neste tipo de situações, principalmente **em relação a pacientes que sofrem de depressão e ideação suicida**, a reacção comum a todos os participantes.

Numa óptica geral da experiência e do que esta trouxe para os participantes, todos eles referem a **marca duradoura deixado pelos seus pacientes em si**, e a mudança que toda a experiência lhes trouxe, tanto em termos do seu trabalho clínico como em termos de trabalho interno, como indivíduos.

Constituintes Essenciais da Experiência

Os constituintes essenciais representam os significados invariantes encontrados durante a análise das entrevistas realizadas aos quatro participantes, que apreendem a essência da experiência de perda de um paciente que se suicidou. Neste estudo foram identificados cinco constituintes essenciais na estrutura geral de significado. São eles:

- Forte reacção emocional à notícia do suicídio do paciente
- Auto-análise/Questionamento dos procedimentos no acompanhamento
- Procura de apoio dos pares após suicídio do paciente
- Maior vigilância relativamente a pacientes com depressão e ideação suicida
- Marca duradoura do paciente e da relação terapêutica no profissional

Variações Empíricas dos Constituintes Essenciais da Experiência

Tabela 2

Forte impacto emocional como reacção ao suicídio do paciente

Participante	Variações Empíricas
P1	“E levei meses até chegar à conclusão que, de facto, tinha morrido. Quer dizer, também havia uma negação aqui, da minha parte. Uma vontade de negação, como conhecemos, neste tipo de situações... uma das possíveis reacções. E... isso para mim foi muito pesado.”
P2	“Olhe, eu acho que ainda as sinto, depois de muita supervisão, acho que, acho que as ainda a sinto. Senti muita tristeza, obviamente, senti muita zanga. Zanga contra a pessoa, mas sobretudo zanga contra mim. Uh... e um sentimento que eu não sei exactamente por em palavras, mas uma... um sentimento de perda, mas não no sentido da minha perda. No sentido de quase um desperdício uh... para, para o mundo em geral. Pelas competências da pessoa, pelo que a pessoa

	poderia ter vivido, uh, e não viveu. Uh... e acho que uma, uma impotência muito grande, sobretudo.”
P3	“Fiquei muito chocada, especialmente porque já tinha ouvido a descrição gráfica do suicídio e só depois é que percebi que era o meu doente, não é. Senti-me culpabilizada. Uh... basicamente isso. Chocada e culpabilizada.”
P4	“Veio culpa. Uh... veio tristeza, claro. Uh foi muito à base destas duas, da culpa e da tristeza.”

Tabela 3

Auto-análise/Questionamento dos procedimentos no acompanhamento

Participante	Variações Empíricas
P1	“Mas depois também pergunto... eu podia ter insistido mais. Não tinha poder sobre ele, de interná-lo, e dificilmente teria feito isso. Mas se eu tivesse falado de outra maneira, com mais determinação, se calhar, ou... ou provavelmente, se calhar barra provavelmente, ele teria aceite. E a situação mais aguda teria sido, ao menos temporariamente, controlada.” “O que faltou foi de certa maneira, a vontade, ou a força de vontade de ir contra a opinião da pessoa. E de me impor. Não por lei, não por força, mas por capacidade de persuasão. E aí, é uma falha minha.”
P2	“Ok, talvez, talvez isto acontecesse independentemente do meu trabalho, mas se eu tivesse seguido mais esta área e menos aquela, e tivesse seguido por aqui em vez por ali, e se tivesse percebido que tatatatata... acho que escolhi como estratégia de coping em relação a tudo isto, escolhi acreditar que poderia ter feito muita coisa diferente. E acho que, no fundo, é uma realidade não é, podemos sempre fazer coisas diferentes. Não significa que mudemos o resultado, mas podemos sempre fazer coisas diferentes.”
P3	“Se calhar se tivesse feito um antipsicótico de segunda geração, com menos efeitos secundários depressivos, talvez estivesse melhor... é claro que a compra de um antipsicótico não depende de mim, não é, eu prescrevi porque ele não tinha dinheiro, mas... poderia ter pensado nalguma forma mais criativa, que na altura não me ocorreu.”
P4	“...tive de fazer aqui alguns processos de auto-análise para perceber se houve alguma coisa que poderia ter feito de forma diferente. Também auto-análise ao longo do processo para perceber se de alguma forma uh, poderia ter intervindo em termos de psicoeducação, a importância de manter a medicação, ou haver mais este cuidado diagnóstico em diferentes áreas...”

Tabela 4

Procura de apoio dos pares após suicídio

Participante	Variações Empíricas
P1	“Nesse momento falei ao supervisor e à minha mulher.”
P2	“Uh... o apoio que eu tive foi o meu próprio terapeuta, hm, e a... e o da supervisão.” “Quer em termos técnicos, mais de supervisão, mas sobretudo em termos de... dos próprios... da própria forma como eu estava a lidar com a situação e tudo mais, sim, completamente.”

P3	“Geralmente o que fazemos, o que eu faço, e o que os meus colegas também fazem é sempre que nos acontece uma coisa destas, falamos uns com os outros. Não conseguimos guardar só para nós, mas... partilhamos com os colegas.”
P4	“Eu acho que sim. E que ao ser feita, uh, ser feita com outro psicólogo. Acho que é muito importante nós termos, uh, outros pares com quem partilhamos este tipo de problemas, de análises, para conseguirmos também avançar, porque às vezes temos só a nossa perspectiva e é bom termos também a perspectiva de outros profissionais. Eu neste aspecto faço alguma intervenção com colegas...”

Tabela 5

Maior vigilância relativamente a pacientes com depressão e ideação suicida

Participante	Variações Empíricas
P1	“Eu apelo a mim próprio, de ter cuidado nesse tipo de situações. E também a questão da responsabilidade. Quer dizer, como profissionais temos uma responsabilidade como é óbvio.”
P2	“A outra mudança se calhar que se mantém, é... é perguntar. Mais vezes. Eu acho que se calhar essa foi a que ficou. Porque, no fundo, a base da Psicologia é por nós falarmos sobre as coisas, elas tornam-se diferentes. E se calhar o que eu aprendi com... com esta pessoa, e obviamente que fazíamos muito isso, mas haviam uns subentendidos que ficavam no ar de vez em quando em relação à ideação suicida, que não eram directamente em relação à ideação suicida e portanto.. que muitas vezes vinham ou por mensagem, ou por email, e que não era.. eu não sentia apropriado abordar directamente. Abordava na consulta seguinte... obviamente, mas não sentia apro... não sentia que era boa ideia abordar por mensagem ou por email. Se calhar foi uma das coisas que mudou. Qualquer...qualquer subentendido, uh, seja real ou seja só eu a achar que pode lá estar, uh, é falado imediatamente seja por que sistema for. Portanto talvez seja essa a maior mudança.”
P3	“Mas se calhar vou estar muito mais atenta a sintomas depressivos. Sim, vou fazer perguntas que não fiz, não é. Nunca me lembrei de perguntar àquele senhor, que o estava a ver tão bem, se ele tinha ideias de suicídio. Foi coisa que nunca me passou pela cabeça, depois daquela fase aguda. (...) Sim, acho que estou mais atenta e mais alarmada.”
P4	“Sim. Comecei a dar mais atenção a doentes depressivos. Comecei a ter mais cuidado na avaliação da ideação suicida, na avaliação da parte da medicação e do cumprimento terapêutico, comecei a ser mais incisiva nesses aspectos, acho que seria, uh, não seria humilde da minha parte se eu assumisse que estava a fazer tudo bem, e que isso não me servisse de lição para tentar melhorar a minha prática.”

Tabela 6

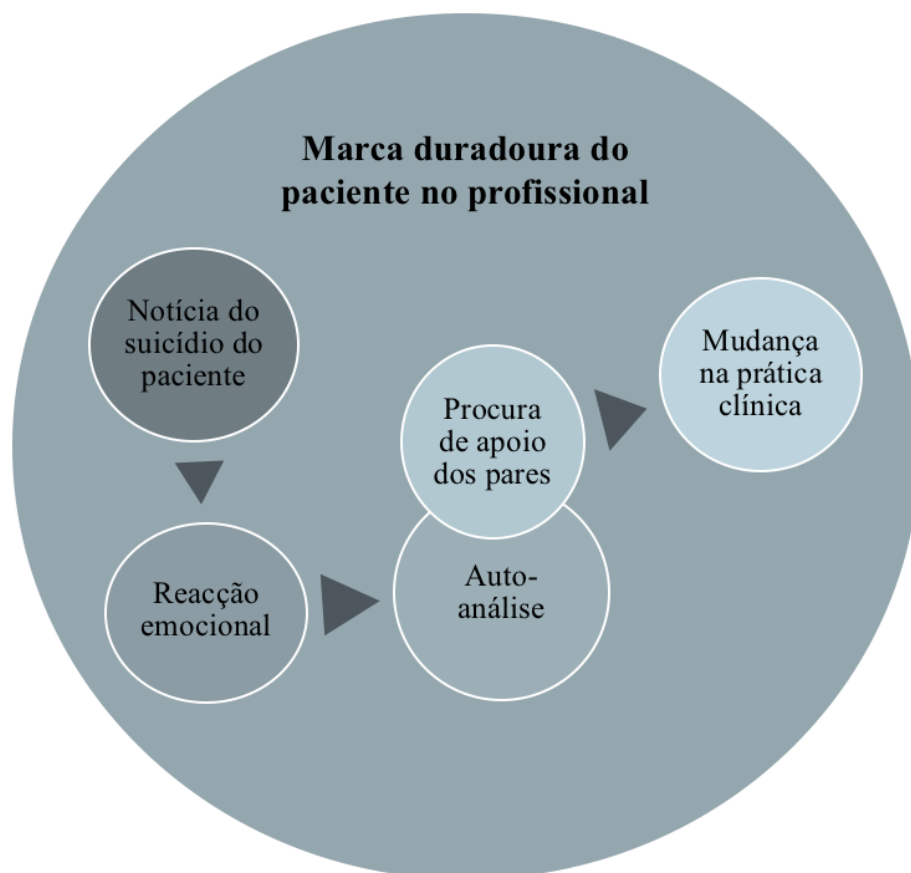
Marca duradoura do paciente e da situação no profissional

Participante	Variações Empíricas
P1	“E aí é obviamente muito dramático. Foi muito dramático aqui por um lado, porque certos... com essa pessoa partilhei certos valores, digamos. Sobre a sociedade, a cultura, etc. E isso também, uma relação tão longa, desapareceu. Então assim custou... a minha dor teve essa cor ainda, essa conotação... de ter

	perdido também de certa maneira um amigo. Embora nunca o tivesse encontrado fora da sessão de terapia, não é. Mas havia uma consonância, um comprimento de onda na sessão, que na grande maior parte das minhas sessões não tenho.”
P2	“Mas, uh, acho que continuo, acho que é um paciente que vai ficar comigo para sempre. Não só porque o acompanhamento foi durante muito tempo, e independentemente disso, independentemente do resultado já ficaria, mas precisamente por causa do resultado. Foi uma pessoa com quem aprendi imenso como psicóloga clínica. Uh... E várias vezes, a cada paciente que eu tenho hoje em dia com ideação suicida, a minha mente vai imediatamente para lá.”
P3	“Eu tenho muiiitos doentes na consulta externa, e já trabalho há muitos anos no mesmo sitio, e tenho... sei a história de cada um, e posso-lhe contar aqui 5 histórias... ou mais se calhar...”
P4	“Fui ao funeral da pessoa, porque senti que era importante também que... para mim, uh, estar lá presente...”

Figura 1

Relação dos Constituintes Essenciais da Experiência do Impacto do Suicídio de Pacientes



Discussão

A experiência de perder um paciente para o suicídio e as consequências desta perda nos profissionais de saúde mental é uma área de investigação pouco explorada em Portugal. Este é um tema de difícil abordagem, sendo até de certa forma um assunto tabu.

Os dados recolhidos nas entrevistas revelam uma estrutura comum da experiência dos participantes, em que vários elementos desta estrutura vão ao encontro das experiências de profissionais anteriormente reportadas na literatura. Os resultados revelam uma variedade de efeitos adversos nos clínicos, a nível pessoal e profissional, mas também uma série de estratégias de coping e mudanças na prática clínica, revelando que o processamento e compreensão da experiência acaba por ser também traduzido num processo de auto-análise e aprendizagem.

Em todas as entrevistas onde relataram as suas experiências os participantes falaram das suas reacções emocionais à notícia do suicídio do seu paciente. De acordo com o esperado, e com as reacções descritas na literatura (Litman, 1965; Skodlar & Welz, 2011; Castelli-Dransart Gutjahr, Gulfi, Kaufmann-Didisheim & Séguin, 2014; Fairman, Montross Thomas, Whitmore, Meier & Irwin, 2014), são referidas a tristeza, a zanga, a impotência, a culpa e o choque. Um dos participantes refere a negação, descrita por Litman (1965) como sendo o mecanismo de defesa que os clínicos mais frequentemente usam em resposta à dor emocional que vem com o suicídio de um paciente.

No entanto, ao contrário do que nos diz a literatura em relação à diferença dos géneros no que diz respeito às reacções emocionais ao suicídio de um paciente (Grad & Michel, 2005; Grad, Zavasnik & Groleger, 1997; Henry, Séguin & Drouin, 2004; Jacobson, Ting, Sanders & Harrington, 2004) neste estudo tais diferenças não foram encontradas, tendo o participante masculino descrito as suas reacções emocionais como sendo intensas, tal como as das participantes do género feminino.

Também o questionamento dos seus procedimentos durante o acompanhamento é referido por todos os clínicos. Este resultado está de acordo com o encontrado em pesquisas sobre o tema. Todos os participantes fazem uma auto-análise, de forma a tentar perceber se poderiam ter feito de forma diferente durante o acompanhamento do paciente que completou suicídio. Collins (2003) refere que o sentimento de inadequação e de dúvida nas competências profissionais é comum em clínicos que perderam um paciente para o suicídio. Este efeito do suicídio de um paciente já havia sido reportado anteriormente por Skodlar e Welz (2011). Este tipo de pensamento pode ser definido como sendo um pensamento contrafactual, ou seja, a

tendência de imaginar alternativas a acontecimentos passados (Roese & Olson, 1995), é caracterizado pela capacidade humana de imaginar alternativas hipotéticas, de forma a encontrar desfechos diferentes dos que de facto ocorreram. Podem ser definidos como representações mentais, e envolvem também a consideração lógica de relações e associações causais entre eventos (Roese, 1997). As elaborações contrafactuais são geralmente expressas sob a forma de proposições condicionais do tipo “E se...” ou “O que teria acontecido se...” (Byrne, 2016). Justino e Schelini (2018) consideram que este tipo de cognição é essencial para o processo de regulação do ser humano. De acordo com essa proposta, o processo de elaboração deste pensamento contrafactual é activado pela percepção de um problema, eventos negativos ou situações que fogem das expectativas dos indivíduos. Este efeito é, muitas vezes, acompanhado por um sentimento de insegurança nas competências profissionais (“E aí, é uma falha minha”; “...escolhi acreditar que poderia ter feito muita coisa diferente.”), algo também mencionado na literatura (Litman, 1965; Hendin, Lipschitz, Maltzberger, Haas, Wynecoop, 2000; Skodlar & Welz, 2011; Rothes et al., 2013).

A procura do apoio dos pares vai ser a estratégia de coping mais mencionada pelos participantes, confirmando o que se havia verificado na literatura (Gorkin, 1985; Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney & Torigoe, 1988; Menninger, 1991; Kleespies, Penk & Forsyth, 1993; Grad et al, 1997; Hendin et al., 2000; Henry et al., 2004; Ruskin et al., 2004; Grad & Michel, 2005; Wurst et al., 2011; Fairman et al., 2014). Após a experiência é utilizado o apoio informal dos colegas, a supervisão, a intervisão, ou até mesmo psicoterapia, permitindo esta procura de apoio que os participantes consigam analisar o seu trabalho como profissionais de saúde mental numa dimensão mais técnica, mas que também lhes seja conferida uma maior capacidade de lidar com a situação a nível pessoal, indo ao encontro do que Séguin, Bordeleau, Drouin, Castelli-Dransart & Giasson (2014) afirmam, que um grande número de clínicos vai depender de apoio informal após o suicídio de um paciente, sendo também a supervisão profissional (incluindo a revisão de casos) uma forma importante de os profissionais perceberem e aprenderem com esta experiência.

A existência de grupos de suporte vai prevenir que o luto dos clínicos seja caracterizado por um elevado auto-questionamento e também auto-recriminação. O apoio dos pares permite que o luto seja resolvido, criando espaço para um crescimento pessoal e profissional, onde os clínicos experienciam um acrescido compromisso na sua avaliação do risco de suicídio (Valente, 1994).

Um dos efeitos da experiência do suicídio de um paciente, mencionado por todos os participantes é de cariz profissional. Uma maior vigilância por parte dos profissionais

relativamente a pacientes com depressão e ideação suicida, que se traduz numa maior atenção, cuidado e alarme. Esta mudança na prática clínica vai ao encontro do que havia sido reportado anteriormente em outros estudos sobre o impacto do suicídio de pacientes (Fairman et al., 2014; Séguin et al., 2014) Este efeito pode ser interpretado como sendo uma experiência de aprendizagem (Rothes et al, 2013), levando isso a mudanças na prática clínica, algo também mencionado pelos participantes deste estudo.

Todos os participantes mencionaram, de uma forma ou outra, a importância dada à relação terapêutica e a marca que os seus pacientes lhes deixaram. Esta descoberta vai também ao encontro do que havia sido descrito anteriormente por Gaffney, Russell, Collins, Bergin, Halligan, Carey & Coyle (2009), que mencionam que o tipo de relação que os profissionais haviam estabelecido com os seus pacientes era um factor chave no que diz respeito à sua reacção ao suicídio destes. Também Castelli-Dransart, Heeb, Gulfi & Gutjahr (2015) mencionam que a intensidade da relação com o paciente é um factor significativo, sendo que profissionais que sentiam uma maior proximidade reportam maiores níveis de stress. Tal como no estudo de Tillman (2006), os participantes enfatizaram aspectos particularmente comoventes ou específicos do tratamento que ilustravam a sua ligação próxima com os seus pacientes.

A nível nacional este tipo de investigação ainda é escassa. Em nosso conhecimento, este é o único estudo qualitativo realizado em Portugal sobre o impacto do suicídio de um paciente em profissionais de saúde mental com uma amostra que inclui profissionais de saúde mental com diferentes profissões – psicólogos clínicos, psicoterapeutas e psiquiatras, sendo o presente estudo uma mais-valia, de modo a complementar a investigação anteriormente feita. A utilização do método fenomenológico de Amedeo Giorgi possibilitou dar resposta à questão norteadora deste estudo e espera-se que no futuro se façam outras investigações neste âmbito, de forma a suportar e complementar os resultados aqui expostos. Parece ser imperativo melhorar o conhecimento nesta área para poder ajudar eficazmente quem sofre consequências negativas por exposição suicidária.

Este estudo apresenta algumas limitações metodológicas. A falta de homogeneidade da amostra, sendo que havia apenas um participante do género masculino e três do género feminino. Também a falta de homogeneidade no que diz respeito às diferentes profissões dos participantes, um psicoterapeuta, duas psicólogas clínicas e uma psiquiatra. Outra limitação passa pelo uso do Skype para realização de duas das entrevistas, onde a existência de ruído proveniente do ambiente em redor levou a algumas dificuldades de comunicação tendo de, por vezes, repetir perguntas e isso ter interrompido a fluidez da entrevista.

Investigação futura deverá incluir amostras mais homogêneas, de natureza tanto qualitativa como quantitativa, centrada nas narrativas de quem passou pela experiência.

Conclusão

Como se pode observar neste estudo, os participantes descrevem o impacto pessoal e profissional do suicídio dos seus pacientes. Foi identificada uma estrutura comum a todas as experiências. Todos os participantes falam da reacção emocional à notícia da perda do seu paciente, e das subsequentes consequências dessa perda, passando por um processo de auto-análise e uma série de mudanças na sua identidade profissional.

O impacto da perda de um paciente por suicídio é algo esperado e inevitável. Parece ser necessário haver espaço e também tempo para o processamento e compreensão de emoções e reacções. Feifel (1990) propõe que o luto não é um sinal de fraqueza ou auto-indulgência. Este demonstra uma necessidade intrinsecamente humana de reagirmos à perda de uma pessoa significativa nas nossas vidas, podendo manifestar-se das mais variadas formas. Assim, acentua-se a necessidade de partilha, deixando de lado o medo de julgamento e o tabu de forma a que, se necessário, estes profissionais possam pedir e receber apoio.

Referências

- Byrne, R. M. J. (2016). Counterfactual thought. *Annual Review of Psychology*, *67*, 135-157.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033249>
- Campos, R., Holden, R., & Santos, S. (2017). Exposure to suicide in the family: suicide risk and psychache in individuals who have lost a family member by suicide. *Journal Of Clinical Psychology*, *74*(3), 407-417. doi: 10.1002/jclp.22518
- Castelli-Dransart, D., Gutjahr, E., Gulfi, A., Kaufmann-Didisheim, N., & Séguin, M. (2014). Patient Suicide in Institutions: Emotional Responses and Traumatic Impact on Swiss Mental Health Professionals. *Death Studies*, *38*(5), 315-321. doi: 10.1080/07481187.2013.766651
- Castelli-Dransart, D., Heeb, J., Gulfi, A., & Gutjahr, E. (2015). Stress reactions after a patient suicide and their relations to the profile of mental health professionals. *BMC Psychiatry*, *15*(1). doi: 10.1186/s12888-015-0655-y
- Chemtob, C., Hamada, R., Bauer, G., Kinney, B., & Torigoe, R. (1988). Patients' suicides: Frequency and impact on psychiatrists. *American Journal Of Psychiatry*, *145*, 224-228.
- Collins, J. (2003). Impact of patient suicide on clinicians. *Journal Of The American Psychiatric Nurses Association*, *9*(5), 159-162. doi: 10.1016/s1078-3903(03)00221-0

- Fairman, N., Montross Thomas, L., Whitmore, S., Meier, E., & Irwin, S. (2014). What Did I Miss? A Qualitative Assessment of the Impact of Patient Suicide on Hospice Clinical Staff. *Journal Of Palliative Medicine, 17*(7), 832-836. doi: 10.1089/jpm.2013.0391
- Feifel, H. (1990). Psychology and death. *American Psychologist, 45*, 537-543.
- Gaffney, P., Russell, V., Collins, K., Bergin, A., Halligan, P., Carey, C., & Coyle, S. (2009). Impact of Patient Suicide on Front-Line Staff in Ireland. *Death Studies, 33*(7), 639-656. doi: 10.1080/07481180903011990
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology*. Pittsburgh: Duquesne Univ. Press.
- Gitlin, M. (2007). Aftermath of a tragedy: Reaction of psychiatrists to patient suicides. *Psychiatric Annals, 37*(10), 684-687.
- Gorkin, M. (1985). On the suicide of one's patient. *Bulletin of the Menninger Clinic, 49*(1), 1-9.
- Grad, O.T. & Michel, K. (2005) Therapists as client suicide survivors. In K.M. Weiner (Ed.), *Therapeutic and legal issues for therapists who have survived a client suicide: Breaking the silence* (pp. 71-81). New York: The Haworth Press.
- Grad, O.T., Zavasnik, A., & Groleger, U. (1997) Suicide of a patient: Gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 27*, 379-386.

- Heeb, J., Gutjahr, E., Gulfi, A., & Castelli Dransart, D. (2011). Psychometric Properties of the French Version of the Impact of Event Scale-Revised in Mental Health and Social Professionals after a Patient Suicide. *Swiss Journal Of Psychology, 70*(2), 105-111. doi: 10.1024/1421-0185/a000044
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberger, J., Haas, A., & Wynecoop, S. (2000). Therapists' Reactions to Patients' Suicides. *American Journal Of Psychiatry, 157*(12), 2022-2027. doi: 10.1176/appi.ajp.157.12.2022
- Henry, M., Séguin, M., & Drouin, M.-S. (2004). Les réactions des professionnels en santé mentale au décès par suicide d'un patient [Mental health professionals' response to the suicide of their patients]. *Revue Québécoise de Psychologie, 25*(3), 241-257.
- Jacobson, J., Ting, L., Sanders, S., & Harrington, D. (2004). Prevalence of and Reactions to Fatal and Nonfatal Client Suicidal Behavior: A National Study of Mental Health Social Workers. *OMEGA - Journal Of Death And Dying, 49*(3), 237-248. doi: 10.2190/hpkq-t700-epq1-58jq
- Jordan, J. R., Feigelman, W., McMenemy, J., & Mitchell, A. M. (2011). Research on the needs of survivors. In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 115–131). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis.
- Justino, F. L. C., & Schelini, P. W. (2018). Cognições sobre eventos passados: uma revisão da literatura. *Revista Colombiana de Psicología, 27*, 103-116.

- Kelleher, E., Kelleher, M., & Grad, O. (2014). Effects of patient suicide on the multidisciplinary care team. *The Lancet Psychiatry*, *1*(3), 174-175. doi: 10.1016/s2215-0366(14)70299-8
- Kleespies, P. Penk, W. & Forsyth, J. (1993). The stress of patient suicidal behavior during clinical training: incidence, impact, and recovery. *American Journal Of Psychiatry*, *24*, 293-303.
- Litman, R. E. (1965). When Patients Commit Suicide. *American Journal of Psychotherapy*, *19*(4), 570–576. doi:10.1176/appi.psychotherapy.1965.19.4
- Menninger, W.W. (1991). Patient suicide and its impact on the psychoterapist. *Bullet of the Menninger Clinic*, *55*(2), 216-227.
- Roese, N. J. (1997). Counterfactual thinking. *Psychological Bulletin*, *121*, 133-148.
- Roese, N. J., & Olson, J. M. (1995). Counterfactual thinking: A critical overview. In N. J. Roese & J. M. Olson (Eds.), *What might have been: The social psychology of counterfactual thinking* (pp. 1-55). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Roths, I., Henriques, M., & Correia, R. (2013). Suicídio de um paciente: a experiência de médicos e psicólogos portugueses. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, *31*(2), 168-178. doi: 10.1016/j.rpsp.2013.05.002

- Rostila, M., Saarela, J., & Kawachi, I. (2013). Suicide following the death of a sibling: a nationwide follow-up study from Sweden. *BMJ Open*, 3(4), e002618. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002618
- Ruskin, R., Sakinofsky, I., Bagby, R., Dickens, S., & Sousa, D. (2004). Impact of Patient Suicide on Psychiatrists and Psychiatric Trainees. *Academic Psychiatry*, 28(2), 104-110. doi: 10.1176/appi.ap.28.2.104
- Santos, S. & Tavares, S. (2014). Sobreviventes. In C. M. B. Saraiva, A. J. B. Peixoto & D. J. B. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Santos, S., Tavares, S., & Campos, R. (2014). Distress in Portuguese Family Members Bereaved by Suicide: An Exploratory Study. *Journal Of Loss And Trauma*, 20(3), 267-280. doi: 10.1080/15325024.2014.934618
- Séguin, M., Bordeleau, V., Drouin, M., Castelli-Dransart, D., & Giasson, F. (2014). Professionals' Reactions Following a Patient's Suicide: Review and Future Investigation. *Archives Of Suicide Research*, 18(4), 340-362. doi: 10.1080/13811118.2013.833151
- Skodlar, B., & Welz, C. (2011). How a therapist survives the suicide of a patient—with a special focus on patients with psychosis. *Phenomenology And The Cognitive Sciences*, 12(1), 235-246. doi: 10.1007/s11097-011-9205-3

Tillman, J. (2006). When a patient commits suicide: An empirical study of psychoanalytic clinicians. *The International Journal Of Psychoanalysis*, 87(1), 159-177. doi: 10.1516/6ubb-e9de-8ucw-uv31

Valente, S. (1994). Psychotherapist reactions to the suicide of a patient. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 64(4), 614-621. doi: 10.1037/h0079574

World Health Organization. (2019). Retrieved 2 August 2019, from <https://www.who.int/>

Wurst, F., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K., & Thon, N. (2011). The Therapist's Reaction to a Patient's Suicide. *Crisis*, 32(2), 99-105. doi: 10.1027/0227-5910/a000062

Wurst, F., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K., Vogel, R., Müller, S., Petitejean, S., Thon, N. (2013). How therapists react to patient's suicide: findings and consequences for health care professionals' wellbeing. *General Hospital Psychiatry*, 35(5), 565-570. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.05.003

Anexos

Anexo A. Revisão da Literatura

Todos os anos cerca de 800.000 pessoas morrem por suicídio, havendo muitas mais que fazem tentativas de suicídio. Todo o suicídio é uma tragédia que afecta famílias, comunidades e até países inteiros, com repercussões sérias e duradouras nas pessoas que ficam para trás (World Health Organization, 2019).

O suicídio pode ser encarado como o fim de uma dor psicológica que o próprio considerava insuportável, mas para os que ficam, o suicídio de um ente querido vai, habitualmente, marcar o início de uma dor intensa e profunda (Santos & Tavares, 2014).

O impacto do suicídio na família e amigos das pessoas que completam suicídio é um fenómeno já estudado, havendo diversos estudos que demonstram que a exposição suicidária poderá trazer graves e duradouras consequências para quem fica para trás quando alguém faz esta escolha (Brent, Moritz, Bridge, Perper & Canobbio, 1996; Crosby & Sacks, 2002; Kessing, Agerbo & Mortensen, 2003; Cerel & Roberts, 2005; de Leo & Heller, 2008; Brent, Melhem, Donohoe & Walker, 2009; Feigelman, Gorman & Jordan, 2009; Jordan, Feigelman, McMenemy & Mitchel, 2011; Rostila, Saarela & Kawachi, 2013; Santos, Tavares & Campos, 2014; Campos, Holden & Santos, 2017).

O impacto do fenómeno suicidário é ainda ampliado quando se tem em conta que as taxas de suicídio são muito provavelmente subestimadas, devido ao facto de algumas mortes por suicídio serem erroneamente atribuídas a causas acidentais ou desconhecidas (Speechley & Stavrakys, 1991).

Apesar de uma parte substancial dos psicoterapeutas experienciarem, em algum ponto das suas carreiras, a perda de um paciente que completa suicídio, o impacto dessa perda nos profissionais de saúde continua a ser um fenómeno pouco investigado (Wurst, Kunz, Skipper, Wolfersdorf, Beine e Thon, 2011). Esta falta de investigação deste impacto é especialmente notória na Europa (Heeb, Gutjahr, Gulfi & Castelli-Dransart, 2011).

Apesar de ser um problema com que mais cedo ou mais tarde os clínicos de todas as especialidades médicas serão confrontados, os profissionais de saúde mental avaliam e tratam pacientes com ideação suicida quase diariamente (Lafayette & Stern, 2004).

A morte por suicídio continua a ser vista com elementos de vergonha e mistério (DeAngelis, 2001). Continua a ser uma forma de morrer particularmente tabu, sendo visto como um grave

erro social pelas prevalentes éticas religiosas, legais, sociais e médicas (Lafayette & Stern, 2004).

Bloom (1967), ao tentar estudar casos de pacientes que completaram suicídio, foi confrontado com um evitamento defensivo dos clínicos, que em resposta aos seus pedidos de informação sobre as suas experiências, faltavam a reuniões e informavam-no de que haviam perdido as suas notas das consultas.

Os profissionais de saúde que exercem na área da saúde mental, como por exemplo os psicólogos clínicos e os psiquiatras, têm um risco acrescido de ter um paciente que completa suicídio (Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney & Torigoe, 1988; Chemtob, Bauer, Hamada, Pelowsky & Muraoka, 1989; Kleespies, Penk, Forsyth, 1993; Alexander, Klein, Gray, Dewar & Eagles, 2000; Ruskin, Sakinofsky, Bagby, Dickens & Sousa, 2004; Wurst et al. 2011; Rothes, Henriques, & Correia, 2013). Clínicos com mais experiência fazem a observação de que existem dois tipos de psicoterapeutas, aqueles que tiveram um paciente que completou suicídio e aqueles que irão ter um paciente que completa suicídio (Valente, 1994). Apesar disso, o impacto do suicídio de um paciente continua a ser algo que raramente é abordado durante a formação dos profissionais de saúde mental (Lafayette & Stern, 2004).

Profissionais que trabalham com pacientes com doenças orgânicas, esquizofrenia, perturbações afectivas, abuso de substâncias e outras perturbações psicóticas têm uma probabilidade acrescida de que um paciente seu complete suicídio (Chemtob et al., 1989).

Existe uma preocupação universal no que diz respeito ao suicídio de pacientes, mas, no entanto, poucos profissionais planeiam um sistema de suporte no caso da sua ocorrência. Isso talvez ocorra por influência de uma cultura que nega a morte, ou talvez por serem seduzidos pela noção de que um profissional suficientemente bom deve efectivamente prevenir o suicídio; este conjunto de condições são propícias para que profissionais de saúde fiquem traumatizados pelo suicídio de um paciente (Valente, 1994).

O suicídio de um paciente é um evento crítico e muito stressante (Takahashi, Chida, Nakamura, Akasaka, Yagi, Koeda, Takusari, Otsuka & Sakai, 2011).

Wurst, Kunz, Skipper, Wolfersdorf, Beine, Vogel, Müller, Petitejean e Thon (2013) afirmam que a perda de um paciente que completou suicídio pode ser considerada um factor de elevado stress experienciado por uma parte substancial de psicoterapeutas durante a sua carreira clínica, sendo que estudos que investigam o impacto do suicídio de pacientes claramente mostraram efeitos negativos nos psicoterapeutas.

Os clínicos sentem profundamente a perda, mas também têm de lidar com o receio de serem considerados responsáveis pela morte do seu paciente (Barr, 1996).

A tarefa emocional com que estes profissionais se deparam após o suicídio pode parecer impossível, porque ao mesmo tempo que tentam lidar com a sua dor e o seu processo de luto, simultaneamente contêm esses sentimentos por receio de julgamento dos seus pares (DeAngelis, 2001).

As relações com os pares podem ser uma fonte de vergonha, devido a competição profissional, culpa ou mesmo questionamento das competências profissionais. Os clínicos demonstraram receio do que os seus pares pensariam sobre si depois do suicídio de um dos seus pacientes. Também foi verificada a existência do receio de que novos pacientes deixassem de aparecer, ou ainda que os seus restantes pacientes descobrissem que um outro paciente completou suicídio (Tillman, 2006).

Os psicoterapeutas têm um papel crucial na detecção de risco e sintomas de suicídio, bem como também no estabelecimento de uma relação terapêutica, na compreensão da dor emocional do paciente, e iniciar um processo de educação, tratamentos e referências (Valente, 2003). Intervenções terapêuticas e apoio social podem reduzir o risco de suicídio e os seus precipitantes, como por exemplo a depressão (Gaylord, 1998). Os clínicos estão, no entanto, limitados no que diz respeito à informação que têm à sua disposição, tendo muitas vezes insuficiente informação acerca do mundo do seu paciente; estes factores podem alterar a perspectiva do paciente e criar uma sensação de desespero ou desesperança que não existiam anteriormente. A predição de um suicídio (que é um evento pouco provável, mesmo na presença de vários factores de risco), é ainda uma ciência imperfeita (Lafayette & Stern, 2004).

Os psicoterapeutas não estão imunes às consequências de um suicídio ou ao impacto disruptivo que o suicídio de um dos seus pacientes poderá ter no seu sistema de crenças (Gaylord, 1998). Segundo Fairman, Montross Thomas, Whitmore, Meier e Irwin (2014) existem frequentes relatos de mudanças psicológicas e comportamentais como resposta à morte por suicídio de um paciente.

Várias descrições das experiências de diferentes psicoterapeutas, vão acentuar o facto de que estes levam o suicídio dos seus pacientes muito pessoalmente, não se conseguindo distanciar como profissionais, e que a sua culpa, responsabilidade e o rescaldo da situação altamente perturbadora que é o suicídio de um paciente, vão levantar questões que vão para além do âmbito profissional (Goldstein & Buongiorno, 1984; Rycroft, 2005).

Após o suicídio de um paciente, os psicoterapeutas têm a crença de que têm de controlar as suas emoções, e que também têm de assumir um papel de liderança, no entanto o seu luto pessoal pode complicar esse processo (Valente, 2003).

Segundo Skodlar e Welz (2011) o dia em que se recebe a notícia do suicídio de um paciente, é um dia como nenhum outro. Os autores mencionam que é um momento em que tudo aparentemente pára, para no momento seguinte haver uma enchente de emoções, pensamentos e reflexões sobre o presente e o passado.

A morte é vista como uma consequência inevitável e infeliz consequência de uma doença, mas como um falhanço terapêutico quando um paciente comete suicídio (Goode, 2001).

Roths et al. (2013) afirmam que o suicídio de um paciente está associado a uma falha do profissional, e constitui um resultado errado. A um nível mais fundamental, o suicídio de um paciente vai anular a verdadeira essência do papel do profissional de saúde mental, que é curar ou pelo menos ajudar o paciente (Kelleher, Kelleher & Grad, 2014). Uma morte causada por um acto intencional do paciente vai ser percebido como algo mais pessoal, dando origem a uma sensação de rejeição das ministrações do profissional, comparando com as mortes por outras causas médicas (Gitlin, 2007).

A perda de um paciente por suicídio é considerada uma das experiências mais traumatizantes e difíceis na carreira de um profissional de saúde mental. (Tillman, 2006; Gitlin, 2007).

Esta experiência faz com que, muitas vezes, o profissional fique com sentimentos de perda de competência e prestígio. Quando deixados sozinhos com este sentimento, os clínicos podem não só sofrer imensamente devido à perda do seu paciente, mas também pela perda do seu ego ideal profissional. Depois do suicídio de um paciente, os clínicos vão experienciar uma sensação de crise profissional. O trabalho interno de luto pode tornar-se ainda mais complicado devido a preocupações externas, como por exemplo, o medo de haver repercussões legais, pressões organizacionais e exigências processuais (Tillman, 2006).

O suicídio de um paciente vai levantar a questão de se o psicoterapeuta poderia ter feito algo mais, e se sim, o quê. (Skodlar & Welz, 2011).

Grande parte da investigação existente no que diz respeito à severidade da sintomatologia de saúde mental dos clínicos depois do suicídio de um paciente tende a focar-se em duas dimensões: a presença de “reações afectivas” ou de “reações de stress”. A investigação centrada nas emoções afectivas foca-se na presença e intensidade da crise emocional, e ainda em alguns casos, em perturbações afectivas e reacções de luto. Os estudos que se centram nas reacções de stress vão medir a resposta de stress do profissional de saúde mental ao evento. Grande parte destes estudos perguntam aos clínicos para avaliarem as suas reacções tal como se lembram durante as primeiras semanas depois de o seu paciente ter cometido suicídio, e de novo, na altura do estudo. Outros estudos focam-se no impacto e mudança que o suicídio do paciente teve na prática profissional do clínico, sendo investigadas várias variáveis tais como a

falta de auto-confiança, dúvidas sobre a competência profissional, bem como a forma como estes clínicos lidaram com esse evento (Séguin, Bordeleau, Drouin, Castelli-Dransarte & Giasson, 2014).

Litman (1965) escreve que as reacções dos psicoterapeutas ao suicídio de um paciente dependem de como este via o seu paciente, há quanto tempo o acompanhava e da sua cumplicidade, bem como do seu grau de compromisso profissional para com o paciente.

Depois do suicídio de um paciente os profissionais experienciam uma grande variedade de reacções emocionais, muitas delas com semelhanças ao stress pós-traumático (Skodlar & Welz, 2011).

Séguin et al. (2014) mencionam que os profissionais têm reacções de stress bem como reacções emocionais nas semanas a seguir à morte de um paciente por suicídio, mas que estas reacções raramente chegam a um nível clínico, onde poderia ser identificada a presença de uma perturbação clínica. Os autores afirmam que esta é uma conclusão tranquilizadora, porque indica que os profissionais de saúde mental sentem empatia em relação aos seus pacientes, que se preocupam com o seu bem-estar, e que a perda os afecta. Mas que isto não significa o inevitável aparecimento de dificuldades em termos de saúde mental, tais como sintomatologia relacionada com o stress ou sintomatologia emocional e afectiva. Gitlin (2007) vai afirmar que a intensidade das reacções ao suicídio de pacientes varia, claro, mas que frequentemente os níveis de sofrimento são comparáveis com os vistos em populações clínicas.

Litman (1965) afirma que os psicoterapeutas experienciam uma espécie de reacção dupla à morte por suicídio. O autor descreve que, como qualquer ser humano o poderia fazer, um psicoterapeuta leva a morte do seu paciente a peito, mas que também reage de acordo com o seu papel muito específico na sociedade. O psicoterapeuta experiencia uma reacção pessoal de zanga e descrença, enquanto que em termos profissionais ele muito provavelmente vai ter de lidar com culpa. Também, segundo o autor, a negação é o mecanismo de defesa que os clínicos mais frequentemente usam em resposta à dor emocional que vem com o suicídio de um paciente.

As principais emoções sentidas após o suicídio de um paciente foram tristeza, culpa, depressão, inadequação pessoal, e às vezes zanga. (Goldstein & Buongiorno, 1984; Chemtob et al, 1988; Menninger, 1991; Kaye & Soreff, 1991; Grad, Zavasnik & Groleger, 1997; Gitlin, 1999; Alexander et al, 2000; Hendin, Lipschitz, Maltzberger, Haas & Wynecoop, 2000; Ruskin et al, 2004;).

Castelli-Dransart, Gutjahr, Gulfi, Kaufmann Didisheim e Séguin (2014) mencionam que profissionais de saúde mental na Suíça reportaram sentir choque, desamparo e tristeza como

sendo as respostas emocionais mais frequentes à notícia do suicídio de um paciente. No entanto, essas emoções e reacções não levam, geralmente, ao aparecimento de perturbações, ou dificuldades mentais, porque a maior parte dos sujeitos reportaram uma baixa resposta emocional e um baixo impacto traumático depois do suicídio do paciente. Skodlar e Welz (2011) mencionam um questionamento das competências profissionais bem como sentimentos de desamparo, impotência e falhanço. Litman (1965) escreve no seu estudo que os efeitos mais reportados depois do suicídio de um paciente foram descrença, vergonha, depressão, vulnerabilidade, culpa, perda de auto-confiança e zanga.

Hendin, Lipschitz, Maltzberger, Haas e Wynecoop (2000) publicaram um estudo onde, com 26 psicoterapeutas, estudaram as reacções após o suicídio de um paciente. através de um questionário semi-estruturado. As principais reacções emocionais foram o choque, a dor, culpa, medo de serem acusados de negligência, insegurança nas suas competências, vergonha, zanga e traição.

Roths et al. (2013) mencionam que na literatura internacional os efeitos mais reportados do suicídio de um paciente no profissional de saúde são a negação, choque, tristeza, raiva, culpa, descrença, angústia, sentimento de fracasso e, finalmente, o medo de acusações.

Menos comum, e visto apenas em situações específicas, alguns clínicos vão sentir uma sensação de alívio depois do suicídio de um paciente. Esta reacção é mais provável com um paciente com ideação suicida crónica, que fez ameaças ou repetidas tentativas, gerando assim uma sensação de exaustão terapêutica. Nestas circunstâncias, este sentimento de alívio em si vai provocar outras emoções como por exemplo a culpa (Gitlin, 2007).

Profissionais também reportam reacções comportamentais, tais como evitamento de lugares e pessoas relacionadas com o seu paciente, perturbações do sono e aumento de vigilância (Heeb, Gutjahr, Gulfi & Castelli-Dransart, 2011). Também houve descrições de sonhos com desmembramentos, morte violenta, e outros pesadelos (Tillman, 2006).

Hendin, Haas, Maltzberger, Szanto e Rabinowicz (2004) concluíram, num estudo com 34 psicoterapeutas que as diferenças relevantes no que diz respeito às reacções ao suicídio de um paciente entre os profissionais de saúde mental, têm a ver com o género e com os anos de experiência profissional.

Psicoterapeutas do género feminino experienciaram reacções mais emocionais após o suicídio de um paciente (Grad & Michel, 2005; Grad, Zavasnik & Groleger, 1997). Hendin et al. (2004) vão mais tarde confirmar que psicoterapeutas com grandes níveis de stress foram na sua maioria mulheres, sendo que estas se sentiam menos apoiadas pelos seus colegas e instituição onde trabalhavam. Este grupo de profissionais também tinha maior receio de ser

processadas, maior receio das reacções da família do paciente, em retrospectiva fariam mudanças nos tratamentos dos seus pacientes, são mais cuidadosas depois do suicídio de um paciente, e não tiveram capacidade de continuar a trabalhar imediatamente após o suicídio. As profissionais do género feminino também questionam a sua competência profissional muito mais frequentemente depois do suicídio de um dos seus pacientes (Gaffney, Russell, Collins, Bergin, Halligan, Carey & Coyle, 2009; Grad, Zavasnik & Groleger, 1997; Wurst, Mueller, Petitejean, Euler, Thon, Wiesbeck & Wolfersdorf, 2010).

Wurst et al. (2013) sugerem que este subgrupo de profissionais pode beneficiar e até necessitar de psicoterapia individual e também de apoio dos seus pares, na forma de supervisão.

Clínicos com menos experiência profissional foram mais afectados pela morte de um paciente que completa suicídio, do que os seus colegas com mais experiência (Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney e Torigoe, 1988; Gitlin, 2007). Esta conclusão não é surpreendente, visto que aqueles clínicos com menos experiência ainda não têm internalizada uma auto-imagem estável como profissionais competentes. Apesar de um suicídio ser traumatizante em qualquer ponto da carreira de um profissional, os clínicos com mais experiência já se associaram com suficientes sucessos dos seus pacientes, de forma a conseguir ver o pior resultado num caso individual utilizando uma perspectiva mais ampla (Gitlin, 2007). Atenção redobrada deve ser dada a estes clínicos com menos experiência profissional (Ruskin et al, 2004). Estas experiências negativas, com um fenómeno tão complexo e crítico como o suicídio poderão ter impacto na sua confiança profissional e ter consequências na futura aprendizagem e desenvolvimento de competências profissionais (Granek, Nakash, Ariad, Shapira & Ben-David, 2019).

Para Goldstein e Buongiorno (1984) a recuperação dos psicoterapeutas após o suicídio de um dos seus pacientes requer que estes tenham a capacidade de incorporar o evento na sua vida pessoal e profissional. Kaye e Soreff (1991) afirmam que um luto tem de ser feito, pelo menos inicialmente, mesmo em grupo, sugerindo que os profissionais deveriam considerar ir ao funeral dos seus pacientes. Campbell e Fahy (2002) vão mais tarde reforçar esta necessidade.

Segundo Ruskin et al. (2004) uma grande parte dos profissionais conseguiram lidar normalmente com o trauma, mas numa importante minoria, o impacto emocional aproximou-se de níveis mórbidos.

Respostas extremas ao luto e sofrimento causados pela perda de um paciente para o suicídio já foram documentadas. Rotov (1970) descreve um psiquiatra que fez uma tentativa de suicídio pouco tempo depois de dois pacientes seus terem completado suicídio. Valente (1994) também menciona o caso de um psiquiatra que completou suicídio depois de lidar com dois pacientes

com ideação suicida. Apesar de não ter sido estabelecida uma relação causal nestes casos, a sua existência vai levantar questões acerca da possibilidade de o suicídio de um paciente poder precipitar o mesmo comportamento por parte do psicoterapeuta (Valente, 1994).

Alguns profissionais descrevem sentimentos de compreensão e aceitação do suicídio do seu paciente, considerando até que este desfecho era inevitável (Rothes, Scheerder, Van Audenhove & Henriques, 2013). No entanto, esta atitude de aceitação poderá corresponder a uma atitude de resignação face a uma dor insuportável para a qual nenhum tratamento é conhecido, e não a uma aceitação filosófica ou algo que vá ao encontro dos seus objectivos no seu trabalho como clínicos (Litman, 1965). É, no entanto, salientado que se os profissionais consideram o suicídio como inevitável, isso poderá protegê-los de auto-culpabilização, mas poderá também revelar uma descrença no trabalho psicoterapêutico (Alexander et al, 2000).

Os profissionais de saúde mental vão utilizar variadas estratégias para lidar com o tumulto emocional e a falta de auto-confiança que resulta do suicídio de um paciente (Skodlar & Welz, 2011).

É necessária a existência de um ambiente seguro onde os clínicos possam partilhar as suas emoções e enfrentar medos. Um setting de grupo poderá ser a preferência de alguns; outros poderão tirar maior proveito de reuniões individuais com um supervisor ou com um colega que ofereça apoio; em alguns casos uma autópsia psicológica poderá ser útil. As autópsias psicológicas providenciam um método para a revisão de casos, onde os profissionais podem examinar os factores que poderão ter influenciado o suicídio. O propósito deste método é, em grupo, ajudar na compreensão e facilitar a aprendizagem com a experiência, de forma a estabelecer procedimentos que poderão ajudar a prevenir futuros suicídios. A autópsia psicológica poderá também ser um meio de suporte e uma oportunidade para o psicoterapeuta exprimir as suas emoções acerca do suicídio (Valente, 1994).

Este tipo de partilha pode ser também útil para os profissionais com menos experiência e que ainda não experienciaram o suicídio de um paciente, preparando-os para situações futuras (Lafayette & Stern, 2004).

A criação de significado que a partilha da experiência com colegas e/ou estudantes poderá trazer ao profissional poderá resultar uma mudança de perspectiva e contribuir para um crescimento pessoal e profissional (Biermann, 2003). Alguns clínicos vão, no entanto, afirmar que se feitas de uma forma inapropriada, estas revisões podem tornar-se numa “caça às bruxas”, numa tentativa de encontrar alguém em quem depositar a culpa pelo suicídio (Tillman, 2006).

Muitos profissionais discutem o assunto com os seus pares, amigos e esposos, procuram apoio ou tratamento de outro profissional, vão ao funeral do paciente e falam com os familiares

do paciente, vão ler extensivamente sobre pacientes que completam suicídio, escrevem artigos científicos sobre o assunto e até consideram uma reforma antecipada (Gorkin, 1985; Menninger, 1991; Gitlin, 1999; Foley & Kelly, 2007).

A supervisão parece ter um importante papel no processo de recuperação após o suicídio de um paciente (Kleespies et al., 1993; Ellis, Dickey & Jones, 1998; Campbell & Fahy, 2002; Lafayette & Stern, 2004; Ruskin et al., 2004; Knox, Burkard, Jackson, Schaack & Hess, 2006). Depois da notificação da morte do paciente, o supervisor era geralmente a primeira pessoa que o clínico contactava e era também, geralmente, este contacto que levava a que o clínico tivesse a primeira experiência de chorar sobre o evento (Tillman, 2006).

Frequentemente, conversar com um colega que já experienciou a perda de um paciente por suicídio poderá ser especialmente útil para diminuir a sensação de isolamento (Gitlin, 2007).

Os clínicos que reportaram mais episódios dissociativos após o suicídio de um paciente, foram também aqueles que experienciaram mais isolamento, menos apoio dos colegas, sentindo-se sozinhos no seu trauma, e desligados não só dos outros, mas também desligados de si mesmos (Tillman, 2006). A partilha com outros colegas vai dar origem a um sentimento de ligação que permite que os clínicos aceitem as suas limitações e se consigam perdoar (Valente, 1994).

Como humanos e psicoterapeutas, a tendência é tentar processar as experiências e tentar antecipar e prever as reacções. Quando as perdas são dramáticas, e vão perturbar os constructos e significados, pode resultar daí uma grande experiência de luto e angústia, mas possivelmente também de crescimento (Valente, 2003). A crise do suicídio de um paciente é uma oportunidade de crescimento e aprendizagem (Collins, 2003). É, no entanto, enfatizado o facto de que para isto acontecer, deverá haver um apoio eficiente após o suicídio (Roths, Scheerder et al, 2013).

São reportadas mudanças na prática clínica como reacção ao evento trágico que é o suicídio de um paciente (Skodlar & Welz, 2011). Estas mudanças são quase todas positivas, tendo como objectivo o estabelecimento de uma abordagem mais estruturada e consciente no que diz respeito à gestão de pacientes que se encontram em risco (Roths et al, 2013).

Tais mudanças na prática clínica foram desde uma maior vigilância no que diz respeito ao potencial suicídio de um paciente, a não aceitação de pacientes com ideação suicida como clientes, uma escuta mais activa em relação a ideação suicida e ao desespero dos seus pacientes, mais notas clínicas e procura de segundas opiniões, e até uma maior facilidade em internar os pacientes (Goldstein & Buongiorno, 1984; Menninger, 1991; Gitlin, 1999; Alexander et al.,

2000). Alguns profissionais, no entanto, consideram seriamente mudar de carreira ou reformar-se depois do suicídio de um paciente (Alexander et al., 2000).

Grande parte da investigação sobre profissionais de saúde mental que experienciaram o suicídio de um dos seus pacientes utiliza questionários (Tillman, 2006). Um estudo de Holden (1978) utiliza um questionário com 15 profissionais, afirmando que a entrevista como método de recolha de dados após o suicídio poderá provocar ansiedade e ser intrusivo, podendo a abertura e clareza das respostas ser afectada (Holden, 1978). No entanto parece importante haver abertura e honestidade sobre o trauma e dano que os profissionais de saúde mental sentem depois do suicídio de um dos seus pacientes, mesmo que isso traga desconforto (Tillman, 2006), visto que a partilha da experiência pode trazer ao profissional uma mudança de perspectiva e contribuir para o seu crescimento (Biermann, 2003).

Gitlin (1999) enfatiza a importância de os profissionais monitorizarem as suas reacções a suicídios de pacientes visto que estas vão ter impacto na sua capacidade e possibilidade de continuarem a exercer as suas funções profissionais.

Sendo que o bem-estar do profissional de saúde mental pode ter um grande impacto na sua performance profissional e, portanto, ter também um grande impacto na vida dos seus pacientes, parece imperativo que haja uma intervenção precoce em situações que possam afectar esse bem-estar. Esta intervenção poderá levar a melhores resultados, como menos depressão, burnout, suicídio, abuso de substâncias e também a menos casos de negligência entre profissionais de saúde (Wurst et al, 2013).

Referências

- Alexander, D., Klein, S., Gray, N., Dewar, I., & Eagles, J. (2000). Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ*, *320*, 1571-1574. doi: 10.1136/bmj.320.7249.1571
- Barr, B. (1996). After an adolescent's suicide, who consoles the therapist?. *Brown University Child & Adolescent Behavior Letter*, *12*(1), 1-2.
- Biermann, B. (2003). When Depression Becomes Terminal: The Impact of Patient Suicide during Residency. *The Journal Of The American Academy Of Psychoanalysis And Dynamic Psychiatry*, *31*(3), 443-457. doi: 10.1521/jaap.31.3.443.22130
- Bloom, V. (1967). An Analysis of Suicide at a Training Center. *American Journal Of Psychiatry*, *123*(8), 918-925. doi: 10.1176/ajp.123.8.918
- Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M., & Walker, M. (2009). The Incidence and Course of Depression in Bereaved Youth 21 Months After the Loss of a Parent to Suicide, Accident, or Sudden Natural Death. *American Journal Of Psychiatry*, *166*(7), 786-794. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08081244
- Brent, D. A., Moritz, G., Bridge, J., Perper, J., & Canobbio, R. (1996). The impact of adolescent suicide on siblings and parents: A longitudinal follow-up. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *26*(3), 253-259.

- Campbell, C., & Fahy, T. (2002). The role of the doctor when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin*, 26(2), 44-49. doi: 10.1192/pb.26.2.44
- Campos, R., Holden, R., & Santos, S. (2017). Exposure to suicide in the family: Suicide risk and psychache in individuals who have lost a family member by suicide. *Journal Of Clinical Psychology*, 74(3), 407-417. doi: 10.1002/jclp.22518
- Castelli-Dransart, D., Gutjahr, E., Gulfi, A., Kaufmann-Didisheim, N., & Séguin, M. (2014). Patient Suicide in Institutions: Emotional Responses and Traumatic Impact on Swiss Mental Health Professionals. *Death Studies*, 38(5), 315-321. doi: 10.1080/07481187.2013.766651
- Cerel, J., & Roberts, T. (2005). Suicidal behavior in the family and adolescent risk behavior. *Journal Of Adolescent Health*, 36(4), 352.e8-352.e14. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.08.010
- Chemtob, C., Hamada, R., Bauer, G., Kinney, B., & Torigoe, R. (1988). Patients' suicides: Frequency and impact on psychiatrists. *American Journal Of Psychiatry*, 145, 224-228.
- Chemtob, C., Bauer, G., Hamada, R., Pelowsky, S., & Muraoka, M. (1989). Patient suicide: occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *American Journal Of Psychiatry*, 20, 294-300.
- Collins, J. (2003). Impact of patient suicide on clinicians. *Journal Of The American Psychiatric Nurses Association*, 9(5), 159-162. doi: 10.1016/s1078-3903(03)00221-0

- Crosby, A., & Sacks, J. (2002). Exposure to Suicide: Incidence and Association with Suicidal Ideation and Behavior: United States, 1994. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 32(3), 321-328. doi: 10.1521/suli.32.3.321.22170
- DeAngelis, T. (2001). Surviving a patient's suicide. *Monitor on Psychology*, 32(10), 70-73.
- de Leo, D., & Heller, T. (2008). Social Modeling in the Transmission of Suicidality. *Crisis*, 29(1), 11-19. doi: 10.1027/0227-5910.29.1.11
- Ellis, T. E., Dickey, T. O., & Jones, E. C. (1998). Patient suicide in psychiatry residency programs: A national survey of training and postvention practices. *Academic Psychiatry*, 22, 181-189.
- Feigelman, W., Gorman, B., & Jordan, J. (2009). Stigmatization and Suicide Bereavement. *Death Studies*, 33(7), 591-608. doi: 10.1080/07481180902979973
- Foley, S.R. & Kelly, B.D. (2007). When a patient dies by suicide: Incidence, implications and coping strategies. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 134-138.
- Gaffney, P., Russell, V., Collins, K., Bergin, A., Halligan, P., Carey, C., & Coyle, S. (2009). Impact of Patient Suicide on Front-Line Staff in Ireland. *Death Studies*, 33(7), 639-656. doi: 10.1080/07481180903011990

- Gaylord, R. (1998). A 10-year-old's suicide and a grieving emergency nurse: Lessons learned. *Journal Of Emergency Nursing*, 24(1), 52-57. doi: 10.1016/s0099-1767(98)90173-8
- Gitlin, M. J. (1999). A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1630-1634.
- Gitlin, M. (2007). Aftermath of a tragedy: Reaction of psychiatrists to patient suicides. *Psychiatric Annals*, 37(10), 684-687.
- Goldstein, L., & Buongiorno, P. (1984). Psychotherapists as Suicide Survivors. *American Journal Of Psychotherapy*, 38(3), 392-398. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.1984.38.3.392
- Goode, E. (2001). Patient Suicide Brings Therapists Lasting Pain. *New York Times*. Retrieved 19 August 2019, from <https://www.nytimes.com/>
- Gorkin, M. (1985). On the suicide of one's patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 49(1), 1-9.
- Grad, O.T. & Michel, K. (2005) Therapists as client suicide survivors. In K.M. Weiner (Ed.), *Therapeutic and legal issues for therapists who have survived a client suicide: Breaking the silence* (pp. 71-81). New York: The Haworth Press.
- Grad, O.T., Zavasnik, A., & Groleger, U. (1997) Suicide of a patient: Gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 27, 379-386.

- Granek, L., Nakash, O., Ariad, S., Shapira, S., & Ben-David, M. (2019). Cancer Patients' Mental Health Distress and Suicidality. *Crisis*, 1-8. doi: 10.1027/0227-5910/a000591
- Heeb, J., Gutjahr, E., Gulfi, A., & Castelli Dransart, D. (2011). Psychometric Properties of the French Version of the Impact of Event Scale-Revised in Mental Health and Social Professionals after a Patient Suicide. *Swiss Journal Of Psychology*, 70(2), 105-111. doi: 10.1024/1421-0185/a000044
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberger, J., Haas, A., & Wynecoop, S. (2000). Therapists' Reactions to Patients' Suicides. *American Journal Of Psychiatry*, 157(12), 2022-2027. doi: 10.1176/appi.ajp.157.12.2022
- Hendin, H., Haas, A., Maltzberger, J., Szanto, K., & Rabinowicz, H. (2004). Factors Contributing to Therapists' Distress After the Suicide of a Patient. *American Journal Of Psychiatry*, 161(8), 1442-1446. doi: 10.1176/appi.ajp.161.8.1442
- Holden, L.D. (1978) Therapist response to patient suicide: professional and personal. *Journal of Continuing Education in Psychiatry*, 39(5), 23-32
- Jordan, J. R., Feigelman, W., McMenamy, J., & Mitchell, A. M. (2011). Research on the needs of survivors. In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 115–131). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis.

- Kaye, N., & Soreff, S. (1991). The psychiatrist's role, responses, and responsibilities when a patient commits suicide. *American Journal Of Psychiatry*, *148*(6), 739-743. doi: 10.1176/ajp.148.6.739
- Kelleher, E., Kelleher, M., & Grad, O. (2014). Effects of patient suicide on the multidisciplinary care team. *The Lancet Psychiatry*, *1*(3), 174-175. doi: 10.1016/s2215-0366(14)70299-8
- Kessing, L., Agerbo, E., & Mortensen, P. (2003). Does the impact of major stressful life events on the risk of developing depression change throughout life?. *Psychological Medicine*, *33*(7), 1177-1184. doi: 10.1017/s0033291703007852
- Kleespies, P. Penk, W. & Forsyth, J. (1993). The stress of patient suicidal behavior during clinical training: incidence, impact, and recovery. *American Journal Of Psychiatry*, *24*, 293-303.
- Knox, S., Burkard, A. W., Jackson, J. A., Schaack, A. M., & Hess, S. A. (2006). Therapists-in-training who experience a client suicide: Implications for supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, *37*, 547–557.
- Lafayette, J., & Stern, T. (2004). The Impact of a Patient's Suicide on Psychiatric Trainees: A Case Study and Review of the Literature. *Harvard Review Of Psychiatry*, *12*(1), 49-55. doi: 10.1080/10673220490279152
- Litman, R. E. (1965). When Patients Commit Suicide. *American Journal of Psychotherapy*, *19*(4), 570–576. doi:10.1176/appi.psychotherapy.1965.19.4

- Menninger, W.W. (1991). Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bullet of the Menninger Clinic*, 55(2), 216-227.
- Roths, I., Henriques, M., & Correia, R. (2013). Suicídio de um paciente: a experiência de médicos e psicólogos portugueses. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 31(2), 168-178. doi: 10.1016/j.rpsp.2013.05.002
- Roths, I. A., Scheerder, G., Van Audenhove, C., & Henriques, M. R. (2013). Patient Suicide: The Experience of Flemish Psychiatrists. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(4), 379–394. doi:10.1111/sltb.12024
- Rostila, M., Saarela, J., & Kawachi, I. (2013). Suicide following the death of a sibling: a nationwide follow-up study from Sweden. *BMJ Open*, 3(4), e002618. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002618
- Rotov, M. (1970). Death by suicide in the hospital: Analysis of 20 therapeutic failures. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 216-227.
- Ruskin, R., Sakinofsky, I., Bagby, R., Dickens, S., & Sousa, D. (2004). Impact of Patient Suicide on Psychiatrists and Psychiatric Trainees. *Academic Psychiatry*, 28(2), 104-110. doi: 10.1176/appi.ap.28.2.104

- Rycroft, P. (2005). Touching the heart and soul of therapy: Surviving client suicide. In K.M. Weiner (Ed.), *Therapeutic and legal issues for therapists who have survived a client suicide: Breaking the silence* (pp. 83-94). New York: The Haworth Press.
- Santos, S. & Tavares, S. (2014). Sobreviventes. In C. M. B. Saraiva, A. J. B. Peixoto & D. J. B. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Santos, S., Tavares, S., & Campos, R. (2014). Distress in Portuguese Family Members Bereaved by Suicide: An Exploratory Study. *Journal Of Loss And Trauma*, 20(3), 267-280. doi: 10.1080/15325024.2014.934618
- Séguin, M., Bordeleau, V., Drouin, M., Castelli-Dransart, D., & Giasson, F. (2014). Professionals' Reactions Following a Patient's Suicide: Review and Future Investigation. *Archives Of Suicide Research*, 18(4), 340-362. doi: 10.1080/13811118.2013.833151
- Skodlar, B., & Welz, C. (2011). How a therapist survives the suicide of a patient—with a special focus on patients with psychosis. *Phenomenology And The Cognitive Sciences*, 12(1), 235-246. doi: 10.1007/s11097-011-9205-3
- Speechley, M., & Stavraký, K. (1991). The adequacy of suicide statistics for use in epidemiology and public health. *Canadian Journal of Public Health*, 82(1), 38-42.

- Takahashi, C., Chida, F., Nakamura, H., Akasaka, H., Yagi, J., & Koeda, A. et al. (2011). The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. *BMC Psychiatry*, *11*(1). doi: 10.1186/1471-244x-11-38
- Tillman, J. (2006). When a patient commits suicide: An empirical study of psychoanalytic clinicians. *The International Journal Of Psychoanalysis*, *87*(1), 159-177. doi: 10.1516/6ubb-e9de-8ucw-uv3l
- Valente, S. (1994). Psychotherapist reactions to the suicide of a patient. *American Journal Of Orthopsychiatry*, *64*(4), 614-621. doi: 10.1037/h0079574
- Valente, S. (2003). Aftermath of a Patient's Suicide: A Case Study. *Perspectives In Psychiatric Care*, *39*(1), 17-22. doi: 10.1111/j.1744-6163.2003.tb00669.x
- World Health Organization. (2019). Retrieved 2 August 2019, from <https://www.who.int/>
- Wurst, F., Mueller, S., Petitejean, S., Euler, S., Thon, N., Wiesbeck, G. & Wolfersdorf, M. (2010). Patient suicide: a survey of therapists' reactions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *40*, 328–336.
- Wurst, F., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K., & Thon, N. (2011). The Therapist's Reaction to a Patient's Suicide. *Crisis*, *32*(2), 99-105. doi: 10.1027/0227-5910/a000062

Wurst, F., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K., Vogel, R., Müller, S., Petitejean, S., Thon, N. (2013). How therapists react to patient's suicide: findings and consequences for health care professionals' wellbeing. *General Hospital Psychiatry*, 35(5), 565-570. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.05.003

Anexo B.
Carta de Consentimento Informado



Carta de Consentimento Informado

A presente investigação, cujo principal objectivo passa pela compreensão da vivência de profissionais de saúde mental aquando da morte, por suicídio, de um dos seus pacientes, insere-se no âmbito do Seminário de Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA-IU), orientada pelo Professor Doutor Vítor Amorim Rodrigues.

Pretende-se que os participantes falem sobre como foram afectados, pessoal e profissionalmente, por esta experiência. Serão feitas entrevistas, que serão gravadas para posteriormente serem analisadas. É importante sublinhar que a confidencialidade e o anonimato serão assegurados, sendo respeitados todos os princípios inerentes aos padrões éticos da Investigação em Psicologia, como o direito ao sigilo e o direito de interromper e recusar a sua participação nesta entrevista a qualquer momento.

Obrigada pela sua colaboração e atenção.

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento dos objetivos e do carácter voluntário da participação neste estudo, bem como da possibilidade de a qualquer momento poder desistir da minha participação. Declaro, igualmente, que tive a oportunidade de formular as questões que considerei pertinentes, que me foram prontamente esclarecidas.

Data ___/___/___

Assinatura do participante _____

Assinatura da investigadora _____

Anexo C. Guião de Entrevista



Guião da Entrevista

- Dados sociodemográficos – Género, Idade, Profissão, e há quanto tempo exerce.

“Este estudo tem como principal objectivo a exploração e compreensão da experiência subjectiva de profissionais de saúde mental que experienciaram o suicídio de um dos seus pacientes, e como foram afectados por esse evento. Pode contar-me, com o maior detalhe que lhe for possível, a sua experiência?”

- Assuntos a ser abordados durante a entrevista:
 - Que emoções sentiu quando descobriu o que tinha acontecido?
 - Olhando para trás, acha que poderia ter feito alguma coisa diferente na altura?
 - Como se sente hoje em dia depois do que se passou? Que mudança vê em si? (Tanto profissionalmente como pessoalmente).
 - Existe algum tipo de apoio que lhe poderia ter sido útil depois desta experiência?

Anexo D.

Transcrição das Entrevistas dos quatro Participantes

Para efeitos de registo, foram atribuídos os códigos “DR” para identificar a investigadora e “P” para identificar o participante do estudo.

Transcrição da Entrevista do participante P1

DR) *Este estudo tem como principal objectivo a exploração e compreensão da experiência subjectiva de profissionais de saúde mental que experienciaram o suicídio de um dos seus pacientes, e como foram afectados por esse evento. Pode contar-me, com o maior detalhe que lhe for possível, a sua experiência?*

P1) Pois... Foi uma pessoa com quem... que foi meu cliente já uns anos. Mas tinha fases em que fazia terapia de uma maneira mais intensiva, até mais que uma vez por semana, normalmente uma, mas até mais que uma vez por semana. Mas depois havia sempre períodos muito longos, meses, meio ano ou mais, em que não vinha. Quando... Mas havia sempre uma sessão marcada. Não aparecia àquela sessão. Eu telefonei, mandei SMS, normalmente não havia feedback. Depois de meio ano, outra vez, aparecia. Tinha, por motivos profissionais, chamemos-lhe assim, viagens ao estrangeiro, mas isso obviamente não era motivo para não me avisar. Então estava habituado, com essa pessoa, a uma relação terapêutica forte e importante para ele, com esses buracos. E essa pessoa, eu mandei essa pessoa para um colega meu, psiquiatra, que teve mais de uma sessão, duas, três, não sei, ou quatro, não me lembro, mais do que uma sessão, com medicação e com alteração de medicação durante esse período de tempo. E o problema é que a linha, durante esses anos, não foi ascendente.

DR) *Ok, não houve melhorias.*

P1) Havia melhorias pontuais, mas o risco... havia uma compreensão maior, da parte da pessoa, claro, isso sim. Mas o risco de vida, aumentou. Que eu queria ver controlado pela medicação, como é natural. Então... a hipótese de suicídio falou-se nas sessões. Que é obviamente uma indicação muito forte. Mas... ele e eu pensávamos que isso estava controlado. Falámos da hipótese da pessoa ser internada num hospital psiquiátrico... o que ele não queria. Recusou. Mas depois também pergunto... eu podia ter insistido mais. Não tinha poder sobre ele, de

interná-lo, e dificilmente teria feito isso. Mas se eu tivesse falado de outra maneira, com mais determinação, se calhar, ou... ou provavelmente, se calhar barra provavelmente, ele teria aceite. E a situação mais aguda teria sido, ao menos temporariamente, controlada. Mas, as pessoas têm as suas... os seus pensamentos até sobre os hospitais psiquiátricos... sobre a psiquiatria, eu também, e essa pessoa também, com uma aversão muito pronunciada. Por outro lado, tomava os medicamentos. Porque também o psiquiatra com quem trabalho é uma pessoa muito aberta, inteligente e sabe falar com as pessoas. Não é qualquer psiquiatra que... essa pessoa, esse meu cliente não teria aceite qualquer psiquiatra, mas esse foi fácil aceitar. Falou bem das sessões que teve. E aí é obviamente muito dramático. Foi muito dramático aqui por um lado, porque certos... com essa pessoa partilhei certos valores, digamos. Sobre a sociedade, a cultura, etc. E isso também, uma relação tão longa, desapareceu. Então assim custou... a minha dor teve essa cor ainda, essa conotação... de ter perdido também de certa maneira um amigo. Embora nunca o tivesse encontrado fora da sessão de terapia, não é. Mas havia uma consonância, um comprimento de onda na sessão, que na grande maior parte das minhas sessões não tenho.

DR) *Havia uma ligação muito forte.*

P1) A nível de valores. Como via a sociedade. E aí é muito pesado. Depois... então aqui quando aconteceu o suicídio, foi da mesma maneira que a pessoa não veio à próxima sessão. Eu mandei SMS, telefonei. Nenhuma reacção, com as outras situações também tinha reacção. E depois de uma, duas, três semanas, pensei então não vou telefonar mais, se calhar está fora outra vez, estava tantas vezes fora, ou simplesmente não reagiu. Mas isso também foi uma maneira de me enganar a mim próprio.

DR) *Como assim?*

P1) Hoje... Hoje, quer dizer, algum tempo depois, consigo ver isso. Eu queria... eu sabia que a questão estava sensível, mais sensível que noutras situações. Que nas outras situações não era tão grave. Então, foi uma maneira de me enganar a mim próprio. E levei meses até chegar à conclusão que, de facto, tinha morrido. Quer dizer, também havia uma negação aqui, da minha parte. Uma vontade de negação, como conhecemos, neste tipo de situações... uma das possíveis

reações. E... isso para mim foi muito pesado. Então aqui neste caso também fui ao supervisor, mas levei meeeses para lá chegar. Porque levei muito tempo até chegar à conclusão, através de certos indícios objectivos, que de facto foi morte, e para mim, só poderia ter sido suicídio. E aqui, o supervisor perguntou-me se queria saber como foi a morte. Para saber se foi mesmo suicídio, podia ter sido um acidente ou outra coisa qualquer. E eu não quis saber, nem quero saber. Não tenho necessidade de saber. E mesmo se for uma morte, quer dizer, uh em forma de acidente, para mim não me tira essa interpretação.

DR) *Ok, faz-lhe sentido com a pessoa... a situação da pessoa, que foi isso que aconteceu.*

P1) Sim. Sim. Porque falou-se antes, e foi... tava no ar. E nós falámos disso na última sessão. E dissemos, não, marcámos daqui a dois dias, ou três não me lembro, mas foi um período muito curto. Quer dizer, e... e pergunto “então, podes?” (tratávamos por tu) “podes?” “sim, sim, aguento até lá, sim, sim”. E estava com medicação, não é? Quer dizer, isso também... sempre pensava, bem, tenho a medicação do meu lado.

DR) *E então, quando chegou a essa conclusão, que isso tinha acontecido... o que é que sentiu?*

P1) Bom... senti, bom, vamos dizer, nesses meses antes, senti uma consternação, uma dúvida, um mau estar. Bom, depois vem o quotidiano e a gente empurra isso um pouco para o lado, mas nos momentos em que não temos tanto que fazer, surge de novo a dúvida. E depois esse momento em que eu disse, por mim, que aconteceu um suicídio, isso foi uma coisa subjectiva minha. Porque eu fui buscar a informação, e quis buscar a informação naquele momento. Podia ter buscado antes. Fui.. naquele momento estava, não sei, preparado, não sei se é a palavra certa, para buscar essa informação. A informação que eu vi, da morte, para mim foi suficiente. Não precisei de mais nada. E nesse momento falei. Antes não falei a ninguém. Nesse momento falei ao supervisor e à minha mulher. Antes não falei. Então foi ainda essa fase extra, desses meses. E no momento em que falei, claro que custa mais falar mas também é um alívio, como é óbvio não é... andar com uma pedra não digerível, não digestível, ao menos a coisa... uff, a pessoa consegue enfrentar a situação.

DR) *E nesse caso, acha que... sentiu que poderia ter feito alguma coisa?*

P1) Neste caso é relativamente óbvio, não é? Quer dizer... porque eu estava em contacto até com o psiquiatra, por causa da medicação. E então eu... estamos conscientes do perigo. O que faltou foi de certa maneira, a vontade, ou a força de vontade de ir contra a opinião da pessoa. E de me impor. Não por lei, não por força, mas por capacidade de persuasão. E aí, é uma falha minha.

DR) *Ok, ficou a sentir isso então.*

P1) Sim.

DR) *Vê mudanças em si depois desse evento? Acha que o afectou?*

P1) Eu não sou muito novo. Já tive mortes de amigos, de família, familiares, antes. Quer dizer... eu amo a vida. Eu apelo a mim próprio, de ter cuidado nesse tipo de situações. E também a questão da responsabilidade. Quer dizer, como profissionais temos uma responsabilidade como é óbvio. Esta responsabilidade só até certo ponto pode ser, como posso dizer... dividida com o cliente. Partilhada com o cliente. Não é? Quer dizer, se eu achar que a pessoa precisa de internamento psiquiátrico... uh, a oposição ou a opinião negativa do cliente... não devia dar tanto espaço a isso. Mas como psicoterapeuta, como trabalho num espectro Humanista, numa modalidade digamos Humanista, bom... o cliente é o rei, não é? O cliente é que manda. O que quer fazer, o que não quer fazer. Mas isso tem limites.

DR) *Pois, é difícil ver onde acaba...*

P1) Isso aqui acho que é um ponto que... após saber deste caso... quer dizer, a responsabilidade do terapeuta é sempre maior, porque ele é o profissional.

DR) *Sim.*

P1) Embora não possa obrigar.

DR) *Pois, aí é que entra aquela...*

P1) Sim.

DR) *Pois, mas sente mais essa...*

P1) Sim. Acho que isso ficou mais limpinho para mim.

DR) *Pois, ficou mais claro...*

P1) Sim...

DR) *Que tem que... ok. Em termos de apoio, depois disso acontecer, lá está... referiu a supervisão obviamente e.. em casa?*

P1) Sim.

DR) *Ok.*

P1) E também, como já tinham passado alguns meses, já estava muito digerido de certa maneira, ou pré-digerido.

DR) *Pois. Faz sentido. Acabou, pronto. Não... não sente que tem mais nada para dizer?*

P1) Neste momento, se você tiver mais alguma pergunta.

DR) *Hm... não.*

P1) Essa coisa que eu disse agora da responsabilidade, e em relação ao tipo de relação que criamos numa terapia Humanista, isso não tinha, quer dizer... não tinha tornado explícito isso para mim, isso foi só agora na sua presença. Sim, que consegui formular isso. Essas ideias, já tinha chegado lá, mas não estava assim tão nítido, tão formulado.

DR) *Faz sentido. Faz muito sentido. Pronto, obrigada.*

Transcrição da Entrevista do participante P2

DR) Ok.. uh... Portanto vou fazer a primeira pergunta... o meu estudo tem como principal objectivo a exploração e compreensão da experiência subjectiva de profissionais de saúde mental que experienciaram o suicídio de um dos seus pacientes, e como foram afectados por esse evento. Pode contar-me, com o maior detalhe que lhe for possível, a sua experiência?

P2) Ok então, uh... eu acompanhei um paciente com uma perturbação da personalidade, uh, durante... cerca de 10 anos. Com acompanhamento também de um psiquiatra em paralelo, em consultório privado. Uh... Ele... o paciente chega até mim com ideação suicida, é por isso que ele chega até mim, não pela perturbação de personalidade, mas pela ideação suicida. E durante vários anos, uh... houve algumas interrupções no acompanhamento, houve muitas interrupções no psiquiatra, e portanto nem sempre ele estava a fazer medicação, houve uma certa altura que ele desistiu da medicação por... pelos efeitos secundários da medicação. Mas fomos sempre estando em contacto, mesmo nos períodos de ausência clínica, havia de vez em quando um email, uma mensagem... uh, foi sempre... a ideação suicida nunca desapareceu verdadeiramente, nunca desapareceu completamente. Uh.. as competências sociais eram muito limitadas, uh... o acompanhamento da família era muito limitado também, uh... e a relação entre nós nem sempre era fantástica, uh... portanto, teve muitos altos e baixos...

DR) (ok)

P2) Portanto, foram tentadas várias abordagens uh, clínicas. Muito na promoção das competências sociais também, muito na promoção... sobretudo competências sociais. E também profissionais, porque também havia algumas dificuldades derivada... na área profissional, derivadas das competências sociais. Cada vez que voltávamos a fazer consultas juntos, a ideação suicida diminuía bastante, mas nunca desaparecia totalmente, havia sempre uma.. uma insatisfação crónica, uma tristeza crónica. Tristeza não no sentido da depressão, mas no sentido da insatisfação geral com a vida. Que nem com a medicação, mesmo nos períodos em que a medicação estava a ser tomada como deve de ser, nem nessa altura desapareceu completamente. Uh... E durante vários anos, uh... parou-se completamente a medicação. Uh, havia uma revolta

muito grande associada, portanto, isto era uma perturbação borderline da personalidade, portanto, com muita impulsividade, muita... muitas ideias de vários níveis, a.. a falta de competências sociais levava até a alguns comportamentos borderline patológicos para com outras pessoas, nomeadamente... uh... quase uma perseguição de outras pessoas, portanto, quando havia uma paixão por exemplo... a pessoa alvo da paixão era perseguida, sem nenhum intuito de, de... maltratar a pessoa, mas para se mostrar e para... quase até para se apresentar em muitas situações. E portanto a, a terapia andava muito à volta disto, à volta do que é socialmente aceitável, o que não é a promoção de empatia, compreensão das emoções dos outros, compreensão das próprias emoções, compreensão dos triggers para determinados sentimentos mais debilitantes... E... e durante muitos anos foi isto, com até algumas tentativas de controlar a própria terapia. Uh, achar que se devia fazer isto ou devia fazer aquilo, ou de achar que eu devia estar disponível 24 horas por dia. Portanto foi sempre uma interação difícil, da minha perspectiva com.. com vários resultados positivos. E, portanto, fiz encaminhamento para outro colega porque havia realmente esses resultados positivos e tínhamos uma boa relação realmente, apesar de tudo. Havia muitas comunicações por email e por mensagem. Uh... quer nos períodos em que a terapia acontecia quer nos períodos em que a terapia não acontecia, uh... E em Dezembro de 2014... em Novembro penso eu, à volta do fim do ano, uh, foi-me dito na sessão que aquela seria a nossa última sessão. Não era uma primeira vez, uh, portanto, eu fiz o que normalmente fazemos. Aceitei que seria a nossa última sessão, tentei perceber porquê. Não fiquei propriamente feliz com a situação porque a estabilidade emocional não era grande. Não tinha nenhum motivo clínico para achar que estaria... que o estado emocional estaria pior que noutras alturas, uh, e portanto, foi realmente a nossa última consulta. Tivemos depois uma troca de emails, uh, muito.. muito funcional. Porque eu precisava de lhe mandar os recibos das últimas consultas, portanto mandei-lhe por email... e tive uma resposta a dizer que o fim da terapia não tinha a ver connosco, tinha a ver com as... as condicionantes da vida, a pessoa estava desempregada também, portanto havia mais essa questão financeira. Uh... eu respondi a esse email de uma forma terapêutica, dando algumas indicações de trabalhos de casa para que se continuasse de alguma forma o processo terapêutico. Hm. E não sei exactamente quando no tempo, recebo um telefonema da família... uh, mas meses depois, portanto, isto seria... isto seria

na altura do... fim do ano, portanto, depois o suicídio aconteceu já no início do ano, já depois do Natal e do fim do ano, depois dessas coisas todas. Portanto recebo no início do ano um telefonema da família a perguntar pela pessoa, uh... se eu sabia alguma coisa. E pronto, depois vem-se a verificar que a pessoa tinha cometido suicídio nessa noite, fora de casa.

DR) Uh... que emoções sentiu quando descobriu o que tinha acontecido?

P2) Olhe, eu acho que ainda as sinto, depois de muita supervisão, acho que, acho que as ainda a sinto. Senti muita tristeza, obviamente, senti muita zanga. Zanga contra a pessoa, mas sobretudo zanga contra mim. Uh... e um sentimento que eu não sei exactamente por em palavras, mas uma... um sentimento de perda mas não no sentido da minha perda. No sentido de quase um desperdício uh... para, para o mundo em geral. Pelas competências da pessoa, pelo que a pessoa poderia ter vivido, uh, e não viveu. Uh... e acho que uma, uma impotência muito grande, sobretudo.

DR) Uh... olhando para trás, acha que poderia ter feito alguma coisa de forma diferente?

P2) Claro que sim. Obviamente que sim. Não sei exactamente o quê, uh.. mas gosto de acreditar, ao mesmo tempo gosto de acreditar que sim, que poderia ter sido diferente e que... No fundo, este, este claro que sim é um mecanismo de defesa que me permite continuar a trabalhar em Psicologia, não é? Porque...porque senão... se for só um sentimento de impotência e... todas as outras emoções. não... faz com que eu viesse a acreditar que independentemente do trabalho que eu faço, este resultado pode acontecer. Portanto acho que escolhi não acreditar nisso, acho que escolhi, uh... reviver, quase que em processo de luto, e em supervisão, e na minha própria terapia, uh.. reviver 50 vezes diferentes momentos da terapia para perceber o que poderia ter sido diferente. Não do ponto de vista da culpa, hm, não que ela não tenha existido, porque de início também existiu, mas não nesse ponto de vista, mas no ponto de vista de construção de alguma coisa, e de quase como um aprender com os erros. Ok, talvez, talvez isto acontecesse independentemente do meu trabalho, mas se eu tivesse seguido mais esta área e menos aquela, e tivesse seguido por aqui em vez por ali, e se tivesse percebido que tatatatata... acho que escolhi como estratégia de coping em relação a tudo isto, escolhi acreditar que poderia ter feito muita

coisa diferente. E acho que, no fundo, é uma realidade não é, podemos sempre fazer coisas diferentes. Não significa que mudemos o resultado, mas podemos sempre fazer coisas diferentes. Portanto, a minha resposta é claramente sim.

DR) Como é que se sente hoje em dia depois do que se passou? Que mudança vê em si, tanto profissionalmente como pessoalmente.

P2) Acho que continuo a fazer um... não posso dizer um luto patológico, tenho de ter aqui algum cuidado não é? Mas, uh, acho que continuo, acho que é um paciente que vai ficar comigo para sempre. Não só porque o acompanhamento foi durante muito tempo, e independentemente disso, independentemente do resultado já ficaria, mas precisamente por causa do resultado. Foi uma pessoa com quem aprendi imenso como psicóloga clínica. Uh... E várias vezes, a cada paciente que eu tenho hoje em dia com ideação suicida, a minha mente vai imediatamente para lá. Mais uma vez, não do ponto de vista, uh... de culpa ou de impotência, mas do ponto de vista de aprendizagem. Portanto acho que é algo que eu escolhi... uma espécie de um processo de aceitação, uh, porque uma das coisas que um dos meus supervisores me disse, que até hoje fica comigo, é que realmente as pessoas também têm o direito de escolha, não é? Portanto o suicídio é uma escolha possível, uh, e essa ideia ficou-me muito. Não de baixar os braços, obviamente, e aceitar a escolha, mas, uh.. olhando para trás e olhando para o trabalho todo que fizemos em conjunto durante aqueles anos todos, uh... é possível aceitar aquela decisão como uma escolha e não como uma medida desesperada. Portanto.. acho que há alguma aceitação dessa escolha, hoje em dia. Mas há muita frustração, de não ter conseguido mudar essa escolha.

DR) Acha que essa é a maior mudança em si? Portanto... derivado disto.

P2) Não sei se a maior mudança será aceitar as escolhas dos pacientes. Uh... Acho que é uma mudança. Acho que realmente é uma mudança. Outra mudança será... houve uma mudança temporária de muito medo em relação a outras pessoas com ideação suicida. E essa... E essa mudança, que não terá sido bem uma mudança, terá sido uma reacção, eu tive muito consciente dela, uh... cada vez que tinha alguém com ideação suicida ponderava muito bem se deveria ou não encaminhar para outra pessoa, uh... e essa mudança acabou por se desvanecer e ficar mais

o respeito pela decisão, no sentido de é uma decisão possível, uh é uma decisão que eu obviamente não quero, é uma decisão que obviamente eu partilho com a pessoa que não quero, e que não é fantástica para a vida da pessoa, mas que é uma decisão possível, e acho que mesmo que eu não diga isto à pessoa, obviamente que não digo, uh, é algo que fica no background. A outra mudança se calhar que se mantém, é... é perguntar. Mais vezes. Eu acho que se calhar essa foi a que ficou. Porque, no fundo, a base da Psicologia é por nós falarmos sobre as coisas, elas tornam-se diferentes. E se calhar o que eu aprendi com... com esta pessoa, e obviamente que fazíamos muito isso, mas haviam uns subentendidos que ficavam no ar de vez em quando em relação à ideação suicida, que não eram directamente em relação à ideação suicida e portanto.. que muitas vezes vinham ou por mensagem, ou por email, e que não era.. eu não sentia apropriado abordar directamente. Abordava na consulta seguinte... obviamente, mas não sentia apro... não sentia que era boa ideia abordar por mensagem ou por email. Se calhar foi uma das coisas que mudou. Qualquer...qualquer subentendido, uh, seja real ou seja só eu a achar que pode lá estar, uh, é falado imediatamente seja por que sistema for. Portanto talvez seja essa a maior mudança.

DR) Ok... Existe algum tipo de apoio que lhe poderia... que poderia ou que foi, útil depois da experiência.

P2) Não percebi a pergunta, desculpe Diana.

DR) Existe algum tipo de apoio que lhe poderia ter sido útil, ou que foi útil depois da experiência.

P2) Tipo de apoio para mim, durante o evento ou depois, uh...

DR) Depois, depois.

P2) Uh.. o apoio que eu tive foi o meu próprio terapeuta, hm, e a... e o da supervisão. E... não sei se teria precisado de mais alguma coisa. Não sei. Não lhe sei responder a essa pergunta.

DR) E...e ajudou?

P2) Ah sim, claramente... Quer em termos técnicos, mais de supervisão, mas sobretudo em termos de... dos próprios.. da própria forma como eu estava a lidar com a situação e tudo mais sim, completamente.

DR) *Portanto, considera essencial essa...*

P2) Desculpe não percebi outra vez (riso)

DR) *Portanto, considera essencial?*

P2) Essencial sim. Completamente essencial.

DR) *Pronto... da minha parte está.*

P2) Está?! Ai foi rápido! (risos)

DR) *Sim... só se tiver alguma coisa que ache*

P2) Não.. talvez só deixar aqui a nota de... numa situação destas é clar... podem ser pessoas, clientes, pacientes que nos são mais próximos ou não, mas.. uh... há sempre um impacto. E há um impacto a vários níveis. Há um impacto profissional e há um impacto pessoal. Uh... Eu advogo desde sempre, desde que sou psicóloga, que acho que a psicoterapia do próprio psicólogo é, é importante, mas nestas situações... acho fundamental. Porque modifica-nos de várias formas. Uh.. e portanto esse apoio que eu tive foi realmente essencial. Às vezes mais presente, às vezes mais espaçado mas... mas foi um apoio prolongado. Não uma consulta ou duas consultas. Foi uma coisa que se foi arrastando no tempo. E se calhar ainda hoje em dia de vez em quando falo sobre isso em supervisão e, portanto até seria uma espécie de apoio continuado. Não do ponto de vista tanto dos meus sentimentos, mas do ponto de vista técnico-emocional (risos). Mas parabéns pelo seu trabalho, Diana. Parece-me uma área... não sei se é muito estudada ou não, não faço ideia, mas...

DR) *Hmmm, mais ou menos.*

P2) (risos) Pois, acredito que não seja fantástica e não deve ser muito fácil recolher amostra.

DR) Não, de facto.

Transcrição da Entrevista do participante P3

D) Portanto, este estudo tem como principal objectivo a exploração e compreensão da experiência subjectiva de profissionais de saúde mental que experienciaram o suicídio de um dos seus pacientes, e como foram afectados por esse evento. Pode contar-me, com o maior detalhe que lhe for possível, a sua experiência?

P3) Uh... já tive vários pacientes que se suicidaram

D) Hmhm

P3) Quer que me foque num deles?

D) Uh... como preferir...

P3) As experiências têm algo de semelhante entre elas, não é, mas se quiser posso contar uma delas.

D) Pode contar uma delas, sim.

P3) Tenho que a escolher. Eu sou já psiquiatra há muitos anos e já tive vários pacientes que se suicidaram.

D) Pois.

P3) Posso contar uma que foi... horrível. Foi a mais... quer dizer, são todas más, mas posso contar a mais horrível. Não sei se é isso que quer.

D) Depois conte o impacto que teve em si. É relevante.

P3) Ok. É relevante até porque tem uma história... uma mensagem. Aqui há... 4 anos talvez, uh.. quer que conte a história, o que se passou com o paciente, mais ou menos, por alto?

D) Mais ou menos, por alto.

P3) Pronto, internei um senhor que tinha um delírio, com muitos anos de evolução e na sequência desse delírio ele tinha tido vários problemas na vida dele, incluindo ser preso. Ou seja, tinha sido detido durante vários anos por causa do delírio, porque o delírio implicava assaltar bancos (ri), uh, tinha perdido a família, não tinha dinheiro nenhum, portanto estava com a sua vida toda virada do avesso por causa desse delírio. E eu apanhei-o na urgência e internei-o compulsivamente, ou seja, contra a sua vontade, e o senhor esteve internado e fez uma medicação e melhorou bastante. E durante esse internamento a família veio, a esposa veio, os filhos vieram e conseguiu-se uma reconciliação familiar, e o senhor após o internamento foi viver para casa com a família. E aparentemente era uma coisa boa, não é? Portanto, o delírio remitiu, o senhor foi viver com a sua família, a esposa ficou muito satisfeita. O senhor aceitou bem a medicação, uh, a medicação era uma medicação injectável, uh, que é o haloperidol, que é um fármaco que às vezes como efeito secundário pode dar... uh... sintomas depressivos. Mas as alternativas a esse fármaco são mais dispendiosas e o senhor não tinha meios financeiros de pagar os outros mais caros, e portanto passei-lhe um dos mais baratos, mas que tem como efeito secundário alguns efeitos depressivos, mas que eu não fui detectando nas várias consultas que tive com ele. Até que ao fim de, sei lá, um ano e tal de seguimento conseguimos uma coisa muito boa para ele, que foi uma reforma por invalidez, o que lhe permitia viver em casa, com a sua família, com dignidade financeira e repor um pouco... e até quiçá mudar a sua medicação para uma um pouco mais cara, com menos efeitos secundários. E a última vez que o vi foi nessa consulta em que ele me disse que tinha conseguido a reforma por invalidez. Porque daí a pouco tempo recebi uma carta. Uhh, não recebi uma carta... posso contar antes, até porque aconteceu antes. Daí a pouco tempo um estagiário que tinha lá comigo, que fazia emergência hospitalar, disse-me que estava muito chocado porque tinha, uh, ido recolher um cadáver de uma pessoa que se tinha atirado de um prédio de cinco andares em construção. E então ele ficou, o colega não é, que trabalha no INEM, ficou chocadíssimo com aquilo e veio-me contar os detalhes e dizer, “Imagina, tivemos que andar a apanhar uma pessoa em pedaços do chão, porque se atirou do quinto andar” e aquilo chocou-me, pelo que o colega me contou, mas não pensei mais no

assunto, não é, até que daí a uns dias recebi uma carta. E era uma carta do meu doente, que ele tinha enviado antes de se suicidar. E então a carta dizia que, uh, portanto, era uma carta dirigida a mim, portanto ele teve o cuidado de por a carta no correio, dirigida ao psiquiatra, a dizer que não lhe fazia sentido, uhhh... a vida que tinha, e tudo o que tinha feito. Ou seja, que olhava para trás, e percebia que tinha feito muita coisa que agora não percebia porquê, e que tinha destruído toda a sua vida e que, portanto, pronto, se queria matar. Isto assim de uma forma muito resumida. E portanto, uh, pouco depois da carta, já não me lembro bem as circunstâncias, mas sei que a esposa veio e me disse que tinha sido ele que se tinha atirado... porque muito frequentemente quando acontecem mortes, ou suicídios, os familiares vêm e, e vêm falar com o médico não é, e contar as circunstâncias, e portanto eu percebi depois que aquele senhor que se tinha... que tinha chocado o meu colega, era o meu doente, que se tinha suicidado e que me tinha enviado a carta, e... o que foi mais estranho ao início para mim, é porquê agora, não é? Uma pessoa que durante a vida inteira... foi preso, perdeu a família, perdeu dinheiro, destruiu tudo, finalmente quando está tratado, quando tem uma reforma por invalidez, e quando está a viver em casa, e era um homem relativamente jovem, 50 e tal anos, uh, só nessa altura é que se suicidou.

D) Pois, nesta altura que ele... que as coisas já poderiam correr-lhe bem, portanto, chegou a essa...

P3) O que me...o que me chocou foi o que eu percebi depois disto, e que também já tinha lido nos livros mas que nunca tinha entendido, é que nós temos de tentar perceber o que é que os doentes querem, não é. No fundo eu fiz para aquele doente aquilo que eu achava que deveria ter feito, que era tratar o delírio, colocá-lo em casa, dá-lo como inválido e dar-lhe uma pensão de reforma. Mas isto para o doente se calhar não era aceitável, porque se calhar ele tinha uma história, uma narrativa construída com o seu delírio, e que eu ao tratar esse delírio quimicamente lhe retirei, e portanto a vida dele deixou de fazer sentido, passou a ser um inválido em casa, doente mental, com anos e anos de prisão e cadeia sem perceber porquê, porque ele depois deixou de perceber, a narrativa do delírio deixou de fazer sentido para ele.

D) Hmhm. Uh... Que emoções sentiu quando descobriu o que tinha acontecido?

P3) Fiquei muito chocada, especialmente porque já tinha ouvido a descrição gráfica do suicídio e só depois é que percebi que era o meu doente, não é. Senti-me culpabilizada. Uh... basicamente isso. Chocada e culpabilizada.

D) Uh... olhando para trás, acha que poderia ter feito alguma coisa de forma diferente?

P3) Hoje, olhando para trás... não. Porque teria tratado o doente na mesma, não é. Uh, se calhar passei a dar menos vezes aquele antipsicótico mais barato (ri), e passei a insistir mais com as pessoas para fazerem um que não tenha tantos efeitos secundários depressivos, porque se há uma situação de vida dra... total que este doente teve, acrescentamos os sintomas depressivos causados pelo haloperidol, é muito mais fácil imaginar um suicídio. Se calhar se tivesse feito um antipsicótico de segunda geração, com menos efeitos secundários depressivos, talvez estivesse melhor... é claro que a compra de um antipsicótico não depende de mim, não é, eu prescrevi porque ele não tinha dinheiro, mas... poderia ter pensado nalguma forma mais criativa, que na altura não me ocorreu.

D) Como é que se sente hoje em dia depois do que se passou? Que mudança vê em si, tanto profissionalmente como pessoalmente.

P3) Profissionalmente passei a estar mais atenta àquilo que os doentes querem, e o meu objectivo não é a remissão de um delírio, nem a remissão da funcionalidade, mas sim perceber o que é que este doente quer da sua vida, não é. E às vezes, por muito que isto seja estranho, um doente pode querer com alguma coisa de seu. Por exemplo há doentes que dizem que querem continuar a ouvir vozes porque são a companhia deles, e se lhes tiramos as vozes, eles podem ficar sozinhos. Isto pode parecer um pouco estranho, e claro que trato os meus doentes, e trato os sintomas, mas se calhar penso um bocadinho mais o que é que quer, não é, e acho que pergunto mais vezes às pessoas o que é que... que tipo de ajuda minha é que quer. Se calhar não tanto aos psicóticos, mas mais aos depressivos, e há pessoas que às vezes vêm e falam de todas as suas queixas, e no fim eu pergunto, e que tipo de ajuda espera de mim? Porque inferimos

que alguém que vai ao psiquiatra e que conta queixas depressivas quer ser medicado e ajudado, mas às vezes não é assim. A pessoa só quer ser escutada e quer ir para casa com a sua depressão, não é. Já me aconteceu.

D) Portanto, depende mais das circunstâncias da pessoa...

P3) Sim, temos que escutar mais a pessoa, ou seja, o que é que, em que é que eu posso ajudar. É claro que um psicótico, vou sempre tentar tirar o delírio, não é? Mas se calhar vou estar muito mais atenta a sintomas depressivos. Sim, vou fazer perguntas que não fiz, não é. Nunca me lembrei de perguntar àquele senhor, que o estava a ver tão bem, se ele tinha ideias de suicídio. Foi coisa que nunca me passou pela cabeça, depois daquela fase aguda.

D) Então, está mais atenta.

P3) Sim, acho que estou mais atenta e mais alarmada. Quando vejo assim algum doente mais depressivo, fico mais alarmada.

D) Ok. Uh, em relação a si, existe algum tipo de apoio que lhe poderia ter sido útil depois desta experiência?

P3) Geralmente o que fazemos, o que eu faço, e o que os meus colegas também fazem é sempre que nos acontece uma coisa destas, falamos uns com os outros. Não conseguimos guardar só para nós, mas... partilhamos com os colegas. Com os colegas, com as pessoas que conhecem o doente, às vezes até, olhe, partilho com a secretária que conhece bem os doentes, e que é ela que os atende, que os recebe, e que sabe quem são, e conhece as famílias, e que também está sujeita ao segredo clínico, não é, mas as vezes digo “ah olhe, aconteceu isto, que é uma coisa chocante”, às vezes partilhar com alguém é o suficiente, não precisamos de um apoio mais específico, o resto do trabalho é interno, e faz-se ao longo dos anos, não é, com outras experiências.

D) Então, acha que já consegue lidar com esse tipo de.. já não deixa que..

P3) Uh, eu vou-lhe responder que sim, mas acho que isso é uma coisa má. Ou seja, isto não é a

primeira... não foi a primeira vez que aconteceu um suicídio nem a última, já tive vários doentes que se suicidaram em diversas circunstâncias. Eu tenho muiiitos doentes na consulta externa, e já trabalho há muitos anos no mesmo sitio, e tenho... sei a história de cada um, e posso-lhe contar aqui 5 histórias... ou mais se calhar, uh, e não tou preparada, claro que não estou. Mas já lido, uh, de uma forma em que me defendo, sei-me defender. Sim. Portanto, quando acontece isso, sei-me defender.

D) Não fica... fica afectada, mas...

P3) Fico nervosa, fico triste, falo com os colegas, mas sigo em frente e não me ponho em causa profissionalmente. Ou seja, uh, nunca ao longo dos anos.. um suicídio ou outro, a circunstância grave... não tou a dizer isto por ser uma pessoa fria ou por não ter sentimentos, mas ao longo dos anos, estas circunstâncias encaro como... a minha vida profissional, e consigo afastar-me disso quando chego a casa, e não pensar mais no assunto. Guardo os doentes comigo, tenho-os cá, sei exactamente o que aconteceu a cada um e porquê, mas consigo não me incriminar, porque sei que faço o melhor, não é.

DR) OK, pronto. Obrigada, da minha parte é só.

P3) Espero ter ajudado, obrigada!

Transcrição da Entrevista do participante P4

DR: Este estudo tem como principal objectivo a exploração e compreensão da experiência subjectiva de profissionais de saúde mental que experienciaram o suicídio de um dos seus pacientes, e como foram afectados por esse evento. Pode contar-me, com o maior detalhe que lhe for possível, a sua experiência?

P4: Uh... relativamente à história clínica, à minha percepção...?

DR: Não tem que obviamente de contar pormenores... só em termos de contexto. Mas é muito...

P4: Pronto, ok. Era uma doente que eu acompanhava há cerca de um ano, com uma depressão de longa data já, que era acompanhada por um médico psiquiatra e com a terapia cognitivo comportamental teve melhorias muito grandes porque ela tinha uma boa adesão terapêutica e começou a mudar as suas rotinas e só por si, isso fez com que tivesse outros interesses e que melhorasse o seu estado... Então, ela estava realmente melhor, fazia uma vida... era uma pessoa que estava sem trabalho e depois entretanto conseguiu encontrar emprego, e ela por iniciativa própria e sem falar comigo ou com o psiquiatra resolveu que já não precisava de tomar a medicação. Então houve uma consulta que ela chegou que estava visivelmente alterada, onde havia até uma psicose ligeira, e eu disse-lhe que deveria ser observada pelo psiquiatra mas ela omitiu sempre esta questão da ausência da medicação. O que acontece é que ela teve essa consulta e uns 4 dias depois da consulta a filha telefona-me, porque sabia que eu a acompanhava, a dizer que a mãe tinha sido encontrada morta, por afogamento, e que tinha sido suicídio. Uh, eu com isso fiquei realmente... senti-me mal, claro, tive de fazer aqui alguns processos de auto-análise para perceber se houve alguma coisa que poderia ter feito de forma diferente. Também auto-análise ao longo do processo para perceber se de alguma forma uh, poderia ter intervindo em termos de psicoeducação, a importância de manter a medicação, ou haver mais este cuidado diagnóstico em diferentes áreas, porque se nós às vezes pensamos que a pessoa... assume que aquilo está bem, ou seja, que ela toma a medicação e eu podia se calhar ter tido mais esta proactividade de perguntar como é que está, porque era uma pessoa que tinha alguma resistência à toma de medicação, que estava a fazer há muitos anos, portanto o processo de auto-análise para tentar perceber. Fui ao funeral da pessoa, porque senti que era importante também que... para mim, uh, estar lá presente, uh, apoiei as filhas no processo de luto e dei-lhes o meu apoio possível nesse processo, uh...

D) Diz que achou que foi importante ir ao funeral.

P4: Sim, achei que era importante ir ao funeral, pela importância que eu tinha no... na vida dela não é? Porque realmente ela teve tantas melhorias nesse... nesse ano e as filhas dela tinham conversado comigo, nós chegámos a falar que realmente se notava tanta diferença que eu achei importante também estar lá.

D) Que emoções sentiu quando descobriu o que tinha acontecido?

P4) veio culpa. Uh... veio tristeza, claro. Uh foi muito à base destas duas, da culpa e da tristeza. Foi algo que tive de ir resolvendo e fiz pela auto-análise, pela tentativa de compreensão grupal.

D) Referiu isso há pouco, mas gostava que aprofundasse mais um bocado. Olhando para trás, acha que poderia ter feito alguma coisa diferente?

P4) Estou a ouvir muito mal Diana, peço desculpa.

D) Olhando para trás, acha que poderia ter feito alguma coisa diferente?

P4) Eu realmente acho que sim. Poderia ter insistido mais na questão da psicoeducação a nível da importância da medicação nas depressões, principalmente mais crónicas. Poderia ter tido um papel mais importante nessa parte, em termos da prevenção. Propriamente do suicídio, não. Porque também não pode... assim que eu percebi que ela estava.. havia ali uma componente que não estava bem, avisei a família, e avisei.. dei a informação ao psiquiatra, porque realmente, era notório que havia ali uma alteração no comportamento e no discurso da pessoa. Não sou das pessoas que acham que devem estar em todo o lado... ou adivinhar o que se passa na cabeça das pessoas. Sinto que no meu papel, o que eu poderia ter feito melhor nesta prevenção, era ter insistido mais na parte da psicoeducação, e alertado para o problema de se deixar a medicação. Porque também não sei se o fizesse mudaria o cenário, não é? Isto aqui passou pelo resultado da minha auto-análise, na procura que eu acho que todos os psicólogos devem fazer, de os casos serem bem solucionados, o que é que podíamos fazer de diferente não é?

D) Como é que se sente hoje em dia depois do que se passou? Vê mudanças em si, profissionalmente ou pessoalmente, derivadas disso.

P4) Sim. Comecei a dar mais atenção a doentes depressivos. Comecei a ter mais cuidado na avaliação da ideação suicida, na avaliação da parte da medicação e do cumprimento terapêutico, comecei a ser mais incisiva nesses aspectos, acho que seria, uh, não seria humilde da minha parte se eu assumisse que estava a fazer tudo bem, e que isso não me servisse de lição para tentar melhorar a minha prática. Esta... foi uma situação que correu menos bem, teve um desfecho muito trágico, mas acho que nós como psicólogos temos sempre de fazer essa auto-análise, a análise da consulta ou dos processos terapêuticos para perceber o que é que há a melhorar.

D) Acha que essa auto-análise então é mesmo... importante os psicólogos fazerem.

P4) Eu acho que sim. E que ao ser feita, uh, ser feita com outro psicólogo. Acho que é muito importante nós termos, uh, outros pares com quem partilhamos este tipo de problemas, de análises, para conseguirmos também avançar, porque às vezes temos só a nossa perspectiva e é

bom termos também a perspectiva de outros profissionais. Eu neste aspecto faço alguma intervenção com colegas, e na altura...

D) No seguimento dessa resposta, acha então que essa... a intervenção e a supervisão foi importante e útil depois dessa experiência.

P4) Sim. Eu também sou uma pessoa que faço terapias pessoais, não é, faço eu própria pessoa e não eu psicóloga, e acho que também ajudou para não... para que o sentimento de culpa não me ficasse de certa forma assolado, ou ficasse recalcado de alguma forma. Muitas vezes para mantermos o nosso Ego vamos tentar arranjar soluções, subterfugios para minimizar a culpa, recalçando... isso não é um problema nosso, não é? E na verdade acho que o facto de fazer terapia também ajudou neste processo de eu perceber o que é que é meu, o que é que não é meu, o que é que eu posso fazer diferente e como é que eu posso aproveitar essa experiência, e de certa forma pegar nesta emoção sem que ela fique... ou recalcada, para que passado uns anos eu continuasse a chorar quando falo nisso, não é?

D) Pronto... da minha parte é só isto.

P4) Diana, espero ter sido útil, espero ter ajudado.

Anexo E. Análise das Entrevistas dos quatro Participantes P1, P2, P3 e P4 utilizando o método fenomenológico de Giorgi

Entrevista P1

Gênero: M

Idade: 65 anos

Profissão: Psicoterapeuta

Exerce há: 30 anos

Unidades de Significado	Transformação das Unidades de Significado em Unidades de Significado Psicológico	
<p>DR: <i>Este estudo tem como principal objectivo a exploração e compreensão da experiência subjectiva de profissionais de saúde mental que experienciaram o suicídio de um dos seus pacientes, e como foram afectados por esse evento. Pode contar-me, com o maior detalhe que lhe for possível, a sua experiência?</i></p> <p>P1: Pois... Foi uma pessoa com quem... que foi meu cliente já uns anos. Mas tinha fases em que fazia terapia de uma maneira mais intensiva, até mais que uma vez por semana, normalmente uma, mas até mais que uma vez por semana. Mas depois havia sempre períodos muito longos, meses, meio ano ou mais, em que não vinha. Quando... Mas havia sempre uma sessão marcada. Não aparecia àquela sessão. Eu telefonei, mandei SMS, normalmente não havia feedback. Depois de meio ano, outra vez, aparecia. Tinha, por motivos profissionais, chamemos-lhe assim, viagens ao</p>	<p>P1 refere a frequência das consultas com o paciente, e o quão intensiva, mas irregular, era a terapia com esse paciente, que “desaparecia” durante alguns períodos às vezes prologandos sem qualquer aviso prévio.</p>	<p>Terapia intensiva mas irregular.</p> <p>Ausências prolongadas do paciente.</p>

<p>estrangeiro, mas isso obviamente não era motivo para não me avisar. Então estava habituado, com essa pessoa, a uma relação terapêutica forte e importante para ele, com esses buracos.</p> <hr/> <p>E essa pessoa, eu mandei essa pessoa para um colega meu, psiquiatra, que teve mais de uma sessão, duas, três, não sei, ou quatro, não me lembro, mais do que uma sessão, com medicação e com alteração de medicação durante esse período de tempo. E o problema é que a linha, durante esses anos, não foi ascendente.</p>	<hr/> <p>P1 refere que encaminhou o paciente para um psiquiatra, com quem este chegou a ter algumas consultas. Foi-lhe receitada medicação, com consequentes ajustes dessa medicação.</p>	<hr/> <p>Referênciação do paciente para um psiquiatra, para que este fosse medicado.</p>
<p>DR: <i>Ok, não houve melhorias.</i></p> <p>P1: Havia melhorias pontuais, mas o risco... havia uma compreensão maior, da parte da pessoa, claro, isso sim. Mas o risco de vida, aumentou. Que eu queria ver controlado pela medicação, como é natural. Então... a hipótese de suicídio falou-se nas sessões. Que é obviamente uma indicação muito forte. Mas... ele e eu pensávamos que isso estava controlado. Falámos da hipótese da pessoa ser internada num hospital psiquiátrico... o que ele não queria. Recusou. Mas depois também pergunto... eu podia ter insistido mais. Não tinha poder sobre ele, de interná-lo, e dificilmente teria feito</p>	<p>P1 refere que havia melhorias pontuais no seu paciente, mas o risco de vida aumentou ao longo do tempo. Diz que queria controlar as coisas pelo meio da medicação.</p> <p>P1 refere que se falou da hipótese de suicidio durante as sessões.</p> <p>O paciente recusou ser internado num hospital psiquiátrico.</p> <p>P1 questiona-se se poderia ter insistido mais para convencer o paciente a aceitar o internamento</p>	<p>Melhorias pontuais do paciente, mas com aumento do risco de vida ao longo do tempo.</p> <p>Controlo da situação através da medicação.</p> <p>Ideação suicida abordada durante as consultas.</p> <p>Recusa do paciente em ser internado num hospital psiquiátrico.</p> <p>Questionamento sobre a forma como procedeu.</p>

<p>isso. Mas se eu tivesse falado de outra maneira, com mais determinação, se calhar, ou... ou provavelmente, se calhar barra provavelmente, ele teria aceite. E a situação mais aguda teria sido, ao menos temporariamente, controlada. Mas, as pessoas têm as suas... os seus pensamentos até sobre os hospitais psiquiátricos... sobre a psiquiatria, eu também, e essa pessoa também, com uma aversão muito pronunciada. Por outro lado, tomava os medicamentos. Porque também o psiquiatra com quem trabalho é uma pessoa muito aberta, inteligente e sabe falar com as pessoas. Não é qualquer psiquiatra que... essa pessoa, esse meu cliente não teria aceite qualquer psiquiatra, mas esse foi fácil aceitar. Falou bem das sessões que teve. E aí é obviamente muito dramático. Foi muito dramático aqui por um lado, porque certos... com essa pessoa partilhei certos valores, digamos. Sobre a sociedade, a cultura, etc. E isso também, uma relação tão longa, desapareceu. Então assim custou... a minha dor teve essa cor ainda, essa conotação... de ter perdido também de certa maneira um amigo. Embora nunca o tivesse encontrado fora da sessão de terapia, não é. Mas havia uma consonância, um comprimento de onda na sessão, que na grande maior parte das minhas sessões não tenho.</p>	<p>psiquiátrico. Também se questiona sobre se o paciente teria aceite o internamento caso P1 tivesse falado de outra maneira ou com mais determinação, sendo assim a situação mais aguda, temporariamente, controlada.</p> <p>P4 menciona que as pessoas têm os seus pensamentos sobre hospitais psiquiátricos e sobre a psiquiatria, até ele própria tem a sua opinião, e que o seu paciente tinha uma aversão muito pronunciada. Mesmo assim o paciente tomava a medicação.</p> <p>P4 diz que o psiquiatra com quem trabalha é uma pessoa muito aberta, inteligente e que sabe falar com as pessoas, e que o seu cliente não teria aceite qualquer psiquiatra, mas aceitou aquele e falou bem das sessões que teve.</p> <p>P4 descreve o que se passou como sendo algo muito dramático, por causa da partilha de valores com o paciente, sobre a sociedade, a cultura, etc. E que uma relação tão longa desapareceu, e que isso custou. P4 descreve a sua dor como tendo ainda essa conotação, de ter perdido também de certa maneira um amigo, apesar de nunca se terem encontrado fora da</p>	<p>Descrição da experiência como sendo dramática.</p> <p>Descrição da dor sentida como mais intensa por causa da boa relação terapêutica.</p> <p>Marca duradoura deixada pelo paciente/relação terapêutica.</p>
--	---	---

	<p>terapia, mas havendo uma consonância, um comprimento de onda nas sessões, que não tinha na maior parte das suas sessões com outros pacientes.</p>	
<p>DR: Havia uma ligação muito forte.</p> <p>P1: A nível de valores. Como via a sociedade. E aí é muito pesado. Depois... então aqui quando aconteceu o suicídio, foi da mesma maneira que a pessoa não veio à próxima sessão. Eu mandei SMS, telefonei. Nenhuma reacção, com as outras situações também não tinha reacção. E depois de uma, duas, três semanas, pensei então não vou telefonar mais, se calhar está fora outra vez, estava tantas vezes fora, ou simplesmente não reagiu. Mas isso também foi uma maneira de me enganar a mim próprio.</p>	<p>P1 diz que ele e o/a paciente partilhavam valores e visão da sociedade.</p> <p>Um dia o paciente voltou a faltar a uma das sessões, e P1 tentou contactá-lo. Depois de algumas semanas deixou de tentar contactar o paciente pensando que poderia estar ocupado. P1 diz que esta foi uma forma de se enganar a si próprio.</p>	<p>Partilha de valores e visão da sociedade com o paciente.</p> <p>Negação sobre a razão da falta de contacto.</p>
<p>DR: Como assim?</p> <p>P1: Hoje... Hoje, quer dizer, algum tempo depois, consigo ver isso. Eu queria... eu sabia que a questão estava sensível, mais sensível que noutras situações. Que nas outras situações não era tão grave. Então, foi uma maneira de me enganar a mim próprio. E levei meses até chegar à conclusão que, de facto, tinha morrido. Quer dizer, também havia uma negação aqui, da minha parte. Uma vontade de negação, como conhecemos, neste tipo de situações... uma das</p>	<p>P1 diz que sabia que a questão estava mais sensível do que noutras situações, e que se enganou a si próprio, demorando meses a aceitar que o paciente tinha morrido.</p> <p>P1 diz que houve uma negação da parte dele, que foi uma situação pesada para ele.</p> <p>P1 refere que foi fazer supervisão, depois de meses.</p>	<p>Negação sobre a gravidade da situação do paciente.</p> <p>Negação sobre a eventual morte do paciente.</p> <p>Procura de apoio dos pares.</p> <p>Supervisão como forma de coping.</p> <p>Recusa de informação adicional sobre a morte do paciente.</p>

<p>possíveis reacções. E... isso para mim foi muito pesado. Então aqui neste caso também fui ao supervisor, mas levei meeses para lá chegar. Porque levei muito tempo até chegar à conclusão, através de certos indícios objectivos, que de facto foi morte, e para mim, só poderia ter sido suicídio. E aqui, o supervisor perguntou-me se queria saber como foi a morte. Para saber se foi mesmo suicídio, podia ter sido um acidente ou outra coisa qualquer. E eu não quis saber, nem quero saber. Não tenho necessidade de saber. E mesmo se for uma morte, quer dizer, uh em forma de acidente, para mim não me tira essa interpretação.</p>	<p>P1 diz que escolheu não saber ao certo como foi a morte do paciente, que mesmo que tenha sido em forma de acidente nada o convencerá que não foi suicídio.</p>	
<p><i>DR: Ok, faz-lhe sentido com a pessoa... a situação da pessoa, que foi isso que aconteceu.</i></p> <p>P1: Sim. Sim. Porque falou-se antes, e foi... tava no ar. E nós falámos disso na última sessão. E dissemos, não, marcámos daqui a dois dias, ou três não me lembro, mas foi um período muito curto. Quer dizer, e... e pergunto “então, podes?” (tratávamos por tu) “podes?” “sim, sim, aguento até lá, sim, sim”. E estava com medicação, não é? Quer dizer, isso também... sempre pensava, bem, tenho a medicação do meu lado.</p>	<p>O paciente falou de suicidio na última sessão que teve com P1. Marcaram uma consulta para poucos dias depois, dizendo o paciente que aguentava esse período sem consulta. P1 pensou para si que o facto de o paciente estar medicado ajudaria a manter a situação controlada.</p>	<p>Ideação suicida abordada na última consulta.</p>
<p><i>DR: E então, quando chegou a essa conclusão, que isso tinha acontecido... o que é que sentiu?</i></p>	<p>Nos meses antes de saber que o paciente se tinha suicidado, P1 diz que sentiu consternação, dúvida e mau</p>	<p>Sentimentos de consternação, dúvida e mau estar por falta de contacto</p>

<p>P1: Bom... senti, bom, vamos dizer, nesses meses antes, senti uma consternação, uma dúvida, um mau estar. Bom, depois vem o quotidiano e a gente empurra isso um pouco para o lado, mas nos momentos em que não temos tanto que fazer, surge de novo a dúvida. E depois esse momento em que eu disse, por mim, que aconteceu um suicídio, isso foi uma coisa subjectiva minha. Porque eu fui buscar a informação, e quis buscar a informação naquele momento. Podia ter buscado antes. Fui.. naquele momento estava, não sei, preparado, não sei se é a palavra certa, para buscar essa informação. A informação que eu vi, da morte, para mim foi suficiente. Não precisei de mais nada. E nesse momento falei. Antes não falei a ninguém. Nesse momento falei ao supervisor e à minha mulher. Antes não falei. Então foi ainda essa fase extra, desses meses. E no momento em que falei, claro que custa mais falar mas também é um alívio, como é óbvio não é... andar com uma pedra não digerível, não digestível, ao menos a coisa... uff, a pessoa consegue enfrentar a situação.</p>	<p>estar.</p> <p>P1 procurou informação sobre o paciente, dizendo que o fez quando se sentiu preparado.</p> <p>Quando descobriu que o paciente tinha falecido, falou com o supervisor e com a esposa sobre o assunto.</p> <p>Sentimento de alívio quando finalmente discutiu o assunto com alguém.</p>	<p>com o paciente.</p> <p>Procura de informação sobre o paciente, quando se sentiu preparado.</p> <p>Procura de apoio dos pares.</p> <p>Apoio da família.</p> <p>Sentimento de alívio após partilha.</p>
<p><i>DR: E nesse caso, acha que... sentiu que poderia ter feito alguma coisa?</i></p> <p>P1: Neste caso é relativamente óbvio, não é? Quer dizer... porque eu</p>	<p>P1 sente que poderia ter feito algo de maneira diferente.</p>	<p>Crença de que poderia ter feito as coisas de forma</p>

<p>estava em contacto até com o psiquiatra, por causa da medicação. E então eu... estamos conscientes do perigo. O que faltou foi de certa maneira, a vontade, ou a força de vontade de ir contra a opinião da pessoa. E de me impor. Não por lei, não por força, mas por capacidade de persuasão. E aí, é uma falha minha.</p> <p>DR: <i>Ok, ficou a sentir isso então.</i></p> <p>PI: Sim.</p>	<p>P1 mantinha contacto com o psiquiatra e estavam conscientes do perigo.</p> <p>P1 considera que foi uma falha sua, por falta de força de vontade de ir contra a opinião do seu paciente.</p>	<p>diferente. Auto-análise/Questionamento sobre procedimentos.</p> <p>Consciência do perigo de suicídio.</p>
<p>DR: <i>Vê mudanças em si depois desse evento? Acha que o afectou?</i></p> <p>PI: Eu não sou muito novo. Já tive mortes de amigos, de família, familiares, antes. Quer dizer... eu amo a vida. Eu apelo a mim próprio, de ter cuidado nesse tipo de situações. E também a questão da responsabilidade. Quer dizer, como profissionais temos uma responsabilidade como é óbvio. Esta responsabilidade só até certo ponto pode ser, como posso dizer... dividida com o cliente. Partilhada com o cliente. Não é? Quer dizer, se eu achar que a pessoa precisa de internamento psiquiátrico... uh, a oposição ou a opinião negativa do cliente... não devia dar tanto espaço a isso. Mas como psicoterapeuta, como trabalho num espectro Humanista, numa modalidade digamos Humanista, bom... o cliente é</p>	<p>P1 menciona que já passou por mortes de amigos e família, e que ama a vida.</p> <p>Menciona que tem cuidado neste tipo de situações, e que como profissionais os psicoterapeutas têm uma responsabilidade maior, que só pode ser dividida com os pacientes até certo ponto, apesar de trabalhar num espectro Humanista e de o cliente mandar.</p> <p>P1 diz que a responsabilidade do terapeuta é sempre maior.</p> <p>Refere que teve apoio com a supervisão e da família, e que como já tinham passado alguns meses o acontecimento estava de certa forma pré-digerido.</p>	<p>Maior vigilância com pacientes com ideação suicida.</p> <p>Crença de que os psicoterapeutas têm uma responsabilidade maior.</p> <p>Procura de apoio dos pares.</p> <p>Apoio pós suicídio: família.</p> <p>Passagem do tempo como ajuda na forma como lidou com a notícia.</p>

o rei, não é? O cliente é que manda. O que quer fazer, o que não quer fazer. Mas isso tem limites.

DR: *Pois, é difícil ver onde acaba...*

PI: Isso aqui acho que é um ponto que... após saber deste caso... quer dizer, a responsabilidade do terapeuta é sempre maior, porque ele é o profissional.

DR: *Sim.*

PI: Embora não possa obrigar.

DR: *Pois, aí é que entra aquela...*

P1: Sim.

DR: *Pois, mas sente mais essa...*

P1: Sim. Acho que isso ficou mais limpinho para mim.

DR: *Pois, ficou mais claro...*

P1: Sim ...

DR: *Que tem que... ok. Em termos de apoio, depois disso acontecer, lá está... referiu a supervisão obviamente e.. em casa?*

P1: Sim.

Ok.

E também, como já tinham passado alguns meses, já estava muito digerido de certa maneira, ou pré-digerido.

Pois. Faz sentido. Acabou,

<p><i>pronto. Não... não sente que tem mais nada para dizer?</i></p> <p>Neste momento, se você tiver mais alguma pergunta.</p> <p><i>Hm... não.</i></p> <p>Essa coisa que eu disse agora da responsabilidade, e em relação ao tipo de relação que criamos numa terapia Humanista, isso não tinha, quer dizer... não tinha tornado explícito isso para mim, isso foi só agora na sua presença. Sim, que consegui formular isso. Essas ideias, já tinha chegado lá, mas não estava assim tão nítido, tão formulado.</p> <p><i>Faz sentido. Faz muito sentido. Pronto, obrigada.</i></p>	<p>P1 diz que foi durante a entrevista que conseguiu tornar mais explícito para si a questão da responsabilidade e da relação criada numa terapia Humanista.</p>	<p>Insight durante a entrevista sobre a responsabilidade dos psicoterapeutas.</p> <p>Insight durante a entrevista sobre a relação criada numa terapia Humanista.</p>
---	--	--

Entrevista P2

Gênero: F

Idade: 38

Profissão: Psicóloga Clínica

Exerce há: 15 anos

Unidades de Significado	Transformação das Unidades de Significado em Unidades de Significado Psicológico	
<p>DR: <i>Ok.. uh... Portanto vou fazer a primeira pergunta... o meu estudo tem como principal objectivo a exploração e compreensão da experiência subjectiva de profissionais de saúde mental que experienciaram o suicídio de um dos seus pacientes, e como foram afectados por esse evento. Pode contar-me, com o maior detalhe que lhe for possível, a sua experiência?</i></p> <p>P2: Ok então, uh... eu acompanhei um paciente com uma perturbação da personalidade, uh, durante... cerca de 10 anos. Com acompanhamento também de um psiquiatra em paralelo, em consultório privado. Uh... Ele... o paciente chega até mim com ideação suicida, é por isso que ele chega até mim, não pela perturbação de personalidade, mas pela ideação suicida. E durante vários anos, uh... houve algumas interrupções no acompanhamento, houve muitas interrupções no psiquiatra, e portanto nem sempre ele estava a fazer medicação, houve uma certa altura que ele desistiu da medicação por... pelos efeitos secundários da</p>	<p>P2 fala de um paciente que acompanhou durante 10 anos, com uma perturbação da personalidade. O paciente era também seguido por um psiquiatra.</p> <p>O paciente tinha ideação suicida e por isso é que começou a ser acompanhado pela P2.</p> <p>Houveram algumas interrupções no acompanhamento ao longo do tempo.</p> <p>O paciente fazia interrupções na medicação e</p>	<p>Paciente com perturbação da personalidade.</p> <p>Paciente também seguido em psiquiatria.</p> <p>Paciente com ideação suicida.</p> <p>Interrupções na medicação, com eventual paragem total.</p> <p>Periodos de ausência clínica, com algum contacto.</p> <p>Ideação suicida sempre</p>

<p>medicação. Mas fomos sempre estando em contacto, mesmo nos períodos de ausência clínica, havia de vez em quando um email, uma mensagem... uh, foi sempre... a ideação suicida nunca desapareceu verdadeiramente, nunca desapareceu completamente. Uh.. as competências sociais eram muito limitadas, uh... o acompanhamento da família era muito limitado também, uh... e a relação entre nós nem sempre era fantástica, uh... portanto, teve muitos altos e baixos...</p>	<p>eventualmente acabou por parar a medicação por causa de efeitos secundários.</p> <p>Nos períodos de ausência clínica foi mantido algum contacto através de mensagens, emails.</p> <p>A ideação suicida do paciente nunca desapareceu completamente.</p> <p>O paciente tinha competências sociais limitadas, e o acompanhamento da família também era muito limitado.</p> <p>A relação terapêutica entre P2 e o paciente nem sempre era fantástica teve muitos altos e baixos.</p>	<p>presente/nunca desapareceu completamente.</p> <p>Paciente com competências sociais limitadas.</p> <p>Paciente com pouco apoio familiar.</p> <p>Relação terapêutica complicada</p>
<p>D) (ok)</p> <p>P2) Portanto, foram tentadas várias abordagens uh, clínicas. Muito na promoção das competências sociais também, muito na promoção... sobretudo competências sociais. E também profissionais, porque também havia algumas dificuldades derivada... na área profissional, derivadas das competências sociais. Cada vez que voltávamos a fazer consultas juntos, a ideação suicida diminuía bastante, mas nunca desaparecia totalmente, havia sempre uma.. uma insatisfação crónica, uma tristeza crónica.</p>	<p>P2 tentou várias abordagens clínicas durante o acompanhamento, sobretudo na promoção das competências sociais devido às dificuldades do paciente na área profissional.</p> <p>A ideação suicida do paciente diminuía com o acompanhamento, mas nunca desapareceu completamente nem mesmo com medicação.</p> <p>O paciente tinha uma perturbação borderline da personalidade, caracterizada</p>	<p>Tentativa de diferentes abordagens durante o acompanhamento.</p> <p>Ideação suicida nunca desapareceu completamente (nem com medicação)</p>

<p>Tristeza não no sentido da depressão, mas no sentido da insatisfação geral com a vida. Que nem com a medicação, mesmo nos períodos em que a medicação estava a ser tomada como deve de ser, nem nessa altura desapareceu completamente. Uh... E durante vários anos, uh... parou-se completamente a medicação. Uh, havia uma revolta muito grande associada, portanto, isto era uma perturbação borderline da personalidade, portanto, com muita impulsividade, muita.. muitas ideações de vários níveis, a.. a falta de competências sociais levava até a alguns comportamentos borderline patológicos para com outras pessoas, nomeadamente... uh... quase uma perseguição de outras pessoas, portanto, quando havia uma paixão por exemplo... a pessoa alvo da paixão era perseguida, sem nenhum intuito de, de... maltratar a pessoa, mas para se mostrar e para... quase até para se apresentar em muitas situações. E portanto a, a terapia andava muito à volta disto, à volta do que é socialmente aceitável, o que não é a promoção de empatia, compreensão das emoções dos outros, compreensão das próprias emoções, compreensão dos triggers para determinados sentimentos mais</p>	<p>por muita impulsividade.</p> <p>A falta de competências sociais do paciente levava a comportamentos borderline patológicos, como por exemplo, a perseguição de pessoas alvo da paixão do paciente. Não havia intuito de magoar a pessoa, mas de se mostrar.</p> <p>A terapia tinha como principal objectivo a promoção de empatia e do socialmente aceitável, a compreensão das suas emoções bem como as emoções das outras pessoas e a compreensão de triggers do paciente.</p> <p>O paciente fazia tentativas de controlar a terapia, e não aceitava os limites da relação terapêutica.</p> <p>P2 considera que a interacção com o paciente foi sempre uma interacção difícil.</p> <p>P2 considera que a terapia tinha vários resultados positivos.</p> <p>Em Dezembro de 2014 P2 foi informada pelo paciente que não iriam ter mais consultas. Não era a primeira vez que tinham parado o acompanhamento.</p> <p>P2 tentou perceber o porquê da paragem da terapia. Diz não ter ficado feliz com a situação, porque a estabilidade emocional do paciente não era grande.</p> <p>Houve depois dessa consulta</p>	<p>Interacção difícil com o paciente.</p> <p>Terapia com vários resultados positivos.</p> <p>Paragem do acompanhamento por iniciativa do paciente.</p> <p>Tentativa de compreensão do porquê da paragem do acompanhamento.</p> <p>Frustração do profissional relativamente à paragem do acompanhamento, devido à falta de estabilidade emocional do paciente.</p> <p>Contacto com o paciente, de forma terapêutica.</p>
---	---	---

<p>debilitantes... E... e durante muitos anos foi isto, com até algumas tentativas de controlar a própria terapia. Uh, achar que se devia fazer isto ou devia fazer aquilo, ou de achar que eu devia estar disponível 24 horas por dia. Portanto foi sempre uma interação difícil, da minha perspectiva com.. com vários resultados positivos. E, portanto, fiz encaminhamento para outro colega porque havia realmente esses resultados positivos e tínhamos uma boa relação realmente, apesar de tudo. Havia muitas comunicações por email e por mensagem. Uh... quer nos períodos em que a terapia acontecia quer nos períodos em que a terapia não acontecia, uh... E em Dezembro de 2014... em Novembro penso eu, à volta do fim do ano, uh, foi-me dito na sessão que aquela seria a nossa última sessão. Não era uma primeira vez, uh, portanto, eu fiz o que normalmente fazemos. Aceitei que seria a nossa última sessão, tentei perceber porquê. Não fiquei propriamente feliz com a situação porque a estabilidade emocional não era grande. Não tinha nenhum motivo clínico para achar que estaria... que o estado emocional estaria pior que noutras alturas, uh, e</p>	<p>uma troca de emails entre os dois, onde o paciente diz que o fim da terapia teve a ver com razões financeiras. P2 responde ao email com trabalhos de casa, de forma a continuar o processo terapeutico.</p> <p>Meses depois da troca de emails P2 é contactada pela família do paciente, que o procurava. Descobre eventualmente que o paciente tinha cometido suicidio.</p>	
--	---	--

<p>portanto, foi realmente a nossa última consulta. Tivemos depois uma troca de emails, uh, muito.. muito funcional. Porque eu precisava de lhe mandar os recibos das últimas consultas, portanto mandei-lhe por email... e tive uma resposta a dizer que o fim da terapia não tinha a ver connosco, tinha a ver com as... as condicionantes da vida, a pessoa estava desempregada também, portanto havia mais essa questão financeira. Uh... eu respondi a esse email de uma forma terapêutica, dando algumas indicações de trabalhos de casa para que se continuasse de alguma forma o processo terapêutico. Hm. E não sei exactamente quando no tempo, recebo um telefonema da família... uh, mas meses depois, portanto, isto seria... isto seria na altura do... fim do ano, portanto, depois o suicídio aconteceu já no início do ano, já depois do Natal e do fim do ano, depois dessas coisas todas. Portanto recebo no início do ano um telefonema da família a perguntar pela pessoa, uh... se eu sabia alguma coisa. E pronto, depois vem-se a verificar que a pessoa tinha cometido suicídio nessa noite, fora de casa.</p>		
---	--	--

<p><i>D) Uh... que emoções sentiu quando descobriu o que tinha acontecido?</i></p> <p><i>P2)</i> Olhe, eu acho que ainda as sinto, depois de muita supervisão, acho que, acho que as ainda a sinto. Senti muita tristeza, obviamente, senti muita zanga. Zanga contra a pessoa, mas sobretudo zanga contra mim. Uh... e um sentimento que eu não sei exactamente por em palavras, mas uma... um sentimento de perda mas não no sentido da minha perda. No sentido de quase um desperdício uh... para, para o mundo em geral. Pelas competências da pessoa, pelo que a pessoa poderia ter vivido, uh, e não viveu. Uh... e acho que uma, uma impotência muito grande, sobretudo.</p>	<p>P2 diz que sentiu muita tristeza e zanga quando descobriu que o paciente tinha cometido suicídio.</p> <p>P2 sentiu zanga contra o paciente, mas sobretudo zanga contra ela própria.</p> <p>Refere um sentimento de perda para o mundo em geral.</p> <p>Considera um desperdício para o mundo em geral, pelas competências da pessoa e pelo que esta poderia ter vivido.</p> <p>Sentimento de impotência.</p>	<p>Tristeza e zanga aquando da descoberta do suicídio do paciente.</p> <p>Zanga direccionada contra o paciente e contra si própria</p> <p>Sentimento de perda para o mundo em geral.</p> <p>Sentimento de impotência.</p>
<p><i>D) Uh... olhando para trás, acha que poderia ter feito alguma coisa de forma diferente?</i></p> <p><i>P2)</i> Claro que sim. Obviamente que sim. Não sei exactamente o quê, uh.. mas gosto de acreditar, ao mesmo tempo gosto de acreditar que sim, que poderia ter sido diferente e que... No fundo, este, este claro que sim é um mecanismo de defesa que me permite continuar a trabalhar em Psicologia, não é? Porque...porque senão... se</p>	<p>P2 refere que acha que poderia ter feito alguma coisa de diferente e considera esta sua posição um mecanismo de defesa que lhe permite continuar a trabalhar em Psicologia.</p> <p>P2 diz que revive vários momentos da terapia com o paciente, para perceber o que poderia ter sido diferente.</p>	<p>Auto-análise/Questionamento sobre procedimentos: Tentativa de compreensão do que poderia ter sido diferente.</p> <p>Sentimento de culpa.</p> <p>Tentativa de aprendizagem com os erros, por parte da profissional.</p> <p>Crença de que poderia ter feito as coisas de forma diferente, como estratégia de</p>

<p>for só um sentimento de impotência e... todas as outras emoções. não... faz com que eu viesse a acreditar que independentemente do trabalho que eu faço, este resultado pode acontecer. Portanto acho que escolhi não acreditar nisso, acho que escolhi, uh... reviver, quase que em processo de luto, e em supervisão, e na minha própria terapia, uh.. reviver 50 vezes diferentes momentos da terapia para perceber o que poderia ter sido diferente. Não do ponto de vista da culpa, hm, não que ela não tenha existido, porque de início também existiu, mas não nesse ponto de vista, mas no ponto de vista de construção de alguma coisa, e de quase como um aprender com os erros. Ok, talvez, talvez isto acontecesse independentemente do meu trabalho, mas se eu tivesse seguido mais esta área e menos aquela, e tivesse seguido por aqui em vez por ali, e se tivesse percebido que tatatatata... acho que escolhi como estratégia de coping em relação a tudo isto, escolhi acreditar que poderia ter feito muita coisa diferente. E acho que, no fundo, é uma realidade não é, podemos sempre fazer coisas diferentes. Não significa que mudemos o resultado, mas podemos sempre fazer coisas</p>	<p>Refere que sentiu culpa.</p> <p>P3 refere que esse reviver dos vários momentos da terapia tiveram mais em vista a construção de algo, e de aprender com os erros. Que poderia ter seguido mais uma área e menos outra, e que escolheu, como estratégia de coping, acreditar que poderia ter feito muita coisa diferente, não significando isso que mudasse os resultados.</p>	<p>coping.</p>
---	--	----------------

<p>diferentes. Portanto, a minha resposta é claramente sim.</p>		
<p><i>D) Como é que se sente hoje em dia depois do que se passou? Que mudança vê em si, tanto profissionalmente como pessoalmente.</i></p> <p><i>P2)</i> Acho que continuo a fazer um... não posso dizer um luto patológico, tenho de ter aqui algum cuidado não é? Mas, uh, acho que continuo, acho que é um paciente que vai ficar comigo para sempre. Não só porque o acompanhamento foi durante muito tempo, e independentemente disso, independentemente do resultado já ficaria, mas precisamente por causa do resultado. Foi uma pessoa com quem aprendi imenso como psicóloga clínica. Uh... E várias vezes, a cada paciente que eu tenho hoje em dia com ideação suicida, a minha mente vai imediatamente para lá. Mais uma vez, não do ponto de vista, uh... de culpa ou de impotência, mas do ponto de vista de aprendizagem. Portanto acho que é algo que eu escolhi... uma espécie de um processo de aceitação, uh, porque uma das coisas que um dos meus supervisores me disse, que até hoje fica comigo, é que realmente as pessoas também</p>	<p>P2 diz que é um paciente que vai ficar consigo para sempre, porque foi um acompanhamento prolongado e por causa do resultado.</p> <p>Considera que aprendeu imenso como psicóloga clínica com o paciente.</p> <p>Quando tem pacientes com ideação suicida lembra-se imediatamente desse paciente. Não considera que isto aconteça por culpa ou impotência, mas do ponto de vista de aprendizagem.</p> <p>Considera que houve um processo de aceitação da escolha do paciente. Apesar de não de baixar os braços e aceitar essa escolha, considera, olhando para trás e para o trabalho que fizeram em conjunto durante aqueles anos todos, que é possível aceitar a decisão como uma escolha e não como uma medida desesperada. Diz, no entanto, também haver muita frustração de não ter conseguido mudar essa escolha.</p>	<p>Paciente deixou uma grande marca no profissional.</p> <p>Aprendizagem com o paciente, como profissional.</p> <p>Recordação do paciente e da situação quando tem pacientes com ideação suicida.</p> <p>Processo de aceitação da escolha do paciente.</p> <p>Frustração com a sua incapacidade de mudar a escolha do paciente.</p>

<p>têm o direito de escolha, não é? Portanto o suicídio é uma escolha possível, uh, e essa ideia ficou-me muito. Não de baixar os braços, obviamente, e aceitar a escolha, mas, uh.. olhando para trás e olhando para o trabalho todo que fizemos em conjunto durante aqueles anos todos, uh... é possível aceitar aquela decisão como uma escolha e não como uma medida desesperada. Portanto.. acho que há alguma aceitação dessa escolha, hoje em dia. Mas há muita frustração, de não ter conseguido mudar essa escolha.</p>		
<p>D) Acha que essa é a maior mudança em si? Portanto... derivado disto.</p> <p>P2) Não sei se a maior mudança será aceitar as escolhas dos pacientes. Uh... Acho que é uma mudança. Acho que realmente é uma mudança. Outra mudança será... houve uma mudança temporária de muito medo em relação a outras pessoas com ideação suicida. E essa... E essa mudança, que não terá sido bem uma mudança, terá sido uma reacção, eu tive muito consciente dela, uh... cada vez que tinha alguém com ideação suicida ponderava muito bem se deveria ou não encaminhar para outra pessoa, uh... e essa</p>	<p>P2 considera que aceitar as escolhas dos pacientes foi uma mudança.</p> <p>Outra mudança temporária, ou reacção, de que teve muito consciente, foi de muito medo em relação a pessoas com ideação suicida. Cada vez que recebia um paciente com ideação suicida, ponderava muito bem se deveria ou não encaminhar para outra pessoa. Considera, no entanto que essa mudança acabou por se desvanecer.</p> <p>Acabou por ficar esse respeito pela decisão do paciente, mesmo que seja uma decisão que P2 não</p>	<p>Mudança na prática: aceitação das escolhas dos pacientes.</p> <p>Mudança, temporária, na prática: medo em relação a pessoas com ideação suicida.</p> <p>Respeito pela decisão do paciente.</p> <p>Mudança na prática: questionar os pacientes mais frequentemente sobre a sua ideação suicida/maior vigilância.</p>

<p>mudança acabou por se desvanecer e ficar mais o respeito pela decisão, no sentido de é uma decisão possível, uh é uma decisão que eu obviamente não quero, é uma decisão que obviamente eu partilho com a pessoa que não quero, e que não é fantástica para a vida da pessoa, mas que é uma decisão possível, e acho que mesmo que eu não diga isto à pessoa, obviamente que não digo, uh, é algo que fica no background. A outra mudança se calhar que se mantém, é... é perguntar. Mais vezes. Eu acho que se calhar essa foi a que ficou. Porque, no fundo, a base da Psicologia é por nós falarmos sobre as coisas, elas tornam-se diferentes. E se calhar o que eu aprendi com... com esta pessoa, e obviamente que fazíamos muito isso, mas haviam uns subentendidos que ficavam no ar de vez em quando em relação à ideação suicida, que não eram directamente em relação à ideação suicida e portanto.. que muitas vezes vinham ou por mensagem, ou por email, e que não era.. eu não sentia apropriado abordar directamente. Abordava na consulta seguinte... obviamente, mas não sentia apro... não sentia que era boa ideia abordar por mensagem ou por email. Se calhar foi uma das coisas que mudou.</p>	<p>quer e que partilha com o paciente que não quer.</p> <p>Outra mudança, que P2 refere ter sido a sua maior mudança, é perguntar, mais vezes, como o paciente está em relação à ideação suicida, e não esperar por não achar apropriado falar por outros meios (mensagem, email). Qualquer subentendido, real ou percebido, é falado imediatamente seja por que sistema for.</p>	
--	---	--

<p>Qualquer...qualquer subentendido, uh, seja real ou seja só eu a achar que pode lá estar, uh, é falado imediatamente seja por que sistema for. Portanto talvez seja essa a maior mudança.</p>		
<p><i>D) Ok... Existe algum tipo de apoio que lhe poderia... que poderia ou que foi, útil depois da experiência.</i></p> <p><i>P2)</i> Não percebi a pergunta, desculpe Diana.</p> <p><i>D) Existe algum tipo de apoio que lhe poderia ter sido útil, ou que foi útil depois da experiência.</i></p> <p><i>P2)</i> Tipo de apoio para mim, durante o evento ou depois, uh...</p> <p><i>D) Depois, depois.</i></p> <p><i>P2)</i> Uh.. o apoio que eu tive foi o meu próprio terapeuta, hm, e a... e o da supervisão. E... não sei se teria precisado de mais alguma coisa. Não sei. Não lhe sei responder a essa pergunta.</p> <p><i>D) E...e ajudou?</i></p> <p><i>P2)</i> Ah sim, claramente... Quer em termos técnicos, mais de supervisão, mas sobretudo em termos de... dos próprios.. da própria forma como eu estava a lidar com a situação e tudo mais sim, completamente.</p>	<p>P2 diz que recebeu apoio do seu próprio psicoterapeuta, e também na supervisão. Diz que não sabe se teria precisado de mais alguma coisa.</p> <p>P2 refere que ambos esses apoios ajudaram, quer em termos técnicos de supervisão, quer na forma como P2 estava a lidar com a situação.</p>	<p>Apoio após suicídio do paciente: psicoterapia, e supervisão. Procura de apoio dos pares.</p> <p>Psicoterapia e supervisão considerados essenciais na forma como se lidou com a situação.</p>

<p>D) Portanto, considera essencial essa...</p> <p>P2) Desculpe não percebi outra vez (riso)</p> <p>D) Portanto, considera essencial?</p> <p>P2) Essencial sim. Completamente essencial.</p>		
<p>D) Pronto... da minha parte está.</p> <p>P2) Está?! Ai foi rápido! (risos)</p> <p>D) Sim... só se tiver alguma coisa que ache...</p> <p>P2) Não.. talvez só deixar aqui a nota de... numa situação destas é clara... podem ser pessoas, clientes, pacientes que nos são mais próximos ou não, mas.. uh... há sempre um impacto. E há um impacto a vários níveis. Há um impacto profissional e há um impacto pessoal. Uh... Eu advogo desde sempre, desde que sou psicóloga, que acho que a psicoterapia do próprio psicólogo é, é importante, mas nestas situações... acho fundamental. Porque modifica-nos de várias formas. Uh.. e portanto esse apoio que eu tive foi realmente essencial. Às vezes mais presente, às vezes mais espaçado mas... mas foi um apoio prolongado. Não</p>	<p>P2 diz que numa situação destas há sempre um impacto a nível profissional e também a nível pessoal.</p> <p>P2 diz que advoga desde sempre que a psicoterapia com próprio psicólogo é importante, e que nestas situações é fundamental, porque modifica as pessoas de várias formas. Menciona que o apoio que teve foi realmente essencial, e que foi um apoio prolongado, ao longo do tempo.</p> <p>P4 menciona que hoje em dia de vez em quando fala sobre esta situação em supervisão, e considera então este um apoio continuado, não do ponto de vista tanto dos seus sentimentos, mas do ponto de vista técnico-emocional.</p>	<p>Impacto a nível profissional e a nível pessoal.</p> <p>Psicoterapia, apoio essencial como estratégia de coping</p> <p>Supervisão, apoio essencial como estratégia de coping</p>

<p>uma consulta ou duas consultas. Foi uma coisa que se foi arrastando no tempo. E se calhar ainda hoje em dia de vez em quando falo sobre isso em supervisão, e portanto até seria uma espécie de apoio continuado. Não do ponto de vista tanto dos meus sentimentos, mas do ponto de vista técnico-emocional (risos). Mas parabéns pelo seu trabalho, Diana. Parece-me uma área... não sei se é muito estudada ou não, não faço ideia, mas...</p> <p><i>D) Hmm, mais ou menos.</i></p> <p><i>P2)</i> (risos) Pois, acredito que não seja fantástica e não deve ser muito fácil recolher amostra.</p> <p><i>D) Não, de facto.</i></p>		
--	--	--

Entrevista P3

Género: F

Idade: 42 anos

Profissão: Psiquiatra

Exerce há: 17 anos

Unidades de Significado	Transformação das Unidades de Significado em Unidades de Significado Psicológico	
<p><i>D) Portanto, este estudo tem como principal objectivo a exploração e compreensão da experiência subjectiva de profissionais de saúde mental que experienciaram o suicídio de um dos seus pacientes, e como foram afectados por esse evento. Pode contar-me, com o maior detalhe que lhe for possível, a sua experiência?</i></p> <p><i>P3) Uh... já tive vários pacientes que se suicidaram</i></p> <p><i>D) Hmhm</i></p> <p><i>P3) Quer que me foque num deles?</i></p> <p><i>D) Uh... como preferir...</i></p> <p><i>P3) As experiências têm algo de semelhante entre elas, não é, mas se quiser posso contar uma delas.</i></p> <p><i>D) Pode contar uma delas, sim.</i></p> <p><i>P3) Tenho que a escolher. Eu sou já psiquiatra há muitos anos e já tive vários pacientes que se suicidaram.</i></p> <p><i>D) Pois.</i></p> <p><i>P3) Posso contar uma que foi... horrível. Foi a mais...</i></p>		Designação da experiência como horrível.

<p>quer dizer, são todas más, mas posso contar a mais horrível. Não sei se é isso que quer.</p> <p><i>D) Depois conte o impacto que teve em si. É relevante.</i></p> <p><i>P3)</i> Ok. É relevante até porque tem uma história... uma mensagem. Aqui há... 4 anos talvez, uh.. quer que conte a história, o que se passou com o paciente, mais ou menos, por alto?</p> <p><i>D) Mais ou menos, por alto.</i></p>		
<p><i>P3)</i> Pronto, internei um senhor que tinha um delírio, com muitos anos de evolução e na sequência desse delírio ele tinha tido vários problemas na vida dele, incluindo ser preso. Ou seja, tinha sido detido durante vários anos por causa do delírio, porque o delírio implicava assaltar bancos (ri), uh, tinha perdido a família, não tinha dinheiro nenhum, portanto estava com a sua vida toda virada do avesso por causa desse delírio. E eu apanhei-o na urgência e internei-o compulsivamente, ou seja, contra a sua vontade, e o senhor esteve internado e fez uma medicação e melhorou bastante. E durante esse internamento a família veio, a esposa veio, os filhos vieram e conseguiu-se uma reconciliação familiar, e o</p>	<p>P3 internou compulsivamente um paciente com um delírio grave, delírio esse que tinha afectado toda a sua vida de forma muito negativa.</p> <p>O paciente começou a tomar medicação e os seus sintomas melhoraram.</p> <p>Reconciliação entre o paciente e a sua família.</p>	

<p>senhor após o internamento foi viver para casa com a família. E aparentemente era uma coisa boa, não é? Portanto, o delírio remitiu, o senhor foi viver com a sua família, a esposa ficou muito satisfeita.</p>		
<p>O senhor aceitou bem a medicação, uh, a medicação era uma medicação injectável, uh, que é o haloperidol, que é um fármaco que às vezes como efeito secundário pode dar... uh... sintomas depressivos. Mas as alternativas a esse fármaco são mais dispendiosas e o senhor não tinha meios financeiros de pagar os outros mais caros, e portanto passei-lhe um dos mais baratos, mas que tem como efeito secundário alguns efeitos depressivos, mas que eu não fui detectando nas várias consultas que tive com ele.</p>	<p>O doente aceitou bem a medicação, um antipsicótico injectável, haloperidol, que lhe foi receitado por este não ter capacidades financeiras para tomar um antipsicótico mais caro e com menos efeitos secundários.</p> <p>Possíveis efeitos secundários da medicação: sintomas depressivos, que nunca foram detectados pela P3 nas consultas com o doente.</p>	
<p>Até que ao fim de, sei lá, um ano e tal de seguimento conseguimos uma coisa muito boa para ele, que foi uma reforma por invalidez, o que lhe permitia viver em casa, com a sua família, com dignidade financeira e repor um pouco... e até quiçá mudar a sua medicação para uma um pouco mais cara,</p>	<p>P3 ajudou o paciente a obter uma reforma por invalidez, o que lhe permitiria ter uma vida mais digna e possivelmente até mudar para uma medicação com menos efeitos secundários.</p>	<p>Investimento no tratamento do doente.</p>

<p>com menos efeitos secundários. E a última vez que o vi foi nessa consulta em que ele me disse que tinha conseguido a reforma por invalidez.</p>		
<p>Porque daí a pouco tempo recebi uma carta. Uhh, não recebi uma carta... posso contar antes, até porque aconteceu antes. Daí a pouco tempo um estagiário que tinha lá comigo, que fazia emergência hospitalar, disse-me que estava muito chocado porque tinha, uh, ido recolher um cadáver de uma pessoa que se tinha atirado de um prédio de cinco andares em construção. E então ele ficou, o colega não é, que trabalha no INEM, ficou chocadíssimo com aquilo e veio-me contar os detalhes e dizer, “Imagina, tivemos que andar a apanhar uma pessoa em pedaços do chão, porque se atirou do quinto andar” e aquilo chocou-me, pelo que o colega me contou, mas não pensei mais no assunto, não é, até que daí a uns dias recebi uma carta.</p>	<p>Um colega de P3, que trabalhava no INEM, descreveu como tinha ido recolher o cadáver de uma pessoa que se tinha suicidado atirando-se de um prédio de cinco andares, e como isso o deixou chocado.</p>	<p>Choque com a descrição de um suicídio.</p>

<p>E era uma carta do meu doente, que ele tinha enviado antes de se suicidar. E então a carta dizia que, uh, portanto, era uma carta dirigida a mim, portanto ele teve o cuidado de por a carta no correio, dirigida ao psiquiatra, a dizer que não lhe fazia sentido, uh... a vida que tinha, e tudo o que tinha feito. Ou seja, que olhava para trás, e percebia que tinha feito muita coisa que agora não percebia porquê, e que tinha destruído toda a sua vida e que, portanto, pronto, se queria matar. Isto assim de uma forma muito resumida.</p>	<p>P3 recebe uma carta do seu paciente onde este dizia que não entendia muitas das suas acções passadas, e que tinha destruído a sua vida. Diz também na carta que se queria matar.</p>	<p>Carta do paciente para a psiquiatra, a relatar a intenção suicida.</p>
<p>E portanto, uh, pouco depois da carta, já não me lembro bem as circunstâncias, mas sei que a esposa veio e me disse que tinha sido ele que se tinha atirado... porque muito frequentemente quando acontecem mortes, ou suicídios, os familiares vêm e, e vêm falar com o médico não é, e contar as circunstâncias, e portanto eu percebi depois que aquele senhor que se tinha... que tinha chocado o meu colega, era o meu doente, que se tinha suicidado e que me tinha enviado a carta, e... o que foi mais estranho ao início para mim, é porquê agora, não é? Uma pessoa que durante a vida inteira... foi preso, perdeu a família,</p>	<p>Depois de receber a carta, P3 recebe a esposa do paciente, e esta conta-lhe as circunstâncias da morte do marido.</p> <p>P3 apercebe-se que a pessoa de que o seu colega do INEM falava quando descreveu o suicídio que o chocara, era o seu paciente.</p> <p>P3 questiona-se sobre o porquê de o paciente se ter suicidado, quando finalmente tratou a sua psicopatologia, teve a sua reforma por invalidez e voltou a viver em casa.</p>	<p>Descoberta das circunstâncias da morte do paciente.</p> <p>Incredulidade no que diz respeito às motivações do paciente.</p>

<p>perdeu dinheiro, destruiu tudo, finalmente quando está tratado, quando tem uma reforma por invalidez, e quando está a viver em casa, e era um homem relativamente jovem, 50 e tal anos, uh, só nessa altura é que se suicidou.</p>		
<p><i>D) Pois, nesta altura que ele... que as coisas já poderiam correr-lhe bem, portanto, chegou a essa...</i></p> <p>P3) O que me...o que me chocou foi o que eu percebi depois disto, e que também já tinha lido nos livros mas que nunca tinha entendido, é que nós temos de tentar perceber o que é que os doentes querem, não é. No fundo eu fiz para aquele doente aquilo que eu achava que deveria ter feito, que era tratar o delírio, colocá-lo em casa, dá-lo como inválido e dar-lhe uma pensão de reforma. Mas isto para o doente se calhar não era aceitável, porque se calhar ele tinha uma história, uma narrativa construída com o seu delírio, e que eu ao tratar esse delírio quimicamente lhe retirei, e portanto a vida dele deixou de fazer sentido, passou a ser um inválido em casa, doente mental, com anos e anos de prisão e cadeia sem perceber porquê, porque ele depois deixou de perceber, a narrativa do</p>	<p>P3 fala de como percebeu, depois desta experiência, que tem de tentar perceber os doentes. Ao tratar os sintomas do paciente, P3 fez o que achava que deveria ter feito, mas que isso poderia não ser aceitável para o paciente, e que este poderia já ter uma narrativa construída com o seu delírio, e sem ele a sua vida deixou de fazer sentido.</p>	<p>Depois da experiência, maior atenção ao que os pacientes precisam para estarem bem.</p> <p>Compreensão de que a sua intervenção terapêutica retirou o sentido da vida do doente.</p>

<p>delírio deixou de fazer sentido para ele.</p>		
<p><i>D) Hmhm. Uh... Que emoções sentiu quando descobriu o que tinha acontecido?</i></p> <p><i>P3)</i> Fiquei muito chocada, especialmente porque já tinha ouvido a descrição gráfica do suicídio e só depois é que percebi que era o meu doente, não é. Senti-me culpabilizada. Uh... basicamente isso. Chocada e culpabilizada.</p>	<p>P3 diz que se sentiu chocada quando descobriu o que tinha acontecido, principalmente porque tinha ouvido a descrição do colega do INEM do suicidio do paciente</p> <p>Refere que também se sentiu culpabilizada.</p>	<p>Reacções ao suicídio do paciente: choque e culpa</p>
<p><i>D) Uh... olhando para trás, acha que poderia ter feito alguma coisa de forma diferente?</i></p> <p><i>P3)</i> Hoje, olhando para trás... não. Porque teria tratado o doente na mesma, não é. Uh, se calhar passei a dar menos vezes aquele antipsicótico mais barato (ri), e passei a insistir mais com as pessoas para fazerem um que não tenha tantos efeitos secundários depressivos, porque se há uma situação de vida dra... total que este doente teve, acrescentamos os sintomas depressivos causados pelo haloperidol, é muito mais fácil imaginar um suicídio. Se calhar se tivesse feito um antipsicótico de segunda geração, com menos efeitos secundários depressivos,</p>	<p>P3 diz que não poderia ter feito nada de forma diferente, porque teria tratado o doente de qualquer forma.</p> <p>Refere, no entanto, que prescreve o antipsicótico haloperidol menos vezes, insistindo com os pacientes para estes tomarem um medicamento com menos efeitos secundários depressivos.</p> <p>Menciona que, apesar de ter tido uma razão válida para prescrever aquele medicamento (razões financeiras), poderia ter pensado noutra forma mais criativa para ajudar o</p>	<p>Mudança na prática, no que diz respeito à prescrição de medicamentos com efeitos secundários depressivos.</p> <p>Realização de que poderia ter sido mais criativa no tratamento do paciente/ Questionamento sobre procedimentos no acompanhamento.</p>

<p>talvez estivesse melhor... é claro que a compra de um antipsicótico não depende de mim, não é, eu prescrevi porque ele não tinha dinheiro, mas... poderia ter pensado nalguma forma mais criativa, que na altura não me ocorreu.</p>	<p>paciente.</p>	
<p><i>D) Como é que se sente hoje em dia depois do que se passou? Que mudança vê em si, tanto profissionalmente como pessoalmente.</i></p> <p>P3) Profissionalmente passei a estar mais atenta àquilo que os doentes querem, e o meu objectivo não é a remissão de um delírio, nem a remissão da funcionalidade, mas sim perceber o que é que este doente quer da sua vida, não é. E às vezes, por muito que isto seja estranho, um doente pode querer com alguma coisa de seu. Por exemplo há doentes que dizem que querem continuar a ouvir vozes porque são a companhia deles, e se lhes tiramos as vozes, eles podem ficar sozinhos. Isto pode parecer um pouco estranho, e claro que trato os meus doentes, e trato os sintomas, mas se calhar penso um bocadinho mais o que é que quer, não é, e acho que pergunto mais vezes às pessoas o que é que... que tipo de ajuda minha é que</p>	<p>P3 refere que passou a estar mais atenta ao que os doentes querem da sua vida, e não à remissão de um delírio e da funcionalidade.</p> <p>P3 menciona que há doentes que querem continuar a ouvir vozes porque estas são a sua companhia, e se forem tiradas, eles podem ficar sozinhos. P3 trata os sintomas dos doentes, mas pergunta mais aos doentes que tipo de ajuda querem.</p> <p>Refere depois que não o faz tanto com os psicóticos, mas mais aos depressivos, porque nem sempre as pessoas querem ser medicadas e ajudadas, que existem doentes que apenas querem ser escutados.</p>	<p>Maior atenção ao que os pacientes realmente querem.</p>

<p>quer. Se calhar não tanto aos psicóticos, mas mais aos depressivos, e há pessoas que às vezes vêm e falam de todas as suas queixas, e no fim eu pergunto, e que tipo de ajuda espera de mim? Porque inferimos que alguém que vai ao psiquiatra e que conta queixas depressivas quer ser medicado e ajudado, mas às vezes não é assim. A pessoa só quer ser escutada e quer ir para casa com a sua depressão, não é. Já me aconteceu.</p>		
<p>D) Portanto, depende mais das circunstâncias da pessoa...</p> <p>P3) Sim, temos que escutar mais a pessoa, ou seja, o que é que, em que é que eu posso ajudar. É claro que um psicótico, vou sempre tentar tirar o delírio, não é? Mas se calhar vou estar muito mais atenta a sintomas depressivos. Sim, vou fazer perguntas que não fiz, não é. Nunca me lembrei de perguntar àquele senhor, que o estava a ver tão bem, se ele tinha ideias de suicídio. Foi coisa que nunca me passou pela cabeça, depois daquela fase aguda.</p> <p>D) Então, está mais atenta.</p> <p>P3) Sim, acho que estou mais atenta e mais alarmada. Quando vejo assim algum doente mais depressivo, fico</p>	<p>P3 diz que escuta mais os pacientes. Que a um psicótico vai sempre tentar tirar o delírio, mas que se calhar vai estar muito mais atenta a sintomas depressivos.</p> <p>Menciona depois que vai fazer perguntas que não fez, e que nunca se lembrou de perguntar ao seu paciente, porque o via melhor dos seus sintomas, se ele tinha ideias de suicídio. Que o suicídio foi algo que nunca lhe passou pela cabeça, depois da fase aguda.</p> <p>P3 diz que está mais atenta e alarmada. Quando vê algum doente depressivo fica mais alarmada.</p>	<p>Maior vigilância no que diz respeito a sintomas depressivos.</p> <p>Mudança de prática clínica, questionamento aos pacientes sobre se há ideação suicida.</p> <p>Depois do suicídio, mais atenção e alarme.</p>

<p>mais alarmada.</p> <hr/> <p>D) Ok. Uh, em relação a si, existe algum tipo de apoio que lhe poderia ter sido útil depois desta experiência?</p> <p>P3) Geralmente o que fazemos, o que eu faço, e o que os meus colegas também fazem é sempre que nos acontece uma coisa destas, falamos uns com os outros. Não conseguimos guardar só para nós, mas... partilhamos com os colegas. Com os colegas, com as pessoas que conhecem o doente, às vezes até, olhe, partilho com a secretária que conhece bem os doentes, e que é ela que os atende, que os recebe, e que sabe quem são, e conhece as famílias, e que também está sujeita ao segredo clínico, não é, mas as vezes digo “ah olhe, aconteceu isto, que é uma coisa chocante”, às vezes partilhar com alguém é o suficiente, não precisamos de um apoio mais específico, o resto do trabalho é interno, e faz-se ao longo dos anos, não é, com outras experiências.</p> <p>D) Então, acha que já consegue lidar com esse tipo de.. já não deixa que..</p> <p>P3) Uh, eu vou-lhe responder que sim, mas acho que isso é uma coisa má. Ou seja, isto</p>	<hr/> <p>P3 refere que quando este tipo de situação acontece, o que faz é falar e partilhar com os seus colegas e com a sua secretária. Também com as pessoas que conhecem o paciente.</p> <p>P3 refere que às vezes partilhar com alguém é o suficiente, e que não é necessário um apoio mais específico, sendo o resto do trabalho interno, que faz-se ao longo dos anos, com outras experiências.</p>	<hr/> <p>Partilha da experiência com colegas. Procura de apoio dos pares</p> <p>Partilha da experiência com familiares do paciente.</p> <p>Sentimento de que a partilha é suficiente, não sendo necessário um apoio mais específico.</p> <p>Trabalho interno ao longo dos anos/Auto análise.</p>
---	--	--

<p>não é a primeira... não foi a primeira vez que aconteceu um suicídio nem a última, já tive vários doentes que se suicidaram em diversas circunstâncias. Eu tenho muiiiiitos doentes na consulta externa, e já trabalho há muitos anos no mesmo sitio, e tenho... sei a história de cada um, e posso-lhe contar aqui 5 histórias... ou mais se calhar, uh, e não tou preparada, claro que não estou. Mas já lido, uh, de uma forma em que me defendo, sei-me defender. Sim. Portanto, quando acontece isso, sei-me defender.</p> <p><i>D) Não fica... fica afectada, mas...</i></p> <p><i>P3)</i> Fico nervosa, fico triste, falo com os colegas, mas sigo em frente e não me ponho em causa profissionalmente. Ou seja, uh, nunca ao longo dos anos.. um suicídio ou outro, a circunstância grave... não tou a dizer isto por ser uma pessoa fria ou por não ter sentimentos, mas ao longo dos anos, estas circunstâncias encaro como... a minha vida profissional, e consigo afastar-me disso quando chego a casa, e não pensar mais no assunto. Guardo os doentes comigo, tenho-os cá, sei exactamente o que aconteceu a cada um e porquê, mas consigo não me incriminar, porque sei que</p>	<p>P3 diz que se sente mais preparada para este tipo de situações, mas que isso é uma coisa má. Que já vários doentes seus se suicidaram em diversas circunstâncias.</p> <p>Ep3 diz que tem muitos doentes na consulta externa, e já trabalha há muitos anos no mesmo sitio, e sabe a história de cada um dos seus pacientes que já cometeu suicídio. Retira depois o que disse e diz que não se sente preparada, mas que já sabe lidar com as situações de uma forma em que se defende.</p> <p>P3 diz que fica nervosa, fica triste. Que fala com os seus colegas sobre o que se passou, mas que segue em frente, e que não se põe em causa profissionalmente.</p> <p>P3 menciona que não é uma pessoa fria ou que não tem sentimentos, mas que encara estas circunstâncias como sendo a sua vida profissional, e que consegue afastar-se disso quando chega a casa, e não pensa mais no assunto.</p> <p>P3 diz que guarda os doentes consigo e que sabe exactamente o que aconteceu a cada um e porquê, mas que consegue não se incriminar, porque sabe que faz o melhor que pode.</p>	<p>Maior capacidade de lidar com este tipo de situações depois de várias experiências de suicídio de pacientes.</p> <p>Reacções: nervosismo e tristeza.</p> <p>Capacidade de não se por em causa profissionalmente.</p> <p>Capacidade de se afastar e não pensar mais no assunto.</p> <p>Capacidade de não se incriminar porque fez o que melhor que podia.</p> <p>Grande impacto dos pacientes e das suas histórias. Marca duradoura do paciente no profissional.</p>
---	--	--

faço o melhor, não é.

*DR) OK, pronto. Obrigada,
da minha parte é só.*

*P3) Espero ter ajudado,
obrigada!*

Entrevista P4

Género: F

Idade: 34

Profissão: Psicóloga Clínica

Exerce há: 14 anos

Unidades de Significado	Transformação das Unidades de Significado em Unidades de Significado Psicológico	
<p>DR: <i>Este estudo tem como principal objectivo a exploração e compreensão da experiência subjectiva de profissionais de saúde mental que experienciaram o suicídio de um dos seus pacientes, e como foram afectados por esse evento. Pode contar-me, com o maior detalhe que lhe for possível, a sua experiência?</i></p> <p>P4: Uh... relativamente à história clínica, à minha percepção...?</p> <p>DR: <i>Não tem que obviamente de contar pormenores... só em termos de contexto. Mas é muito...</i></p> <p>P4: Pronto, ok. Era uma doente que eu acompanhava há cerca de um ano, com uma depressão de longa data já, que era acompanhada por um médico psiquiatra e com a terapia cognitivo comportamental teve melhorias muito grandes porque ela tinha uma boa adesão terapêutica e começou a mudar as suas</p>	<p>P4 acompanhava uma doente com uma depressão de longa data. Essa doente era acompanhada também por um psiquiatra. A doente teve melhorias muito grandes com terapia cognitivo comportamental, e com mudança de rotinas e novos interesses, melhorou o</p>	

<p>rotinas e só por si, isso fez com que tivesse outros interesses e que melhorasse o seu estado... Então, ela estava realmente melhor, fazia uma vida... era uma pessoa que estava sem trabalho e depois entretanto conseguiu encontrar emprego, e ela por iniciativa própria e sem falar comigo ou com o psiquiatra resolveu que já não precisava de tomar a medicação. Então houve uma consulta que ela chegou que estava visivelmente alterada, onde havia até uma psicose ligeira, e eu disse-lhe que deveria ser observada pelo psiquiatra mas ela omitiu sempre esta questão da ausência da medicação. O que acontece é que ela teve essa consulta e uns 4 dias depois da consulta a filha telefona-me, porque sabia que eu a acompanhava, a dizer que a mãe tinha sido encontrada morta, por afogamento, e que tinha sido suicídio. Uh, eu com isso fiquei realmente... senti-me mal, claro, tive de fazer aqui alguns processos de auto-análise para perceber se houve alguma coisa que poderia ter feito de forma diferente. Também auto-análise ao longo do processo para perceber se de alguma forma uh, poderia ter intervido em termos de psicoeducação, a</p>	<p>seu estado.</p> <p>P4 diz que a paciente estava realmente melhor, que até conseguiu arranjar trabalho. A doente por iniciativa própria, sem falar com P4 nem com o psiquiatra, decidiu deixar de tomar a sua medicação.</p> <p>Numa consulta com P4, a paciente estava visivelmente alterada, havendo até uma psicose ligeira. P4 disse à paciente que esta deveria entrar em contacto com o psiquiatra. A paciente omitiu a questão da ausência da medicação.</p> <p>4 dias depois da consulta P4 foi contactada pela filha da paciente, que sabia que P4 acompanhava a mãe, a dizer que esta tinha sido encontrada morta, por afogamento, e que tinha sido suicídio.</p> <p>P4 diz que se sentiu mal, e que teve de fazer processos de auto-análise para perceber se houve alguma coisa que poderia ter feito de forma diferente e se poderia ter intervido em termos de psicoeducação, a importância de manter a medicação</p>	<p>Percepção de que o paciente apresentava melhorias.</p> <p>Notícia do suicídio da paciente dada pela família.</p> <p>Sentimentos negativos após notícia do suicídio.</p> <p>Auto-análise: Tentativa de compreensão do que poderia ter sido diferente.</p> <p>Tentativa de compreensão sobre se poderia ter havido uma maior psicoeducação.</p> <p>Marca deixada pela paciente no profissional: considerou importante para si ter ido ao</p>
--	--	---

<p>importância de manter a medicação, ou haver mais este cuidado diagnóstico em diferentes áreas , porque se nós às vezes pensamos que a pessoa... assume que aquilo está bem, ou seja, que ela toma a medicação e eu podia se calhar ter tido mais esta proactividade de perguntar como é que está, porque era uma pessoa que tinha alguma resistência à toma de medicação, que estava a fazer há muitos anos, portanto o processo de auto-análise para tentar perceber. Fui ao funeral da pessoa, porque senti que era importante também que... para mim, uh, estar lá presente, uh, apoiei as filhas no processo de luto e dei-lhes o meu apoio possível nesse processo, uh...</p>		<p>funeral.</p> <p>Apoio à família da paciente.</p>
<p><i>D) Diz que achou que foi importante ir ao funeral.</i></p> <p>P4: Sim, achei que era importante ir ao funeral, pela importância que eu tinha na vida dela não é? Porque realmente ela teve tantas melhorias nesse... nesse ano e as filhas dela tinham conversado comigo, nós chegámos a falar que realmente se notava tanta diferença que eu achei importante também estar lá.</p>	<p>P4 achou importante ir ao funeral, pela importância que tinha na vida da paciente.</p> <p>P4 conversou com as filhas da paciente sobre as melhorias que se tinham observado na paciente no ano anterior.</p>	<p>Ida ao funeral da paciente.</p> <p>Considerou importante para si ir ao funeral da paciente.</p> <p>Grande importância na vida da paciente.</p> <p>Conversa com familiares do paciente sobre estado da paciente antes do suicídio.</p>

<p><i>D) Que emoções sentiu quando descobriu o que tinha acontecido?</i></p> <p><i>P4)</i> veio culpa. Uh... veio tristeza, claro. Uh foi muito à base destas duas, da culpa e da tristeza. Foi algo que tive de ir resolvendo e fiz pela auto-análise, pela tentativa de compreensão grupal.</p>	<p>P4 diz que sentiu culpa e tristeza quando descobriu que o paciente se tinha suicidado.</p> <p>P4 diz que essas emoções foram algo que foi resolvendo recorrendo à auto-análise e pela tentativa de compreensão grupal.</p>	<p>Reacção à notícia do suicídio: culpa e tristeza.</p> <p>Auto-análise</p> <p>Procura de apoio dos pares</p>
<p><i>D) Referiu isso há pouco, mas gostava que aprofundasse mais um bocado. Olhando para trás, acha que poderia ter feito alguma coisa diferente?</i></p> <p><i>P4)</i> Estou a ouvir muito mal Diana, peço desculpa.</p> <p><i>D) Olhando para trás, acha que poderia ter feito alguma coisa diferente?</i></p> <p><i>P4)</i> Eu realmente acho que sim. Poderia ter insistido mais na questão da psicoeducação a nível da importância da medicação nas depressões, principalmente mais crónicas. Poderia ter tido um papel mais importante nessa parte, em termos da prevenção. Propriamente do suicídio, não. Porque também não pode... assim que eu percebi que ela estava.. havia ali uma componente que não estava bem, avisei a família, e avisei.. dei a informação ao</p>	<p>P4 diz que poderia ter insistido mais na questão da psicoeducação e na importância da medicação nas depressões crónicas. Considera que poderia ter tido um papel mais importante em termos da prevenção.</p>	<p>Questionamento sobre procedimentos no acompanhamento</p> <p>Dúvidas sobre o facto de que se tivesse feito algo diferente isso mudaria o resultado.</p> <p>Auto-análise após o suicídio, que levou à procura de respostas sobre o caso, e o que poderia ter feito de maneira diferente.</p>

<p>psiquiatra, porque realmente, era notório que havia ali uma alteração no comportamento e no discurso da pessoa. Não sou das pessoas que acham que devem estar em todo o lado... ou adivinhar o que se passa na cabeça das pessoas. Sinto que no meu papel, o que eu poderia ter feito melhor nesta prevenção, era ter insistido mais na parte da psicoeducação, e alertado para o problema de se deixar a medicação. Porque também não sei se o fizesse mudaria o cenário, não é? Isto aqui passou pelo resultado da minha auto-análise, na procura que eu acho que todos os psicólogos devem fazer, de os casos serem bem solucionados, o que é que podíamos fazer de diferente não é?</p>		
<p><i>D) Como é que se sente hoje em dia depois do que se passou? Vê mudanças em si, profissionalmente ou pessoalmente, derivadas disso.</i></p> <p><i>P4)</i> Sim. Comecei a dar mais atenção a doentes depressivos. Comecei a ter mais cuidado na avaliação da ideação suicida, na avaliação da parte da medicação e do cumprimento terapêutico, comecei a ser mais incisiva nesses aspectos, acho que seria, uh, não seria humilde</p>	<p>P4 diz que começou a dar mais atenção a doentes depressivos. Também a ter mais cuidado na avaliação da ideação suicida, na avaliação da parte da medicação e do cumprimento terapêutico.</p> <p>P4 diz que não seria humilde da sua parte se assumisse</p>	<p>Mudança na prática clínica: maior atenção a doentes depressivos.</p> <p>Mudança na prática clínica: maior cuidado na avaliação da ideação suicida, na avaliação da parte da medicação e cumprimento terapêutico.</p>

<p>da minha parte se eu assumisse que estava a fazer tudo bem, e que isso não me servisse de lição para tentar melhorar a minha prática. Esta... foi uma situação que correu menos bem, teve um desfecho muito trágico, mas acho que nós como psicólogos temos sempre de fazer essa auto-análise, a análise da consulta ou dos processos terapeuticos para perceber o que é que há a melhorar</p>	<p>que faz tudo bem, e que a situação não lhe servisse de lição para tentar melhorar a sua prática.</p> <p>P4 considera que esta foi uma situação com um desfecho muito trágico, mas que os psicólogos devem sempre fazer uma auto-análise</p>	
<p><i>D) Acha que essa auto-análise então é mesmo... importante os psicólogos fazerem.</i></p> <p><i>P4)</i> Eu acho que sim. E que ao ser feita, uh, ser feita com outro psicólogo. Acho que é muito importante nós termos, uh, outros pares com quem partilhamos este tipo de problemas, de análises, para conseguirmos também avançar, porque às vezes temos só a nossa perspectiva e é bom termos também a perspectiva de outros profissionais. Eu neste aspecto faço alguma intervenção com colegas, e na altura...</p>	<p>P4 considera muito importante haver uma partilha com outros pares, quando existem situações destas.</p> <p>P4 diz essa partilha é importante para conseguir avançar, porque por vezes existe apenas uma perspectiva e que é bom ter também a perspectiva de outros profissionais. Neste aspecto P4 faz alguma intervenção com colegas.</p>	<p>Apoio pós suicídio do paciente: apoio dos pares.</p>
<p><i>D) No seguimento dessa resposta, acha então que essa... a intervenção e a supervisão foi importante e útil depois dessa</i></p>	<p>P4 refere que faz ela própria faz terapia para ajudar com os seus sentimentos e</p>	<p>Apoio pós suicídio do paciente: Psicoterapia.</p> <p>Procura de significado na</p>

<p>experiência.</p> <p>P4) Sim. Eu também sou uma pessoa que faço terapias pessoais, não é, faço eu própria pessoa e não eu psicóloga, e acho que também ajudou para não... para que o sentimento de culpa não me ficasse de certa forma assolado, ou ficasse recalcado de alguma forma. Muitas vezes para mantermos o nosso Ego vamos tentar arranjar soluções, subterfugios para minimizar a culpa, recalcando... isso não é um problema nosso, não é? E na verdade acho que o facto de fazer terapia também ajudou neste processo de eu perceber o que é que é meu, o que é que não é meu, o que é que eu posso fazer diferente e como é que eu posso aproveitar essa experiência, e de certa forma pegar nesta emoção sem que ela fique... ou recalcada, para que passado uns anos eu continuasse a chorar quando falo nisso, não é?</p> <p>D) Pronto... da minha parte é só isto.</p> <p>P4) Diana, espero ter sido útil, espero ter ajudado.</p>	<p>emoções após o suicídio da paciente.</p> <p>Diz que usou a psicoterapia para ver o que era seu, o que não era seu e o que é que poderia fazer de forma diferente, e como poderia aproveitar esta experiência.</p>	<p>experiência.</p> <p>Choro quando pensa na experiência.</p>
---	--	---

