

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A TUA VIDA NA MINHA MÃO: O IMPACTO
PERCEBIDO NO TRABALHO COM PESSOAS COM
IDEAÇÃO SUICIDA E O AUTOCUIDADO EM
PSICÓLOGOS CLÍNICOS**

Maria Carlota Roque Pinto Baila

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental Integrativa

2023

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A TUA VIDA NA MINHA MÃO: O IMPACTO
PERCEBIDO NO TRABALHO COM PESSOAS COM
IDEAÇÃO SUICIDA E O AUTOCUIDADO EM
PSICÓLOGOS CLÍNICOS**

Maria Carlota Roque Pinto Baila

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental Integrativa

2023

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva, os meus mais sinceros agradecimentos por todo o apoio, sensibilidade, disponibilidade e dedicação ao longo deste ano e por ter aceitado orientar esta dissertação. Muito obrigada, Professora.

Aos psicólogos que aceitaram participar neste estudo, o meu muito obrigada pela vossa disponibilidade e colaboração.

À Professora Doutora Marta de Assunção Gonçalves, agradeço toda a motivação e apoio durante este ano. Muito obrigada, Professora.

Ao Doutor Luís Gonçalves pela inspiração e confiança, e a toda a equipa da Psinove por tão bem me terem recebido ao longo do meu estágio.

À Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, no seu sentido simbólico, por ter sido a minha casa ao longo destes últimos cinco anos.

À minha mãe, por todo o apoio incondicional e superação numa fase tão delicada. Aos meus avozinhos, que tornaram tudo possível. Avô, sei que estás feliz.

À Teresinha pelos bons conselhos e palavras sábias.

À Catarina pela amizade de longa data e pelas memórias que juntas continuamos a criar. À Teresa pelo apoio e amizade e ter sido uma verdadeira mentora para mim ao longo destes cinco anos.

À minha Psicoterapeuta...por tudo. Por estar sempre lá quando tudo se torna mais difícil.

“(...) essa outra tentação de passar para o lado de lá, sem nenhuma dor, apenas como quem desiste de se segurar às margens do mundo e se deixa afundar.”

José Saramago, *Memorial do Convento*

Resumo

O trabalho dos psicólogos envolve contacto direto com o sofrimento humano, o que adquire um maior relevo quando se trabalha com populações vulneráveis, nomeadamente as pessoas que experienciam ideação suicida estruturada ou já realizaram tentativas de suicídio. Estes pacientes podem exigir do psicólogo mais recursos emocionais, o que torna importante compreender qual é o impacto percebido do trabalho com pacientes com ideação suicida no bem-estar dos psicólogos; numa tentativa de encontrar resultados ainda não amplamente discutidos na literatura de forma conjunta. As práticas de autocuidado surgem como relevantes na medida em que podem ser alicerçadas à vivência deste contexto, dos seus riscos e do seu impacto; de modo a auxiliar o psicólogo na manutenção do seu bem-estar. Este estudo qualitativo pretendeu explorar o entendimento subjetivo dos participantes acerca do seu trabalho com esta população, acedendo às suas perceções, crenças e significações. Nas entrevistas semiestruturadas participaram dez psicólogos clínicos portugueses, tendo sido feita uma análise temática das suas respostas, com auxílio do *software* QSR NVivo 14. Os resultados sugerem que os participantes percebem o trabalho clínico com esta população como um trabalho de elevada carga emocional, onde o distanciamento é mais difícil e o sentido de responsabilidade é maior. Por outro lado, os psicólogos identificam um sentimento de gratificação quando trabalham com estes pacientes. A antecipação da perda de um paciente por suicídio é percebida com medo e ansiedade pela maioria dos participantes. Quanto ao autocuidado neste contexto, os participantes reconhecem a sua importância e todos identificam a utilização de estratégias de autocuidado. Relativamente às barreiras ao autocuidado, a maioria dos participantes parece identificá-las. Por último, este estudo sugere uma melhor compreensão da vivência deste contexto e do seu impacto.

Palavras-chave: ideação suicida, psicólogos clínicos, autocuidado, suicídio,
bem-estar

Abstract

The work of psychologists involves direct contact with human suffering, which becomes more important when working with vulnerable populations, namely people who experience structured suicidal ideation or have already attempted suicide. These patients may require more emotional resources from the psychologist, which makes it important to understand the perceived impact of working with patients with suicidal ideation on the well-being of psychologists; in an attempt to find results not yet widely discussed in the literature jointly. Self-care practices emerge as relevant to the extent that they can be based on the experience of this context, its risks and its impact; in order to assist the psychologist in maintaining their well-being. This qualitative study aimed to explore participants' subjective understanding of their work with this population, accessing their perceptions, beliefs and meanings. Ten Portuguese clinical psychologists participated in the semi-structured interviews, and a thematic analysis of their responses was carried out, with the help of the QSR NVivo 14 software. The results suggest that the participants perceive clinical work with this population as highly emotionally charged work, where the distancing is more difficult and the sense of responsibility is greater. On the other hand, psychologists identify a feeling of gratification when working with these patients. The anticipation of losing a patient to suicide is perceived with fear and anxiety by most participants. As for self-care in this context, participants recognize its importance and all identify the use of self-care strategies. Regarding barriers to self-care, most participants seem to identify them. Finally, this study suggests a better understanding of the experience of this context and its impact.

Keywords: suicidal ideation, clinical psychologists, self-care, suicide, well-being

Índice Geral

Introdução	1
A ideação suicida em contexto clínico	1
Suicídio consumado.....	3
A Psicologia Clínica como profissão de risco	4
Autocuidado	6
Relevância.....	6
Estratégias de autocuidado.....	7
Barreiras ao autocuidado.	8
Relevância e Objetivos do estudo.....	9
Metodologia.....	11
Caracterização da amostra	11
Instrumentos.....	12
Questionário sociodemográfico.....	13
Guião da entrevista semiestruturada.	13
Procedimentos.....	13
Procedimento de seleção e recolha de dados.	13
Procedimento de análise de dados.....	14
Resultados e Discussão.....	15
Domínio 1: Especificidades e impacto do trabalho com pessoas com ideação suicida	16

Domínio 2: Importância do autocuidado – estratégias utilizadas, benefícios e barreiras	21
Conclusão	25
Referências Bibliográficas.....	28
Anexos.....	38

Lista dos Anexos

Anexo A – Questionário Sociodemográfico

Anexo B – Guião da entrevista semiestruturada

Anexo C – *E-mail* enviado aos participantes

Anexo D – Convite aos participantes divulgado nas redes sociais

Anexo E – Consentimento Informado

Anexo F – Sistema Hierárquico de Categorias

Introdução

A ideação suicida em contexto clínico

A ideação suicida pode ser vista como o sinal de sofrimento psicológico mais paradoxal da condição humana. A nível global, em 2019, mais de 700 000 pessoas morreram por suicídio (World Health Organization, 2021). Tendo em vista o contexto pandémico COVID-19, a suicidalidade (que abrange desde os comportamentos suicidários, às tentativas de suicídio com finalidade de morte) aumentou no chamado “primeiro confinamento” (Fitzpatrick et al., 2020), tendo aumentado no “segundo confinamento” apenas nos pacientes considerados de maior risco (i.e., pacientes com perturbação borderline da personalidade e/ou perturbações ligadas ao consumo de substâncias) (Kippe et al., 2023).

O fator de maior risco na ocorrência de ideação suicida é ter experienciado ideação suicida anteriormente (Franklin et al., 2017). Segundo Harvell-Bowman et al. (2022) as pessoas com histórico de ideação suicida veem nesse comportamento uma forma de evasão ao medo da morte, que gera ansiedade e que estes pacientes tentam aliviar. Este padrão pode estar associado a relações precoces com características não-adaptativas, que desencadeiam os pensamentos suicidas e a sua dimensão existencial (Critchfield & Harvell-Bowman, 2023). Baumeister (1990) referiu também como a ideação suicida pode ser vista como uma tentativa de fuga que a própria pessoa tem, relativamente a algo que não tem controlo, neste caso a própria vida ou o mundo.

O trabalho dos psicólogos com pessoas que experienciam ideação suicida tem sido considerado um dos contextos mais exigentes da prática clínica, tanto ao nível da dificuldade sentida por estes profissionais na avaliação do risco efetivo de suicídio, como ao nível da reação emocional que pode despertar no psicólogo, nomeadamente ansiedade, medo e falta de confiança na própria competência profissional (Reeves &

Mintz, 2001; Nicholl et al., 2016). Pope e Vasquez (2011) referiram, como a nível ético, os psicoterapeutas dedicam consideráveis esforços no acompanhamento destes casos em específico, principalmente na avaliação de risco de suicídio e na manutenção da aliança terapêutica.

A temática da ideação suicida é referida como geradora de *stress* clínico, Bühlmann et al. (2021) descreveram como o estado emocional de um conjunto de psicoterapeutas pode ser alterado após a ocorrência das consultas com pacientes que sofrem de perturbação *borderline* da personalidade e com ideação suicida. Neste estudo é referido como os psicoterapeutas podem ficar mais ansiosos, com medo ou com raiva, após estas mesmas consultas quando é mencionada intenção suicida. No entanto, num segundo momento, foi descrito como os psicoterapeutas se sentiram mais ansiosos, mas também com uma sensação de maior gratificação após a partilha da ideação suicida por parte dos pacientes. Estes autores expuseram, por isso, a relevância desta temática no impacto do bem-estar dos psicólogos clínicos e, ou, psicoterapeutas; visto que descrevem como esta situação é considerada uma das mais difíceis na prática clínica. Por outro lado, Barzilay et al. (2022) referiram também como as próprias reações emocionais do psicoterapeuta podem ter impacto na forma como o tratamento é conduzido, quando estes mesmos psicoterapeutas têm um menor nível de regulação emocional. A relevância da temática do suicídio no trabalho clínico, prende-se também com a hesitação sentida pelos profissionais, principalmente os menos experientes, em aceitar tratar as pessoas que sofrem de ideação suicida (Levi-Belz et al., 2020).

A literatura tem focado amplamente como a perda de um paciente para o suicídio pode ter impacto na vida pessoal e profissional do psicólogo (e.g., Chemtob et al., 1988; Wurst et al., 2013), no entanto o impacto que o próprio trabalho clínico com pacientes com ideação suicida tem no psicólogo tem sido menos abordado. Moerman (2012)

referiu o impacto deste trabalho ao nível do questionamento da própria competência profissional, dos sentimentos de ansiedade e medo face à incerteza inerente a estes clientes, assim como destacou o facto de este ser um trabalho intenso e cansativo para o psicólogo e de ser necessário treino especializado com esta população. A necessidade de treino específico no suicídio foi também enfatizada por Rothes et al. (2014). O impacto emocional do trabalho com pacientes suicidas foi também referido por Hendin et al. (2006), que destacaram como os sentimentos de ansiedade e frustração do psicoterapeuta tornam o trabalho clínico menos eficaz. Um dos desafios também referidos pela literatura é a avaliação do risco, Reeves et al. (2004) descreveram como este desafio pode estar relacionado com a dificuldade em discutir a intenção suicida explicitamente, o que dificulta a restauração da esperança. O reconhecimento deste impacto emocional no psicólogo tem sido, por isso, considerado crucial para a prática eficaz (e.g., Hendin et al., 2006; Richards, 2000), por afetar tanto a vida profissional como pessoal do psicólogo. É de salientar como a importância das redes de apoio para estes profissionais podem ser fundamentais, nomeadamente, a supervisão e a intervenção (e.g., Moerman, 2012; Podlogar et al., 2020; Richards, 2000).

Suicídio consumado. O maior risco no acompanhamento de pessoas que experienciam ideação suicida é, efetivamente, a perda de vida. Rothes et al. (2013) referiram como a perda por suicídio de um paciente é geradora de sofrimento psicológico para os próprios profissionais de saúde. Segundo Chemtob et al. (1989), a perda de um paciente para o suicídio é um risco ocupacional tanto para psicólogos como para médicos psiquiatras, onde a perda efetiva pode trazer consequências tanto a nível pessoal como profissional. No estudo de Pope e Tabachnick (1993) foi referido que o maior medo reportado pelos psicólogos é a perda de um cliente para o suicídio. Por outro lado, estes mesmos autores (Pope & Tabachnick, 1994) descreveram como 29%

dos psicólogos sentiram ideação suicida e quase 4% já teriam tentado o suicídio, pelo menos uma vez.

A perda de um paciente para o suicídio tem sido referida na investigação como geradora de tristeza, choque, raiva, culpa, dor e desespero no psicólogo (e.g., Scupham & Goss, 2020; Salpietro et al., 2023). Scupham e Goss (2020) referiram como a morte de um paciente é uma experiência que marca o psicólogo para a vida. Nesta linha de pensamento, Salpietro et al. (2023) descreveram como a ruminação que surge pela culpabilização sentida pelo psicólogo é parte integrante do luto. Neste sentido, Finlayson e Graetz Simmonds (2018) sugeriram como o impacto emocional e profissional da perda se relaciona com a responsabilidade sentida por essa mesma morte, sendo que o choque após a perda foi referido como maior quando a natureza do suicídio era imprevisível e contrariava a avaliação de risco feita pelo psicólogo. Rothes et al. (2013) referiram como após o suicídio de um paciente, a tendência dos profissionais é de maior atenção tanto na intervenção como na avaliação.

A Psicologia Clínica como profissão de risco

O risco de desenvolver *burnout* quando se trabalha na área da Psicologia Clínica tem sido amplamente discutido na investigação (e.g., Clark et al., 2022; Davies et al., 2022). Clark et al. (2022) sugeriram como a síndrome do impostor se relaciona com a fadiga por compaixão, o que revela como ambos podem estar na génese do *burnout*. O *burnout* e a exaustão emocional, física e mental foram também abordados por Davies et al. (2022) que referiram como estes riscos da profissão são mais propensos de acontecer em psicólogos menos experientes. A fadiga por compaixão e o custo da empatia foram apontadas por Figley (2002), sendo a fadiga por compaixão uma forma de *burnout* relacionada com o investimento emocional e empático dos psicoterapeutas quando

trabalham com populações com doenças crônicas. Figley (2002) referiu que a fadiga por compaixão surge quando o autocuidado não é praticado de forma consistente.

O *burnout* em psicólogos acarreta questões éticas, Simionato et al. (2019) referiram como este fenómeno afeta o paciente, na medida em que reduz a eficácia clínica do psicólogo e pode levar a transgressões éticas. Nesta linha de pensamento, Finan et al. (2022) descreveram também como este risco da profissão deve ser tido em conta como uma questão ética, salientando como o *burnout* é prevalente em psicoterapeutas que exercem em prática privada.

O risco de exaustão emocional em psicólogos pode ser visto como estando associado a diversos fatores, o estudo de Rupert e Morgan (2005) referiu como o *burnout* se associa ao menor controlo que os psicólogos sentem sobre as suas atividades laborais, assim como trabalhar um maior número de horas. Outro dos fatores apontados por estes autores foi a frequência da gestão de comportamentos negativos por parte dos clientes, em particular os clientes agressivos ou com ideação suicida. Também Radeke e Mahoney (2000) observaram como os psicólogos clínicos tendiam a ter mais ansiedade, depressão e problemas familiares, em comparação com os psicólogos investigadores; neste estudo foi apontado como um dos maiores *stressores* no trabalho dos psicólogos clínicos se prende com as tentativas de suicídio de pacientes.

A escolha desta profissão, tendo em conta os riscos que acarreta, e os próprios problemas do psicólogo têm também sido alvo de investigação. Norcross e Farber (2005) referiram como a escolha da profissão pode ter como motivo a resolução dos próprios problemas pessoais. Novamente, o estudo de Pope e Tabachnick (1994) identificou que 84% dos psicólogos tinham feito o seu próprio processo terapêutico pessoal, assim como 61% destes mesmos psicólogos afirmaram sofrer de uma perturbação depressiva. Tal como Good et al. (2009) referiram, os psicólogos apesar de

lidarem com o sofrimento humano, não são imunes ao mesmo, nem aos problemas de saúde mental que tratam. A ideação suicida também afeta os psicólogos, sendo que este tema tem sido particularmente ignorado na literatura (e.g., Good et al., 2009; Kleespies et al., 2011; Pope & Tabachnick, 1994).

Segundo Rokach e Boulazreg (2022), a pandemia exacerbou a procura de psicólogos e, por conseguinte, exacerbou o risco de *burnout*. Estes autores descreveram como os riscos da profissão podem ser diminuídos através das práticas de autocuidado e como os psicólogos a exercer em prática privada estão em maior risco de desenvolver *burnout* devido ao isolamento físico. Nissen-Lie et al. (2021) também referiram a relevância do autocuidado como forma de prevenção e mitigação dos riscos da profissão, salientando como os fatores pessoais de cada psicólogo em circunstâncias de vida desfavoráveis aumentam o risco de menor competência profissional.

Tendo em conta as exigências da profissão, o contexto do acompanhamento de pessoas que experienciam ideação suicida pode exacerbar ainda mais estas exigências, sendo que a ideação suicida tem sido referida como um dos maiores fatores de *stress* no trabalho dos psicólogos (e.g., Deutsch, 1984; Farber, 1983; Mitchell et al., 2020).

Autocuidado

Relevância. O autocuidado tem surgido na literatura como uma forma de mitigar os riscos associados à profissão do psicólogo (e.g., Norcross, 2000; Norcross & VandenBos, 2018; Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Dados estes riscos, é essencial o psicólogo zelar pelo seu próprio bem-estar, visto que é a sua própria ferramenta de trabalho; nesse sentido o autocuidado do psicólogo deve ser visto como um imperativo ético (Barnett et al., 2007; Barnett, 2019). Barnett et al. (2007) descreveram o

autocuidado como uma medida preventiva do bem-estar do psicólogo e da sua competência profissional.

O autocuidado deve ser visto como relevante não só pelos benefícios pessoais que apresenta (e.g., Andersson et al., 2020; Mahoney, 1997), mas porque sem a sua prática constante toda a competência profissional do psicólogo pode ser posta em causa, tendo em conta os riscos presentes já referidos anteriormente (Norcross & VandenBos, 2018).

As práticas de autocuidado devem ser, por isso, vistas como fundamentais numa profissão onde o alicerce é o cuidado ao outro, o que frequentemente pode deixar os profissionais numa posição de risco face ao seu próprio autocuidado como referiram Norcross e VandenBos (2018).

Estratégias de autocuidado. Existem diversas estratégias de autocuidado que podem ser adotadas pelos profissionais de saúde mental, Norcross e VandenBos (2018) descreveram uma multiplicidade de estratégias entre as quais se destacam o cuidar do corpo, o estabelecimento de relações interpessoais saudáveis, o estabelecimento de limites entre a esfera profissional e pessoal, a reestruturação cognitiva de pensamentos, a promoção de tempos livres saudáveis, a prática de *mindfulness*, a prática de psicoterapia pessoal e o envolvimento na espiritualidade. O estudo de Mahoney (1997) referiu como as práticas de autocuidado mais comuns entre uma amostra de psicólogos foram o exercício físico, a leitura, tirar férias e praticar *hobbies*. Andersson et al. (2020) referiram como as próprias técnicas da terapia cognitiva e comportamental foram percebidas como benéficas e passíveis de ser utilizadas para o próprio autocuidado do psicólogo.

Segundo Baker e Gabriel (2021), o autocuidado necessita de ser acentuado na sua dimensão preventiva, visto existir falta de informação sobre o mesmo entre os

profissionais. O trabalho do psicólogo pode adquirir contornos de um trabalho solitário, pelo que se torna essencial construir redes de apoio entre colegas para evitar o isolamento (e.g., Barnett, 2019; Barnett & Cooper, 2009).

De acordo com Butler et al. (2019), o autocuidado deve priorizar o bem-estar envolvente a toda a pessoa, sendo seis as áreas de principal foco: a física, a profissional, a psicológica, a relacional, a emocional e a espiritual. Nesta linha de pensamento, Posluns e Gall (2020) referiram como deve ser tomada uma atitude proativa em relação ao autocuidado para redução dos riscos da profissão. Similarmente a Butler et al. (2019), Posluns e Gall (2020) também identificaram seis áreas de autocuidado: a consciência (dos riscos), o equilíbrio, a flexibilidade, a saúde física, a existência de redes de apoio e a espiritualidade.

A prática de psicoterapia pessoal tem também sido enfatizada na literatura como uma estratégia de autocuidado (e.g., Gale et al., 2017; Norcross & VandenBos, 2018). Gale et al. (2017) referiram como a prática de técnicas de terapia focada na compaixão pode auxiliar os psicólogos nas suas práticas de autocuidado.

Barreiras ao autocuidado. O autocuidado numa profissão como a Psicologia Clínica, acarreta diversos desafios. Norcross e VandenBos (2018) enumeraram algumas barreiras relacionadas com ser-se psicólogo: o isolamento físico, as condições de trabalho, as particularidades das relações terapêuticas (nomeadamente, a responsabilidade pelos pacientes), o isolamento emocional (que pode manifestar-se através da exaustão física), os comportamentos dos pacientes, entre outros *stressores* da vida pessoal de cada psicólogo. Relativamente aos comportamentos dos pacientes, Norcross e VandenBos (2018) destacaram os pacientes que sofrem de ideação suicida e as tentativas de suicídio.

Estes pacientes foram também referidos por Kottler (2010) como uma das populações mais exigentes no trabalho do psicólogo, tendo em conta que a responsabilidade pela vida da pessoa adquire a principal preocupação. Neste sentido, Kottler (2010) referiu também que o trabalho com pessoas que sofrem de ideação suicida dificilmente termina após o final da sessão, sendo um trabalho que acompanha o psicólogo, o que surge como uma clara barreira ao autocuidado. Barnett e Cooper (2009) referiram como os pacientes com ideação suicida são uma das principais fontes de *stress* no psicólogo, o que compromete o autocuidado.

Segundo Davison e Neale (1982; como citado em Pope & Vasquez, 2011), acompanhar pacientes que experienciam ideação suicida é estar disponível constantemente em horários inesperados, o que acarreta custos para o autocuidado do psicólogo. A falta de controlo no contexto terapêutico, quando as expectativas são altas, são também condições adversas no trabalho do psicólogo (e.g., Norcross & VandenBos, 2018; Ackerley et al., 1988).

Deste modo, o autocuidado pode ser considerado como um conjunto de práticas que assumem um cariz idiossincrático (e.g., Mahoney, 1997; Norcross & VandenBos, 2018) e que devem ser adaptadas ao contexto específico de cada psicólogo.

Relevância e Objetivos do estudo

Tendo como ponto de referência tudo o que foi referido anteriormente, o risco acrescido do trabalho dos psicólogos clínicos com pessoas que experienciam ideação suicida ou já realizaram tentativas de suicídio, torna importante compreender o impacto percebido deste mesmo trabalho no bem-estar dos psicólogos. Considerando que o trabalho com esta população tem sido referido como um elemento que provoca stress no psicólogo (e.g., Reeves & Mintz, 2001) e tendo em conta os riscos inerentes a esta

profissão (e.g., Davies et al., 2022), torna-se, por isso, relevante aceder à percepção de impacto dos psicólogos neste contexto.

Nesse sentido, as práticas de autocuidado surgem como relevantes na medida em que podem ser alicerçadas à vivência deste contexto, dos seus riscos e do seu impacto; de modo a auxiliar o psicólogo na manutenção do seu bem-estar e, por conseguinte, ajudá-lo a gerir os diferentes desafios que encontra tanto na sua vida profissional como pessoal (e.g., Norcross & VandenBos, 2018). Surge como relevante explorar como é experienciado o autocuidado por parte destes profissionais, nomeadamente identificar estratégias específicas que sejam utilizadas e que benefícios são percebidos neste contexto com esta população.

Deste modo, este estudo pretende explorar o impacto percebido nos psicólogos quando trabalham com pessoas que experienciam ideação suicida, explorando também as dimensões associadas ao autocuidado neste contexto, tendo como objetivos específicos:

1. Explorar qual o impacto percebido pelos psicólogos no trabalho com pacientes que experienciam ideação suicida estruturada ou que já realizaram tentativas de suicídio;
2. Perceber como estes psicólogos monitorizam o seu bem-estar e se utilizam estratégias de autocuidado;
3. Identificar quais as estratégias de autocuidado utilizadas e qual o seu benefício percebido neste contexto;
4. Explorar as dificuldades e/ou barreiras percebidas ao autocuidado, tendo em conta o trabalho com estes pacientes, e como estas estratégias de autocuidado podem ser adaptadas;

5. Perceber qual a percepção de impacto da perda de um paciente para o suicídio no psicólogo.

Metodologia

Esta investigação tem na sua génese um método qualitativo, de natureza descritiva e exploratória, por permitir a exploração e compreensão de um fenómeno pouco estudado (Corbin & Strauss, 2015). O principal objetivo deste estudo é compreender qual o impacto percebido pelos psicólogos, quando trabalham com pessoas que experienciam ideação suicida, assim como explorar as experiências subjetivas dos mesmos face a diversas dimensões do autocuidado. A entrevista semiestruturada foi o método selecionado para a recolha de dados, por permitir uma partilha de informação mais flexível perante o surgimento de outras informações que não tenham sido previamente planeadas, além de facilitar o estabelecimento da relação com os participantes (Pietkiewicz & Smith, 2014).

Caracterização da amostra

A amostra da investigação foi composta por dez psicólogos clínicos, seis participantes identificaram-se com o género feminino e quatro com o género masculino. As suas idades eram compreendidas entre os 26 e os 61 anos ($M = 34.6$; $DP = 10.6$). Destes dez participantes, oito eram solteiros e dois eram casados.

Quanto à formação académica dos participantes: oito têm Mestrado, um tem Licenciatura Pré-Bolonha e um tem Doutoramento. Três participantes referiram, adicionalmente, ter Pós-Graduações. Relativamente às orientações teóricas dos participantes, foram identificadas as seguintes: três Sistémica, dois Cognitivo-

Comportamental e Integrativa, dois Integrativa, um Dinâmica, um Experiencial e um Cognitivo-Comportamental.

Relativamente aos anos de experiência profissional dos participantes, situavam-se entre 1 e 18 anos ($M = 6.9$; $DP = 5.3$); enquanto os anos de experiência profissional a trabalhar com pessoas com ideação suicida especificamente, situavam-se entre 1 e 14 anos ($M = 4.45$; $DP = 4.5$). Quanto ao número médio de casos com ideação suicida acompanhados semanalmente, os participantes identificaram, em média, 3 casos (Max = 12; Min = 1). Em relação ao número de horas semanais passadas em serviço, estas situavam-se entre 3 e 40 horas ($M = 22.7$; $DP = 11.9$).

Os participantes identificaram, na sua maioria ($n = 9$), o contexto de clínica privada como o contexto de trabalho em que exerceram acompanhamento clínico com pessoas com ideação suicida; dois participantes identificaram o contexto hospitalar e um participante identificou, adicionalmente, o contexto de intervenção em crise. Quanto à faixa etária dos casos acompanhados, metade dos participantes ($n = 5$) acompanhou tanto crianças e jovens como adultos e adultos mais velhos, e os restantes cinco participantes acompanharam adultos e adultos mais velhos.

Cinco participantes fizeram formação especializada sobre suicídio, sendo que três participantes fizeram módulos específicos sobre suicídio e ideação suicida na frequência de Pós-Graduações, um participante frequentou um Seminário sobre *Saúde Mental e Suicídio: Aspetos Psiquiátricos* e um participante fez formação avançada no Modelo *Interpersonal Reconstructive Therapy*; adicionalmente, um participante fez formação para intervenção em crise.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico. O questionário sociodemográfico (anexo A) permitiu caracterizar a amostra e recolher dados demográficos dos participantes (e.g., idade, género, estado civil, formação académica), assim como dados relativos à experiência profissional dos mesmos (e.g., orientação teórica, anos de experiência profissional, anos de experiência profissional com pessoas com ideação suicida, número médio de casos acompanhados com ideação suicida semanalmente, número de horas semanais passadas em serviço, contexto de trabalho em que é exercido acompanhamento clínico com pessoas com ideação suicida, faixa etária dos casos acompanhados, formação especializada em suicídio); tornando possível a sua contextualização face às informações recolhidas.

Guião da entrevista semiestruturada. O guião da entrevista semiestruturada foi adaptado (anexo B) a partir dos estudos de Ventura (2018) e Sousa (2020), tendo presente os objetivos da investigação e a informação proveniente da literatura relacionada com a temática do suicídio e com a investigação qualitativa. O guião é composto por quatro partes: a) introdução; b) especificidades e impacto percebido no psicólogo no trabalho com pessoas com ideação suicida; c) autocuidado (estratégias utilizadas, benefícios e barreiras percebidos); d) conclusão.

Procedimentos

Procedimento de seleção e recolha de dados. Os participantes foram convidados a participar na investigação via e-mail (anexo C), através dos seus contactos pessoais, onde eram explicitados os objetivos do estudo. O estudo foi também divulgado na rede social *Facebook*, por meio de um convite que explicitava os objetivos do estudo (anexo D). Se os potenciais participantes aceitassem colaborar no estudo, era-

lhes pedido para contactarem a investigadora por email ou contacto telefónico, de modo a agendarem uma data para a realização da entrevista. O consentimento informado (anexo E) informava os participantes relativamente à duração da entrevista, à confidencialidade, à possibilidade da entrevista ser realizada presencialmente ou através de videochamada e aos critérios de participação. Estes critérios indicavam que para participar no estudo era necessário estar inscrito na Ordem dos Psicólogos Portugueses (como membro efetivo ou membro estagiário), e trabalhar com pessoas que experienciavam ideação suicida estruturada.

Todas as dez entrevistas foram realizadas por videochamada via *Zoom* ou *Google Meet*. O consentimento informado e o questionário sociodemográfico foram enviados aquando da aceitação da colaboração no estudo por parte dos participantes, e preenchidos e enviados pelos participantes antes do início da entrevista. As entrevistas foram gravadas em formato áudio. As entrevistas tiveram entre 20 e 52 minutos de duração.

A primeira entrevista serviu como piloto para avaliar se eram necessárias alterações nas perguntas ou na sua ordem, após a adaptação do guião. No início de cada entrevista, procedeu-se à apresentação da investigadora e da temática, sendo lembrados os objetivos do estudo e a confidencialidade dos participantes, assim como a possibilidade de desistência sem qualquer prejuízo. Por último, era agradecida a colaboração dos participantes pela investigadora.

Procedimento de análise de dados. Os dados foram analisados à luz do processo de análise temática, após a transcrição total da gravação áudio de cada entrevista. O *software* utilizado para a análise temática foi o QSR NVivo 14.

A análise temática é um método que identifica, analisa e descreve padrões ou temas que emergem nos dados, sendo um método flexível, independente da teoria e da epistemologia (Braun & Clarke, 2006). Tendo em conta a natureza descritiva e exploratória deste estudo, a análise temática foi o método escolhido devido à possibilidade de descrever as experiências, os significados e a realidade dos participantes (Braun & Clarke, 2006).

A análise dos dados foi realizada recorrendo às seis fases descritas por Braun e Clarke (2006) para o processo de análise temática. Na primeira fase foi feita a transcrição e a leitura repetida das entrevistas, para familiarização com os dados, o que possibilitou o registo de ideias iniciais. Na segunda fase foram produzidos códigos iniciais a partir dos dados, que identificavam características interessantes nas respostas dos participantes. Na terceira fase foram agregadas as categorias em potenciais temas. A quarta fase correspondeu à revisão dos temas, onde se verificou a compatibilidade dos códigos iniciais com todo o conjunto de dados. A quinta fase consistiu na definição e nomeação de cada tema, passando por um refinamento de cada tema em específico, o que gerou as definições e os nomes de cada tema em definitivo. Através da recodificação contínua dos dados, foi possível criar um sistema hierárquico de categorias (anexo F). Na última fase foi feita a análise final dos extratos escolhidos e relacionou-se essa análise com os objetivos da investigação e com a literatura existente sobre a temática em estudo.

Resultados e Discussão

A partir da análise temática foram criadas 49 categorias relacionadas entre si, que deram origem a dois domínios: (1) Especificidades e impacto do trabalho com

peças com ideação suicida; e (2) Importância do autocuidado – estratégias utilizadas, benefícios e barreiras (anexo F).

Domínio 1: Especificidades e impacto do trabalho com pessoas com ideação suicida

O presente domínio pretende dar resposta ao primeiro objetivo do estudo, onde é explorado o impacto percebido pelos psicólogos no trabalho com pacientes que experienciam ideação suicida. As questões colocadas na entrevista remeteram para este mesmo impacto, assim como os desafios e recompensas encontradas na prática clínica com esta população. Deste modo, foram criados quatro temas dentro deste domínio.

1.1. O tema **Indicadores de ideação suicida** (10) descreve os indicadores presentes nos pacientes que experienciam ideação suicida e que são identificados pelos participantes na sua avaliação. Dentro deste tema foi possível identificar seis categorias: a morte como solução (7) *“Para mim, é quando uma pessoa tem a ideia de que já não vale a pena viver (...)”* (Participante 8); o sofrimento psicológico (6) *“Mas, no fundo, é pôr fim à vida. Porquê? Por um grande sofrimento, que pode variar, naturalmente, de pessoa para pessoa.”* (Participante 10); a desesperança (3) *“(...) além dos sintomas e da categorização que o DSM nos vai dando...para mim realmente a ideação suicida é a desesperança... É alguém olhar para o seu futuro e não ver nada.”* (Participante 1); a falta de recursos (2) *“E que esse nível de sofrimento é acompanhado por uma falta de...respostas e recursos. Quer sejam pessoas, quer sejam estruturas para se apoiar.”* (Participante 2); a severidade clínica (4) *“(...) a ideia de que...em casos mais severos, em que haja ideação suicida presente, pode haver momentos ou fases mais agudas, em que isto, de facto, está bastante exacerbado.”* (Participante 5); e a existência de plano (6) *“E qual é que é o ponto: se a pessoa tem um plano, se a pessoa não tem um plano.”*

Se esse plano é muito estruturado, se tem um tempo para ser feito, se tem uma forma para ser feita.” (Participante 4).

1.2. O tema **Sentimento do psicólogo face a ideação suicida do paciente** (10) aborda as sensações sentidas pelos participantes na intervenção com esta população, nomeadamente os desafios e as recompensas deste trabalho. Dentro deste tema foram identificadas oito categorias. A categoria dúvidas sobre os limites do trabalho clínico (4) remete para as especificidades e os limites do trabalho clínico com pessoas com ideação suicida, *“Nestes casos como há situações em que nós temos que...ser um recurso para estas pessoas, isso é uma coisa que a mim me...requer mais gestão (...) Porque eu percebo que para eu fazer um trabalho bom, eu vou ter que flexibilizar um pouco os meus limites, porque aquela pessoa vai precisar de me ligar num momento em que, se calhar, não vai ser tão oportuno...”* (Participante 6). A elevada carga emocional do trabalho clínico (6) permite compreender o impacto percebido pelos participantes e como os desafios da intervenção podem ser geradores de *stress*, *“(...) É um bocadinho assustador, são de longe sessões – quando surgem estas temáticas – são as sessões de onde eu saio a sair-me mais drenado (...) emocionalmente (...)”* (Participante 3). A categoria maior dificuldade no distanciamento (7) ilustra o desafio que é sentido pelos participantes no distanciamento destes pacientes na sua esfera pessoal, *“(...) Estar a fazer uma coisa da minha vida pessoal, que nada tem a ver, como cozinhar, e...estar a cozinhar e a pensar naquela pessoa, não é? Ou seja, depois isto é...inevitável nalguns casos.”* (Participante 9). A perceção de controlo (4) descreve como a eficácia do trabalho clínico dos participantes não está dentro do seu controlo exclusivamente *“(...) aquilo pode gerar também um grande nível de stress nos psicólogos que acompanham este tipo de situações...e a perceção de controlo também fica muito...testada. Até que ponto é que eu consigo ou não...e...ajudar esta pessoa que está num nível de sofrimento*

extremo. Acaba por também ser um desafio para o terapeuta.” (Participante 2). Por sua vez, a percepção da experiência profissional (4) permite compreender como a percepção que os participantes têm sobre a sua própria experiência profissional é vista como benéfica na sua intervenção, *“Acho que com o tempo, tem sido uma temática que se torna...não, talvez não mais fácil, mas torna-se um pouco menos assustadora ainda assim... Acho que os meus primeiros casos foram bastante mais assustadores...”*

(Participante 3). A categoria responsabilidade (7) remete para o sentido de responsabilidade que os participantes identificam quando trabalham com pessoas que sofrem ideação suicida, *“Mas tendo nós uma responsabilidade ética, e tendo nós nas mãos, de certa forma, a vida de alguém...também não é a mesma coisa que um médico que está a operar...mas...é parecido.”* (Participante 10). A gratificação sentida no trabalho com ideação suicida (7) descreve as recompensas sentidas pelos participantes neste trabalho, *“Parece que é também assistir a uma descoberta da pessoa, pelo gosto de estar aqui (...) e acho que tem esse lado bonito e emocionante de...ver uma pessoa (...) é quase como se se vissem com uma pessoa diferente: “Como assim, eu agora já não quero morrer ou já não me quero magoar, ou já não penso nisto diariamente.” E, de repente, é quase como um nascimento.”* (Participante 6). A categoria forte motivação para ajudar o outro (3) inclui a sensação que motiva os participantes a exercer a profissão de psicólogo, *“Eu sinto que aqui vejo mais como uma missão, uma missão que eu escolhi, neste caso de ajudar outras pessoas, outros seres humanos (...)”* (Participante 2).

Estes resultados parecem ir de encontro à literatura existente relativamente à exigência deste contexto clínico, nomeadamente as percepções de incerteza que são sentidas pelos psicólogos quando trabalham com esta população (Moerman, 2012) e a interferência da experiência profissional (Levi-Belz et al., 2020). A categoria referente à

elevada carga emocional deste trabalho clínico parece estar de acordo com o referido nos estudos de Reeves e Mintz (2001) e Nicholl et al. (2016) em relação à ansiedade e *stress* sentidos pelos psicólogos neste contexto. Por outro lado, a gratificação sentida no trabalho com ideação suicida foi também referida por Bühlmann et al. (2021) com pacientes que sofrem de perturbação *borderline* da personalidade.

1.3. O tema **Intervenção** (10) descreve algumas das especificidades inerentes ao trabalho clínico com pessoas com ideação suicida. Este tema comporta cinco categorias. A categoria promoção de esperança (6) alude a uma das técnicas utilizadas pelos participantes na intervenção com esta população, “*Significa...de uma forma metafórica...sermos a luz ao fundo do túnel. (...) Seremos aqueles que mostramos que é possível viver de outra forma, que é possível melhorar. Ou seja, que...existem outras soluções, se as pessoas assim o escolherem.*” (Participante 9). A categoria trabalho multidisciplinar (4) remete para a inclusão de outros profissionais de saúde no trabalho clínico, “*Claro que no hospital posso ter às vezes uma resposta que é vantajosa, comparando com o nível privado, que é a possibilidade de articulação em equipa... Se eu estou a fazer um trabalho com um médico e se eu posso atempadamente falar com o médico para ativar o internamento, que esta pessoa está em risco...*” (Participante 2). Foi também referido pelos participantes a disponibilidade extra para emergências (3) como outras das especificidades deste contexto, “*Eu costumo mostrar-me disponível, costumo dizer: “Okay, na próxima sessão no dia X, mas alguma coisa que seja necessário antes eu estou aqui, eu estou sempre aqui.*” (Participante 4). Outra das técnicas referidas pelos participantes foi mostrar interesse em compreender as razões para se querer matar (2), “*Igualmente importante é...mostrar abertura e curiosidade pela parte da pessoa que, de facto, queria, por exemplo...matar-se. Porque essas partes também têm uma lógica coerente interna, portanto, há uma razão de ser para esses*

pensamentos lá estarem. E é importante que o terapeuta tenha curiosidade por essa parte da pessoa (...)” (Participante 7). Por último, a categoria falta de estabilidade na aliança terapêutica (3) capta um dos desafios presentes na intervenção com esta população e a impotência sentida pelos psicólogos, *“Quando ainda não se criou uma relação...terapêutica ou uma aliança terapêutica forte, com a pessoa. E a pessoa chega ao pé de nós com ideação suicida, é difícil nós...desligarmos e pensarmos que...a pessoa...pode não vir para a próxima semana (...)*” (Participante 10).

1.4. O tema **Perda por suicídio** (10) reflete as diferentes dimensões que a perda de um paciente por suicídio, ou a antecipação dessa mesma perda, pode ter na vida pessoal e profissional dos psicólogos. Este tema vai de encontro ao quinto objetivo do estudo. Dentro deste tema emergiram quatro categorias. Seis participantes referem medo e ansiedade na antecipação da perda, *“(...) há um impacto emocional de ansiedade...puro e duro, portanto sentes no corpo a ansiedade e uma sensação de perigo iminente que o próprio terapeuta vive (...)*” (Participante 7); o que parece estar de acordo com Pope e Tabachnick (1993), que referem como o maior medo dos psicólogos é a perda de um paciente para o suicídio. Dois participantes referem ter experienciado a perda efetiva – luto, acompanhada de sentimentos de dúvida sobre a própria competência profissional e tristeza; *“Claro que teve um impacto, na altura, porque fiquei muito pensativo... Fiquei com aquela questão: “Será que eu podia ter feito mais?” (...)* Mas a pessoa, é que tomou esse passo... Mas lembro-me que *fiquei...triste. Fiquei triste. Porque nós também criamos ligação com o...o cliente. E no sentido de ligação para a vida (...)*” (Participante 2). Estes resultados conjugam-se com a literatura referente à tristeza e ruminação relativa à competência profissional sentida pelos profissionais aquando da morte de um cliente (e.g., Scupham & Goss, 2020; Salpietro et al., 2023). A categoria livre-arbítrio (2) aborda a liberdade que o paciente

tem se pretender escolher morrer, “*Naquele momento é a pessoa que decide. E...libertar-me dessa responsabilidade e pensar: e se a pessoa o quiser fazer, mesmo apesar de todo o meu excelente trabalho...é a sua prerrogativa, digamos assim. As pessoas têm o direito de decidirem o que querem fazer com as suas vidas...e não sou eu que decido.*” (Participante 9). Por fim, três participantes referem a posvenção como uma das dimensões relevantes na perda por suicídio, “*E, às vezes, não tendo consciência...porque isto também é outro fator que tento trabalhar...o impacto que isto tem...em dependentes e pessoas que rodeiam...e pessoas que também efetivamente também se preocupam com...o cliente ou o paciente.*” (Participante 2); estes resultados vão de encontro ao referido por Jordan (2017) relativamente ao impacto que a perda por suicídio tem em familiares e pessoas próximas, nomeadamente o aumento da suicidalidade nestes sobreviventes.

Domínio 2: Importância do autocuidado – estratégias utilizadas, benefícios e barreiras

Este domínio relaciona-se com o segundo, o terceiro e o quarto objetivos da investigação. As questões colocadas nas entrevistas pretenderam explorar as estratégias de autocuidado utilizadas pelos participantes, assim como os benefícios e as barreiras percebidas no contexto do trabalho com pessoas com ideação suicida. Foram assim criados três temas dentro deste domínio.

2.1. O tema **Importância do autocuidado** (6) descreve a relevância que os participantes atribuem às estratégias de autocuidado que praticam, “*Eu sinto que se eu não investir nessas estratégias, não estou a ser “eu”, não é? Não estou a ser uma pessoa...e estou só a ser psicóloga. E eu...não quero ser só psicóloga.*” (Participante 6); o que parece ir de encontro à literatura existente sobre a mitigação dos riscos da

profissão através das práticas de autocuidado (e.g., Norcross & VandenBos, 2018; Skovholt & Trotter-Mathison, 2016).

2.2. O tema **Estratégias de autocuidado** (10) explora as diferentes estratégias utilizadas pelos participantes e os benefícios percebidos dessas mesmas estratégias. Dentro deste tema foram criadas dez categorias: o desporto (4) “*E respostas de desporto, ou de descarga, de libertação de tensão...que também é importante, porque senão acabamos por estar a encher, a encher, a encher...e não ventilamos.*” (Participante 2); a música (4) “*(...) sempre que saia do trabalho, vou ouvir música e já é algo que me ajuda bastante...sendo que sou grande fã de música, em geral.*” (Participante 5); dois participantes referem viajar “*Quando eu sinto isto (...) vou ver se há algum fim-de-semana barato, em que possa realmente relaxar e convidar o meu marido: “Olha vê lá se consegues folga para estes dias porque...estou a precisar...”* (Participante 8); três participantes referem a necessidade de um sono regulado “*(...) cada vez mais dou mais importância a dormir bem. (...) E é uma coisa que eu todas as noites penso: “Será que vou conseguir as minhas oito horas?” (...) As minhas horas de sono tornaram-se muito importantes para o meu impacto até como profissional.*” (Participante 7); a gestão de agenda é também referida por dois participantes “*por exemplo, colocar estes pacientes/clientes numa altura do dia, ou entre clientes, que sejam mais calmos. Calmos do ponto de vista emocional, para nós técnicos. Isto também é uma estratégia de autocuidado, que é a gestão dos nossos clientes...*” (Participante 10); ter redes de apoio (3) “*Mas normalmente é sempre o apoio dos outros que eu procuro.*” (Participante 4); a prática de psicoterapia pessoal é salientada por seis participantes “*Só que, lá está, sinto que, pelo menos para mim, ajuda-me muito (...) a psicoterapia individual (...)*” (Participante 1); e a supervisão e intervenção (6) “*E também supervisões e intervenções, também é algo que me ajuda bastante. Nem que seja apenas*

para validar um pouco aquilo que é a minha intervenção, aquilo que eu sinto acerca da minha intervenção. Para me ajudar a regular um pouco esta ansiedade, quando estou com pacientes em momentos mais críticos.” (Participante 5). A monitorização do bem-estar (4) conjuga-se com o segundo objetivo do estudo e pode ser vista como uma estratégia de autocuidado, na medida em que é uma forma de verificar o estado atual de bem-estar, “*Sim, vou fazendo esses ajustamentos, vou tentando perceber...vou tentando perceber. Às vezes quando consigo, ir vou deixando espaço em branco, a meio de uma tarde por exemplo...para ir parando um bocadinho... E também para ir percebendo como é que me sinto.”* (Participante 1).

As estratégias de autocuidado relatadas pelos participantes parecem estar de acordo com as estratégias apontadas na literatura (e.g., Mahoney, 1997; Norcross & VandenBos, 2018). A psicoterapia pessoal e a supervisão e intervenção parecem ser as estratégias mais enfatizadas pelos participantes. A prática de supervisão e intervenção podem ser vistas como uma forma de tornar o trabalho clínico mais eficaz (Cashwell & Dooley, 2001), sendo também uma forma de autocuidado (Norcross & VandenBos, 2018). A construção de redes de apoio parece ir de encontro à literatura referente ao cariz solitário da profissão (e.g., Barnett, 2019; Barnett & Cooper, 2009). A prática de psicoterapia pessoal como uma das estratégias de destaque, parece conjugar-se com os resultados de Mahoney (1997), onde a maioria dos psicólogos já tinham frequentado psicoterapia pessoal. Esta estratégia, segundo Norcross (2005), é uma parte fundamental na formação dos psicólogos. No entanto, é de destacar que as estratégias de autocuidado possuem carácter idiossincrático (Norcross & VandenBos, 2018) e não parecem existir estratégias específicas para contextos específicos devido à idiossincrasia das mesmas.

Relativamente aos benefícios percebidos das estratégias (7), estes deram origem a quatro categorias distintas: o autocuidado como necessidade frequente (4) “*(...) mas*

acho que quando então lidas com casos deste estilo, é mais importante ainda. Ahm, manter um ritmo regular dessas estratégias de regulação.” (Participante 7); o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal (5) “Portanto, o autocuidado é importante não só para nós, mas também para todos os pacientes com que nós trabalhamos.” (Participante 5); o melhor desempenho profissional (4) “A nível do profissional em si, eu acho que acabam por...indiretamente...permitirem-me continuar a fazer o que faço. Se não fosse por estas estratégias, eu acredito que já não estava na área. Ou pelo menos, não a trabalhar com estas temáticas.” (Participante 3); e a melhor qualidade de vida (5) “(...) e sinto que são quase que um meio para ter uma vida mais saudável do ponto de vista psicológico e físico.” (Participante 1).

2.3. O tema **Barreiras ao autocuidado** (7) aborda os obstáculos às práticas de autocuidado que são sentidos pelos participantes no contexto do trabalho clínico com pessoas com ideação suicida, sendo que este tema se conjuga com o quarto objetivo do estudo. Dentro deste tema emergiram cinco categorias: a maior carga emocional devido a severidade clínica (4) “Portanto, quase aqui uma questão... do grau, do grau de intensidade associado ao caso, que dificulta, talvez até exponencialmente, a minha facilidade em descentrar-me e em conseguir investir na área pessoal plenamente. Ahm, então assim de forma geral, quanto maior a gravidade do caso, mais difícil será...depois recorrer a estratégias a nível de autocuidado.” (Participante 5); a ansiedade face ao distanciamento (3) “Tinha um impacto na forma como eu me sentia depois da consulta... Portanto, a ansiedade, a espera de ficar, de perceber...se a pessoa ia ter que usar o número ou não, se ia haver uma tentativa ou não, se a tentativa ia ser sucedida ou não...aliás, bem-sucedida ou não.” (Participante 3); a dificuldade na gestão de tempo (3) “Às vezes é necessário marcar aqui uma sessão de urgência... Ou às vezes, é necessário fazer um contato telefónico, que demora mais tempo...mais tempo do que

aquilo que gostaríamos...e estamos sempre a tirar tempo a outras coisas.” (Participante 1); a extensão dos limites terapêuticos (1) “Se, por um lado, eu até quero flexibilizar, e flexibilizo em algumas situações, e tento definir também – mesmo dentro dessa flexibilização – os limites de como é que isto pode acontecer, eu sinto...-me...mais desregulada, ou requer mais energia da minha parte...cuidar de mim, nesses contextos.” (Participante 6); e um participante refere também a falta de autodisciplina “Eu acho que as estratégias de autocuidado dependem um bocadinho de disciplina, e eu acho...isso é uma coisa que eu, às vezes, digo aos meus pacientes em consulta, que é: eu não posso só dizer que quero fazer estratégias de autocuidado e depois não as pôr em prática. Porque se eu não tiver a disciplina de as pôr em prática, elas sozinhas não funcionam.” (Participante 3).

Estes resultados estão em concordância com as especificidades desta população referidas por Kottler (2010) e Davidson e Neale (1982; como citado em Pope & Vasquez, 2011), ou seja, o autocuidado do psicólogo neste contexto atravessa desafios relacionados com a disponibilidade fora do horário das sessões, sendo um trabalho clínico que acompanha o psicólogo para além da esfera profissional.

Conclusão

Este estudo pretendeu explorar o impacto percebido pelos psicólogos quando trabalham com pacientes que experienciam ideação suicida estruturada, assim como explorar como o autocuidado é percebido neste contexto. Os resultados conjugam-se com os objetivos do estudo.

A maioria dos participantes percebe o trabalho clínico com esta população como um trabalho de elevada carga emocional, onde o distanciamento é mais difícil e o sentido de responsabilidade é maior. Por outro lado, os psicólogos parecem identificar

um sentimento de gratificação quando trabalham com estes pacientes. A antecipação da perda de um paciente por suicídio parece ser percebida com medo e ansiedade pela maioria dos participantes. Quanto ao autocuidado neste contexto, a maioria dos participantes parece reconhecer a sua importância e todos identificam a utilização de estratégias de autocuidado. Relativamente às barreiras ao autocuidado existentes no trabalho clínico com esta população, a maioria dos participantes parece identificá-las.

Tendo em conta as limitações do estudo, é de destacar o facto das entrevistas terem sido conduzidas por uma investigadora inexperiente, o que poderá ter comprometido os dados recolhidos. Em segundo lugar, é de salientar que não foi atingida a saturação teórica de algumas categorias. Por último, é de referir que a investigadora que recolheu os dados também procedeu à sua análise, o que pode ter contribuído para alguma subjetividade no processo. Nesta linha de pensamento e para atenuar estas limitações, seria pertinente replicar o estudo com a colaboração de uma equipa de investigadores e com uma amostra maior.

No que diz respeito aos pontos positivos do presente estudo, é uma investigação que se dedica a um tema pouco abordado em Portugal, ou seja, a conjugação do contexto do trabalho clínico dos psicólogos com pessoas que experienciam ideação suicida e o tema do autocuidado. Por outro lado, a utilização da metodologia de análise temática permitiu uma exploração mais flexível e abrangente, sendo este um tema pouco estudado.

De modo a obter um conhecimento mais detalhado sobre as dificuldades dos psicólogos quando trabalham com pessoas com ideação suicida, poderá ser relevante realizar estudos que conjuguem as características de personalidade dos psicólogos com as barreiras que estes encontram quando trabalham com esta população.

Espera-se que o presente estudo possa ter auxiliado uma melhor compreensão da realidade dos psicólogos quando trabalham com pacientes que experienciam ideação suicida, assim como se espera incentivar a prática do autocuidado, salientando a sua importância neste e noutros contextos.

Referências Bibliográficas

- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C., & Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(6), 624–631. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.6.624>
- Andersson, G., Björklind, A., Bennett-Levy, J., & Bohman, B. (2020). Use, and perceived usefulness, of cognitive behavioural therapy techniques for self-care among therapists. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13(42), 1-10. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000483>
- Baker, C., & Gabriel, L. (2021). Exploring how therapists engage in self-care in times of personal distress. *British Journal of Guidance & Counselling*, 49(3), 435-444. <https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1885010>
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 603–612. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.603>
- Barnett, J. E., & Cooper, N. (2009). Creating a culture of self-care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 16–20. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01138.x>
- Barnett, J. E. (2019). The ethical practice of psychotherapy: Clearly within our reach. *Psychotherapy*, 56(4), 431–440. <https://doi.org/10.1037/pst0000272>
- Barzilay, S., Gagnon, A., Yaseen, Z. S., Chennapragada, L., Lloveras, L., Bloch-Elkouby, S., & Galyunker, I. (2022). Associations between clinicians' emotion regulation, treatment recommendations, and patient suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52(2), 329-340. <https://doi.org/10.1111/sltb.12824>

- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bühlmann, V., Schlüter-Müller, S., Fürer, L., Steppan, M., Birkhölzer, M., Schmeck, K., Koenig, J., Kaess, M., & Zimmermann, R. (2021). Therapists' emotional state after sessions in which suicidality is addressed: need for improved management of suicidal tendencies in patients with borderline personality pathology. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03549-9>
- Butler, L. D., Mercer, K. A., McClain-Meeder, K., Horne, D. M., & Dudley, M. (2019). Six domains of self-care: Attending to the whole person. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(1), 107-124. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1482483>
- Cashwell, T. H., & Dooley, K. (2001). The impact of supervision on counselor self-efficacy. *The Clinical Supervisor*, 20(1), 39-47. https://doi.org/10.1300/J001v20n01_03
- Chemtob, C. M., Bauer, G. B., Hamada, R. S., Pelowski, S. R., & Muraoka, M. Y. (1989). Patient suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(5), 294–300. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.20.5.294>
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Torigoe, R. Y., & Kinney, B. (1988). Patient suicide: Frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(4), 416–420. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.4.416>
- Clark, P., Holden, C., Russell, M., & Downs, H. (2022). The impostor phenomenon in mental health professionals: relationships among compassion fatigue, burnout, and

compassion satisfaction. *Contemporary Family Therapy*, 44(2), 185-197.

<https://doi.org/10.1007/s10591-021-09580-y>

Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research*. SAGE.

Critchfield, K. L., & Harvell-Bowman, L. (2023). Death anxiety and existential concerns among patients experiencing chronic or recurrent suicidal ideation in Interpersonal Reconstructive Therapy. *Clinical Psychologist*, 27(1), 45-57.

<https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2120386>

Davies, S. M., Sriskandarajah, S., Staneva, A. S., Boulton, H. C., Roberts, C., Shaw, S. H., & Silverio, S. A. (2022). Factors influencing ‘burn-out’ in newly qualified counsellors and psychotherapists: A cross-cultural, critical review of the literature. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(1), 64-73. <https://doi.org/10.1002/capr.12485>

Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15(6), 833-845. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.15.6.833>

Farber, B. A. (1983). Psychotherapists' perceptions of stressful patient behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14(5), 697–705. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.14.5.697>

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>

Finan, S., McMahon, A., & Russell, S. (2022). “At What Cost am I Doing This?” An interpretative phenomenological analysis of the experience of burnout among private

- practitioner psychotherapists. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(1), 43-54.
<https://doi.org/10.1002/capr.12483>
- Finlayson, M., & Graetz Simmonds, J. (2018). Impact of client suicide on psychologists in Australia. *Australian Psychologist*, 53(1), 23-32. <https://doi.org/10.1111/ap.12240>
- Fitzpatrick, K. M., Harris, C., & Drawve, G. (2020). How bad is it? Suicidality in the middle of the COVID-19 pandemic. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(6), 1241-1249. <https://doi.org/10.1111/sltb.12655>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Gale, C., Schröder, T., & Gilbert, P. (2017). 'Do you practice what you preach?' A qualitative exploration of therapists' personal practice of Compassion Focused Therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 171–185. <https://doi.org/10.1002/cpp.1993>
- Good, G. E., Khairallah, T., & Mintz, L. B. (2009). Wellness and impairment: Moving beyond noble us and troubled them. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 21-23. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01139.x>
- Harvell-Bowman, L. A., Critchfield, K. L., Ndzana, F., Stucker, E., Yocca, C., Wilgus, K., Hurst, A., & Sullivan, K. (2022). Of Love and Death: Death anxiety, attachment, and suicide as experienced by college students. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00302228221100636>

Hendin, H., Haas, A. P., Maltzberger, J. T., Koestner, B., & Szanto, K. (2006). Problems in psychotherapy with suicidal patients. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 67-72.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.67>

Jordan, J. R. (2017). Postvention is prevention—The case for suicide postvention. *Death Studies*, 41(10), 614-621. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335544>

Kippe, Y. D., Adam, M., Finck, A., Moran, J. M., Schouler-Ocak, M., Bermpohl, F., Gutwinski, S., & Goldschmidt, T. (2023). Suicidality in psychiatric emergency department situations during the first and the second wave of COVID-19 pandemic. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(2), 311–323. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01486-6>

Kleespies, P. M., Van Orden, K. A., Bongar, B., Bridgeman, D., Bufka, L. F., Galper, D. I., Hillbrand, M., & Yufit, R. I. (2011). Psychologist suicide: Incidence, impact, and suggestions for prevention, intervention, and postvention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 244–251. <https://doi.org/10.1037/a0022805>

Kottler, J. A. (2010). *On being a therapist*. John Wiley & Sons.

Levi-Belz, Y., Barzilay, S., Levy, D., & David, O. (2020). To treat or not to treat: The effect of hypothetical patients' suicidal severity on therapists' willingness to treat. *Archives of Suicide Research*, 24(3), 355-366. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1632233>

Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 14–16. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.28.1.14>

Mitchell, S. M., Taylor, N. J., Jahn, D. R., Roush, J. F., Brown, S. L., Ries, R., & Quinnett, P. (2020). Suicide-related training, self-efficacy, and mental health care providers'

- reactions toward suicidal individuals. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 41(5), 359-366. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000647>
- Moerman, M. (2012). Working with suicidal clients: The person-centred counsellor's experience and understanding of risk assessment. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(3), 214-223. <https://doi.org/10.1080/14733145.2011.628031>
- Nicholl, E., Loewenthal, D., & Gaitanidis, A. (2016). ‘What meaning does somebody's death have, what meaning does somebody's life have?’ Psychotherapists’ stories of their work with suicidal clients. *British Journal of Guidance & Counselling*, 44(5), 598-611. <https://doi.org/10.1080/03069885.2015.1089430>
- Nissen-Lie, H. A., Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2021). The emotionally burdened psychotherapist: Personal and situational risk factors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(5), 429–438. <https://doi.org/10.1037/pro0000387>
- Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(6), 710–713. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.31.6.710>
- Norcross, J. C. (2005). The Psychotherapist's Own Psychotherapy: Educating and Developing Psychologists. *American Psychologist*, 60(8), 840–850. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.8.840>
- Norcross, J. C., & Farber, B. A. (2005). Choosing psychotherapy as a career: Beyond “I want to help people”. *Journal of Clinical Psychology*, 61(8), 939-943. <https://doi.org/10.1002/jclp.20175>
- Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*. Guilford Publications.

- Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*, 20(1), 7-14.
- Podlogar, T., Poštuvan, V., De Leo, D., & Žvelc, G. (2020). The model of dynamic balance in therapists' experiences and views on working with suicidal clients: A qualitative study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 977-987.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2484>
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1993). Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 142–152. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.142>
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 247–258. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.247>
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide*. John Wiley & Sons.
- Posluns, K., & Gall, T. L. (2020). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42(1), 1-20. <https://doi.org/10.1007/s10447-019-09382-w>
- Radeke, J. T., & Mahoney, M. J. (2000). Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 82–84. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.31.1.82>

- Reeves, A., Bowl, R., Wheeler, S., & Guthrie, E. (2004). The hardest words: Exploring the dialogue of suicide in the counselling process—A discourse analysis. *Counselling and Psychotherapy Research*, 4(1), 62-71. <https://doi.org/10.1080/14733140412331384068>
- Reeves, A., & Mintz, R. (2001). Counsellors' experiences of working with suicidal clients: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1(3), 172-176. <https://doi.org/10.1080/14733140112331385030>
- Richards, B. M. (2000). Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients: Some transference and countertransference aspects. *British Journal of Guidance & Counselling*, 28(3), 325-337. <https://doi.org/10.1080/03069880050118975>
- Rokach, A., & Boulazreg, S. (2022). The COVID-19 era: How therapists can diminish burnout symptoms through self-care. *Current Psychology*, 41(8), 5660–5677. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01149-6>
- Roths, I. A., Henriques, M. R., & Correia, R. S. (2013). Suicídio de um paciente: a experiência de médicos e psicólogos portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 168-178. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.002>
- Roths, I. A., Henriques, M. R., Leal, J. B., & Lemos, M. S. (2014). Facing a patient who seeks help after a suicide attempt. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(2), 110-122. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000242>
- Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544-550. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.544>

- Salpietro, L., Ausloos, C. D., Clark, M., Zacarias, R., & Perez, J. (2023). Confidential grief: How counselors cope with client suicide. *Journal of Counseling & Development*, 101(4), 461-474. <https://doi.org/10.1002/jcad.12484>
- Saramago, J. (2012). *Memorial do Convento* (52^a ed.). Caminho.
- Scupham, S., & Goss, S. P. (2020). Working with suicidal clients: Psychotherapists and allied professionals speak about their experiences. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(3), 525-534. <https://doi.org/10.1002/capr.12288>
- Simionato, G., Simpson, S., & Reid, C. (2019). Burnout as an ethical issue in psychotherapy. *Psychotherapy*, 56(4), 470–482. <https://doi.org/10.1037/pst0000261>
- Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner: Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315737447>
- Sousa, D. S. (2020). *Olhar por mim enquanto cuido de ti: Autocuidado de psicólogos que trabalham em cuidados paliativos* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/45850>
- Ventura, M. I. D. M. (2018). *Cuidar de si para cuidar do outro: Autocuidado de psicólogos clínicos que trabalham com pessoas que vivenciaram situações traumáticas* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/38326>
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Mental Health and Substance Use, World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

Wurst, F. M., Kunz, I., Skipper, G. E., Wolfersdorf, M., Beine, K. H., Vogel, R., Müller, S., Petitjean, 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. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.05.003>

ANEXOS

Anexo A

Questionário Sociodemográfico

Idade: _____

Género: F ☐ M ☐ Não-binário ☐

Estado Civil: _____

Formação: Licenciatura Pré-Bolonha ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

Pós-Graduação _____

Orientação Teórica: _____

Anos de experiência profissional: _____

Anos de experiência profissional com pessoas com ideação suicida: _____

Nº médio de casos acompanhados com ideação suicida semanalmente: _____

Nº de horas semanais passadas em serviço: _____

Contexto de trabalho em que exerce/exerceu acompanhamento clínico com pessoas com
ideação suicida: _____Faixa etária dos casos acompanhados: Crianças e Jovens ☐ Adultos e Adultos
mais velhos ☐

Teve alguma formação especializada sobre suicídio ou ideação suicida? Se sim, qual?

Anexo B

Guião da entrevista semiestruturada

1. Introdução: Breve contextualização da entrevista

Bloco Temático	Objetivos
Apresentação e contextualização inicial; Consentimento informado	Agradecer a participação no estudo e apresentar a investigadora. Esclarecer os objetivos do estudo e a relevância da questão de investigação. (No caso de a entrevista decorrer presencialmente) Leitura e preenchimento do consentimento informado, de modo a viabilizar a participação no estudo.

2. Tema Geral: Especificidades e impacto percebido no/a psicólogo/a no trabalho com pessoas com ideação suicida

Bloco Temático	Objetivos	Questões-Guia
Volume de casos acompanhados com ideação suicida	Perceber qual o volume de casos com ideação suicida, que são ou já foram acompanhados pelos/as participantes.	<i>Como classifica o volume de casos que acompanha ou já acompanhou, que</i>

		<i>expressam ideação suicida?</i>
Perceção de impacto emocional da temática	Compreender qual o significado atribuído à temática pelos/as participantes.	<i>O que significa, para si, a ideação suicida e o trabalho do/a psicólogo/a com pessoas que expressam ideias de suicídio?</i>
Desafios e riscos percecionados no trabalho com pessoas que experienciam ideação suicida	Explorar se os/as participantes percecionam algum tipo de desafios ou riscos no trabalho que desenvolvem com esta população. Aceder ao impacto sentido.	<i>Considera que ser psicólogo/a e acompanhar pacientes com ideação suicida envolve desafios ou riscos? Em que sentido?</i>
Perceção de recompensas pelos/as participantes no trabalho com pacientes com ideação suicida	Compreender se os/as participantes percecionam recompensas e/ou benefícios no seu trabalho. Se a resposta for	<i>Existem, para si, recompensas ou benefícios que resultam de se ser psicólogo/a e</i>

	afirmativa, perceber quais	<i>trabalhar com</i>
	as recompensas	<i>pacientes com</i>
	identificadas.	<i>ideação suicida,</i>
		<i>especificamente?</i>
		<i>Quais são essas</i>
		<i>recompensas?</i>
Suicídio consumado de	Explorar qual o impacto	<i>No caso de alguma</i>
um/a paciente: impacto	percebido da perda de	<i>vez ter experienciado</i>
percebido	um/a paciente pelos/as	<i>a perda de um/a</i>
	participantes nas	<i>paciente, que impacto</i>
	diferentes áreas das suas	<i>considera que esta</i>
	vidas.	<i>perda teve na sua</i>
	Se os/as participantes não	<i>vida?</i>
	tiverem experienciado	
	uma situação de perda,	<i>E, no caso de não ter</i>
	explorar qual o impacto	<i>experienciado uma</i>
	percebido da antecipação	<i>perda, que impacto</i>
	de uma perda (e.g.	<i>considera que uma</i>
	tentativa de suicídio não-	<i>possível antecipação</i>
	consumada).	<i>de uma perda ou</i>
		<i>outros receios tiveram</i>
		<i>na sua vida, tanto</i>
		<i>profissional como</i>
		<i>pessoal?</i>

3. Tema Geral: O autocuidado – estratégias utilizadas, benefícios e barreiras percebidos

Bloco Temático	Objetivos	Questões-Guia
Perceção de conhecimento sobre autocuidado	Aceder à perceção de conhecimento dos/as participantes sobre a temática do autocuidado.	<i>Ao longo da sua carreira e percurso académico, teve contacto com o tema do autocuidado? O que é o autocuidado para si?</i>
Perceção de equilíbrio na gestão de riscos e recompensas	Averiguar a perceção dos/as participantes sobre como gerem estes desafios ou riscos e recompensas, de forma a promoverem o seu bem-estar a nível pessoal e profissional.	<i>Há pouco, referiu riscos e recompensas que associa ao seu trabalho com estes pacientes, como gere os mesmos quanto ao seu bem-estar?</i>
Perceção de monitorização do bem-estar	Averiguar se os/as participantes monitorizam, de forma frequente, indícios de stress ou	<i>Reserva algum do seu tempo para refletir e analisar o seu bem-estar e identificar</i>

	cansaço com interferência na vida profissional ou no seu bem-estar global.	<i>sinais de alerta (de stress, cansaço)?</i>
		<i>Deste tempo que destina para identificar a presença destes sinais, de que modo o faz? Com que frequência, diariamente, semanalmente?</i>
Desgaste profissional e impacto percebido	Perceber se os/as participantes alguma vez experienciaram sintomas de trauma vicariante, fadiga por compaixão, <i>burnout</i> , entre outros similares. Se a resposta for afirmativa, explorar como são descritos esses sintomas e que implicações são/foram percebidas na vida pessoal e profissional.	<i>Ao longo da sua vida, alguma vez, experienciou sintomas de desgaste relacionados com a profissão? Pode dar-me alguns exemplos de sintomas que tenha experienciado?</i> <i>Que implicações ou impacto considera</i>

		<i>que estes sintomas tiveram na sua vida profissional e pessoal?</i>
Valor atribuído ao autocuidado	Compreender qual o valor ou relevância atribuído ao autocuidado pelos/as participantes.	<i>Considera que a utilização de estratégias que visam estabelecer e manter o bem-estar, por parte dos/as psicólogos/as, é importante? Em que sentido?</i>
Estratégias de autocuidado utilizadas e seu benefício percebido	Identificar se os/as participantes recorrem a estratégias de autocuidado. Se a resposta for afirmativa, identificar quais as estratégias utilizadas e o seu benefício percebido.	<i>Recorre a estratégias de autocuidado, de forma frequente? Pode dar-me exemplos de estratégias que utiliza? Que benefícios sente que essas estratégias promovem no seu</i>

	Explorar o papel do contexto do trabalho com pessoas que experienciam ideação suicida, nas práticas de autocuidado.	<i>bem-estar? Em que sentido?</i> <i>Considera que as exigências do trabalho com pessoas com ideação suicida, influencia, de alguma forma, as estratégias de autocuidado que utiliza?</i>
Percepção de dificuldades e/ou barreiras nas estratégias de autocuidado	Explorar as dificuldades e/ou barreiras percebidas que impedem a implementação de estratégias de autocuidado, considerando o contexto do trabalho com pessoas com ideação suicida.	<i>Considera que existem obstáculos que dificultam ou impedem a utilização de algumas estratégias? Quais são esses obstáculos, tendo em conta as exigências do contexto do seu trabalho com esta população?</i>

Adaptação das estratégias de autocuidado	Compreender se os/as participantes adaptaram ou alteraram as estratégias de autocuidado ao longo da prática clínica e perceber como as mesmas foram adaptadas. (Nota: O objetivo é perceber a evolução das estratégias de autocuidado, tendo em conta o contexto do trabalho com pessoas com ideação suicida.)	<i>Tendo em conta as exigências deste contexto, considera que a utilização destas estratégias foi sendo adaptada ou alterada ao longo do tempo?</i> (Se não tiver sido respondido anteriormente) <i>Como foi essa adaptação?</i>
--	---	---

4. Conclusão da entrevista: Comentários finais e possíveis questões

Bloco Temático	Objetivos	Questões-Guia
Informação a acrescentar pelos/as participantes	Explorar se os/as participantes têm alguma informação a acrescentar.	<i>Há alguma coisa que gostaria ou considera importante partilhar sobre este tema?</i>

Possíveis questões dos/as	Identificar se os/as	<i>Tem alguma questão</i>
participantes e	participantes têm dúvidas	<i>ou dúvida que me</i>
agradecimento	ou questões.	<i>gostasse de colocar?</i>
	Agradecer a colaboração e	
	conclusão da entrevista.	

Anexo C

E-mail enviado aos participantes

O meu nome é Maria Carlota Baila e estou a desenvolver um estudo, no âmbito da minha dissertação de Mestrado na área de especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental Integrativa, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva.

Esta investigação pretende compreender qual o impacto percebido pelos/as psicólogos/as no trabalho com pacientes que experienciam ideação suicida estruturada ou já realizaram tentativas de suicídio. Complementarmente, o estudo pretende explorar se e/ou de que modo os/as psicólogos/as que trabalham com esta população monitorizam o seu bem-estar e cuidam de si próprios/as.

Desta forma, venho convidá-lo/a participar neste estudo. Para o poder fazer, é necessário:

- Que trabalhe com pessoas que experienciam ou já experienciaram ideação suicida estruturada;
- Esteja inscrito na Ordem dos Psicólogos Portugueses como membro efetivo ou membro estagiário.

A sua colaboração envolve a participação numa entrevista única, cuja duração não deverá ultrapassar os 30 minutos, sendo feita uma gravação áudio da mesma. Esta gravação será eliminada, após a transcrição da mesma. De acordo com a sua preferência, a entrevista pode ser realizada presencialmente ou *online* através da plataforma *Zoom*. A sua participação é voluntária e confidencial. Se desejar, pode

interromper a sua participação em qualquer momento, sem nenhuma penalização, dano ou prejuízo.

Se tiver dúvidas que queira esclarecer ou alguma questão, estou inteiramente disponível para tal. Pode entrar em contacto comigo através do seguinte e-mail mariacarlotabaila@gmail.com ou através do contacto telefónico 911917657, caso tenha interesse em participar nesta investigação e queira agendar uma data.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração.

As investigadoras,

Carlota Baila

Ana Nunes da Silva

Anexo D

Convite aos participantes divulgado nas redes sociais

Olá a tod@s. O meu nome é Carlota Baila e estou a desenvolver um estudo, no âmbito da minha dissertação de Mestrado, na Faculdade de Psicologia da UL, orientada pela Professora Ana Catarina Nunes da Silva.

Este estudo é sobre o impacto sentido pel@s psicólog@s quando trabalham com pessoas com ideação suicida; e como est@s psicólog@s cuidam do seu próprio bem-estar.

Neste sentido, gostaria de convidar-vos a participar e/ou divulgarem este estudo com a vossa rede de contactos. Para participar é necessário:

- Trabalhar com pessoas que experienciam ou já experienciaram ideação suicida estruturada;
- Estar inscrito na OPP como membro efetivo ou membro estagiário.

A participação consiste numa entrevista única, que durará cerca de 30 minutos. É feita uma gravação áudio desta entrevista (eliminada após a transcrição da mesma).

Podem participar presencialmente ou online (através da plataforma *Zoom*), conforme a vossa preferência. A participação é voluntária e confidencial.

Qualquer dúvida que tenham ou se tiverem interesse em participar, podem entrar em contacto comigo: mariacarlotabaila@gmail.com

Muito obrigada pela vossa colaboração e disponibilidade,

Carlota Baila

Anexo E

Consentimento Informado

Eu, Maria Carlota Baila, aluna de Mestrado na área de especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental Integrativa, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, encontro-me a elaborar uma investigação no âmbito da minha dissertação, sob orientação da Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva.

Esta investigação pretende compreender o impacto percebido pelos/as psicólogos/as no trabalho com pacientes que experienciam ideação suicida (estruturada) ou já realizaram tentativas de suicídio. Tendo, também, como objetivos perceber como os/as psicólogos/as que trabalham com esta população monitorizam o seu bem-estar: se utilizam estratégias de autocuidado, qual o seu benefício percebido, que dificuldades ao autocuidado são sentidas e como estas estratégias podem ser adaptadas. Pretende-se, também, compreender o impacto percebido do suicídio consumado de um/a paciente no/a psicólogo/a.

Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração neste estudo.

A sua colaboração envolverá a participação numa entrevista única, cuja duração não deverá ultrapassar os 30 minutos, sendo feita uma gravação áudio. Esta gravação será eliminada e destruída após a transcrição da mesma. De acordo com a sua preferência, a entrevista poderá ser realizada presencialmente ou online (através da plataforma *Zoom*).

Para participar é necessário que esteja inscrito na Ordem dos Psicólogos Portugueses (como membro efetivo ou membro estagiário), e trabalhar com pessoas que experienciam ou experienciaram ideação suicida estruturada.

A sua participação é voluntária e confidencial. Se desejar, pode desistir ou interromper a sua participação por qualquer motivo e em qualquer momento, sem nenhuma penalização, dano ou prejuízo. Durante a participação não será identificado/a pelo seu nome, assegurando deste modo a confidencialidade dos seus dados.

Se tiver alguma dúvida que queira esclarecer ou desejar conhecer os principais resultados da investigação, coloco-me à disposição para tal, podendo entrar em contacto comigo, através do seguinte e-mail: mariacarlotabaila@gmail.com.

Agradeço, desde já, a sua colaboração e disponibilidade.

Se concordar com os termos propostos, por favor assine este documento.

No caso de ter preferência que a sua participação seja *online* (via *Zoom*), digitalize este documento e envie-o para o seguinte e-mail mariacarlotabaila@gmail.com :

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Obrigada pela sua colaboração.

Carlota Baila

Ana Nunes da Silva

Faculdade de Psicologia, UL

Anexo F

Sistema Hierárquico de Categorias

Categorias	Fontes	Referências
1. Especificidades e impacto do trabalho com pessoas com ideação suicida	10	171
1.1. Indicadores de Ideação Suicida	10	39
Desesperança	3	3
Existência de Plano	6	8
Falta de recursos	2	5
Morte como solução	7	10
Severidade clínica	4	9
Sufrimento psicológico	6	9
1.2. Sentimento do psicólogo face a ideação suicida do paciente	10	77
Dúvidas sobre os limites do trabalho clínico	4	11
Elevada carga emocional do trabalho clínico	6	15
Forte motivação para ajudar o outro	3	3
Gratificação sentida no trabalho com ideação suicida	7	8
Maior dificuldade no distanciamento	7	11
Perceção da experiência profissional	4	7
Perceção de controlo	4	11
Responsabilidade	7	15
1.3. Intervenção	10	34
Disponibilidade extra para emergências	3	6

Falta de estabilidade da aliança terapêutica	3	3
Mostrar interesse em compreender as razões para se querer matar	2	4
Promoção de esperança	6	8
Trabalho multidisciplinar	4	6
1.4. Perda por suicídio	10	33
Livre-arbítrio	2	4
Medo e ansiedade na antecipação da perda	6	13
Perda efetiva - luto	2	6
Posvenção	3	7
2. Importância do autocuidado – estratégias utilizadas, benefícios e barreiras	10	138
2.1. Importância do autocuidado	6	8
2.2. Estratégias de autocuidado	10	97
Benefícios percebidos das estratégias	7	24
Autocuidado como necessidade frequente	4	6
Equilíbrio entre vida profissional e pessoal	5	6
Melhor desempenho profissional	4	5
Melhor qualidade de vida	5	10
Desporto	4	4
Gestão de agenda	2	2
Monitorização do bem-estar	4	6
Música	4	4
Psicoterapia pessoal	6	8
Redes de apoio	3	7

Sono regulado	3	3
Supervisão e Intervisão	6	13
Viajar	2	2
2.3. Barreiras ao autocuidado	7	22
Ansiedade face ao distanciamento	3	5
Dificuldade na gestão de tempo	3	8
Extensão dos limites terapêuticos	1	2
Falta de autodisciplina	1	2
Maior carga emocional devido a severidade clínica	4	5