

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Luto profissional: Estudo qualitativo em psicólogos clínicos
portugueses**

Catarina Leandro Teodoro Cêra Marques

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicologia Clínica Dinâmica

2023

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Luto profissional: Estudo qualitativo em psicólogos clínicos
portugueses**

Catarina Leandro Teodoro Cêra Marques

**Dissertação orientada pelo Professor Doutor Miguel Barbosa e coorientada pela
Mestre Sara Martinho**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicologia Clínica Dinâmica

2023

“No one ever told me that grief felt so like fear.”

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Miguel Barbosa por ter aceitado este grande desafio que é o luto profissional. Um grande agradecimento por toda a ajuda e disponibilidade, bem como enorme resiliência perante todos os desafios que surgiram ao longo de todo o processo. Um grande, grande obrigada.

À Dr^a Sara Martinho por ter aceitado coorientar a minha dissertação e por toda a sua ajuda e disponibilidade. Com conhecimentos inigualáveis, foi uma ajuda preciosa para que fosse possível transformar o luto profissional neste trabalho.

Ao Pedro, que partilhou todo o percurso em Psicologia, e, em especial, este ano comigo. Obrigada pelo teu amor e amizade, aceitação, pelas lágrimas que acolheste e gargalhadas que descobriste em mim, mesmo nos momentos mais difíceis. Com muito orgulho, serás um grande Psicólogo.

À Avó Maria e à Avó Mila, que me viram crescer e me ajudaram nos anos mais difíceis da minha vida. Com profunda tristeza minha, não conseguiram assistir a esta grande vitória, mas fica uma profunda saudade e amor por elas, com a certeza de que ficariam muito orgulhosas.

À minha Mãe, que sempre me apoiou incondicionalmente, ao longo destes cinco anos. Foi com muito esforço e amor que me permitiu ter a oportunidade de seguir o meu sonho e encontrar o meu lugar. Com momentos muito difíceis, mas sempre a apoiar-me.

Ao meu Pai, por todo o apoio e ajuda, que me apoiou e acreditou em mim ao longo de todo o meu percurso. Fica a minha eterna gratidão pelas suas palavras de encorajamento, a sua disponibilidade e por toda força que me deu, ao longo destes cinco anos.

Ao meu melhor amigo David que, desde o primeiro minuto na faculdade, me ajudou vezes sem conta e me apoiou em todas as aventuras, devaneios e tristezas. Vens comigo para a vida toda.

À Ana Isabel, por ter sido mais do que tia, uma amiga. Ao longo de todos os cinco anos, foi um modelo e porto seguro. Espero um dia ser metade da psicóloga que és.

À Rita, à Kiki e à Carol, as minhas melhores amigas de há anos, por me terem acompanhado ao longo destes cinco anos, ouvido os meus choros e queixumes e histórias épicas que ficaram gravadas na nossa amizade, pelas viagens e aventuras.

À Amiga Joana, à Amiga Margarida e à Amiga Carolina que partilharam este percurso em Psicologia por dentro, que tornaram qualquer trabalho de grupo menos penoso e que trouxeram gargalhadas infinitas à minha vida. A faculdade não seria a mesma sem vocês.

À minha restante família, pelo amor e apoio.

A todos os participantes que se disponibilizaram a participar no estudo, abdicando do seu tempo e partilhando as suas experiências. Sem eles, este estudo não existiria.

Índice

Resumo	8
Introdução	10
Enquadramento teórico	12
O luto profissional em psicólogos clínicos	12
Perda por Morte Associada à Prática Clínica.....	13
Morte Natural ou por Doença.....	13
Perda por Suicídio	14
Suicídio e Morte por Doença como Evento Traumático	16
Luto Profissional, Luto Desautorizado e Ética.....	18
Fins de Processos Psicoterapêuticos como Perda	19
Alta Clínica como Perda.....	21
Dropout como Perda	22
Fatores Mediadores e Estratégias de <i>Coping</i> associadas ao Luto Profissional	23
Relação Terapêutica como Fator Mediador	26
Objetivos e Questões de Investigação	27
Método	28
Participantes	28
Material	29
Procedimento.....	30
Recolha de Dados.....	30
Análise de Dados.....	31
Resultados	32
Tema 1 – Suicídio	32
Subtema “Impacto no psicólogo”	32
Subtema “Reações Emocionais”	33
Subtema “Tarefas do Psicólogo”	33
Subtema “Família do Paciente”	34
Subtema “Fatores Mediadores”	34
Subtema “Estratégias de coping”	36
Tema 2 – Morte natural ou por doença.....	37
Subtema “Morte após o término do acompanhamento”.....	37
Subtema “Reações Emocionais”	37

Subtema “Impacto no Psicólogo”	38
Subtema “Tarefas do Psicólogo”	39
Subtema “Família do Paciente”	40
Subtema “Fatores Mediadores”	41
Subtema “Estratégias de coping”	44
Tema 3 – Dropout	44
Subtema “Não perda”	44
Subtema “Perda”	45
Subtema “Fatores Mediadores”	47
Subtema “Estratégias de coping”	48
Tema 4 – Alta Clínica	48
Subtema “Não Perda”	48
Subtema “Perda”	49
Tema 5 -Medo da perda	51
Tema 6 – Desafios e limites profissionais e éticos.....	51
Discussão	52
Perdas por Morte de Pacientes	52
O Fim do Processo Psicoterapêutico como Perda.....	58
Relação Terapêutica como Fator Mediador	62
Estratégias de <i>Coping</i>	63
Limitações e estudos futuros.....	64
Conclusão.....	64
Referências.....	67

Resumo

Introdução: O luto profissional é o processo de luto associado a uma perda significativa, em contexto profissional. Os psicólogos clínicos contactam com diversas perdas associadas à sua prática clínica, as quais têm impacto nestes. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivos identificar as perdas associadas à prática clínica, caracterizar o processo de luto profissional e identificar fatores mediadores e estratégias de *coping* associados ao processo de luto profissional de psicólogos clínicos. **Método:** Foram realizadas quinze entrevistas semiestruturadas a psicólogos clínicos, que foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e analisadas através do método Análise Temática. **Resultados:** Da análise temática emergiram os temas: “Suicídio”, “Morte Natural ou por Doença”, “*Dropout*”, “Alta Clínica”, “Medo da Perda e Luto Antecipatório” e “Desafios e Limites Profissionais e Éticos”. O suicídio, a morte natural ou por doença e o *dropout* são percebidos como perdas e estão associadas as respostas emocionais negativas. A alta clínica é experienciada como uma perda positiva e emocionalmente menos impactante. Os fatores mediadores do impacto da perda são a relação terapêutica, a experiência profissional, exposição à perda e as percepções de sofrimento do paciente, de crescimento do paciente e da alta clínica como objetivo do processo psicoterapêutico. As estratégias de *coping* identificadas foram a supervisão, intervisão, psicoterapia individual do psicólogo e partilha com equipa e colegas. **Conclusão:** Os psicólogos clínicos lidam com várias formas de perda e podem desenvolver processos de luto profissional, em que o apoio emocional e profissional desempenha um papel fundamental.

Palavras-chave: Luto profissional, perda de pacientes, perda, luto, processo psicoterapêutico, intervenção psicológica, psicólogo clínico

Abstract

Introduction: Professional grief is the grieving process of a significant loss in the professional context. Clinical psychologists may encounter several losses in their clinical practice, whereupon understanding these experiences and its impact is important. **Goals:** The present study has a qualitative nature and aims to identify what losses clinical psychologists perceived as being associated with their clinical practice, characterize their professional grieving process, and identify what factors and coping strategies are associated with the loss experience. **Method:** Fifteen semi-structured were conducted, recorded, and later transcribed. **Results:** Through the Thematic Analyses method, six themes have emerged: “Suicide”, “Natural Death or Death by Disease”, “Dropout”, “Clinical Discharge”, “Fear of Death and Anticipatory Grief”, “Ethical and Professional Limits and Challenges”. Suicide, natural death or death by disease and dropout were perceived as a loss and were found associated to negative emotional responses and high impact. Clinical discharge was perceived as a positive loss and was found associated to positive emotional responses and to less emotional impact. Factors such as therapeutic relationship, professional experience, loss exposure, patient’s suffering perception, patient’s growth perception and clinical discharge as goal perception were found associated with the emotional impact of loss. Coping strategies as supervision, peer consultation, personal psychotherapy and team and peers support and sharing were found. **Conclusion:** The results that clinical psychologists can experience professional grief associated with patient’s loss, where the emotional and professional support has an important effect.

Key Words: professional grief, loss, patient’s loss, grief, therapeutic process, psychological intervention, clinical psychologist

Introdução

A perda é um evento transversal a todos os contextos em que o indivíduo se insere (Gitterman & Knight, 2018). No que diz respeito a perdas associadas a contextos profissionais relacionados com os cuidados de saúde, a evidência e o reconhecimento científico mostram-se limitados, ainda que os eventos relacionados com o luto em contexto profissional se encontrem associados a sofrimento psicológico pessoal e/ou laboral (Redinbaugh et al., 2001).

O luto profissional é tipicamente caracterizado como o processo de luto dos profissionais de saúde que experienciaram a morte de pacientes que acompanharam. O contacto frequente com a morte de pacientes mostra-se um desafio profissional e pessoal para estes profissionais, uma vez que o impacto destes eventos está associado a sofrimento psicológico e *burnout* (Finotto et al., 2020; Redinbaugh et al., 2001). Neste sentido, Price et al. (2021) conduziram um estudo com médicos internos que experienciaram a morte de doentes em contexto de urgência hospitalar. Os principais resultados mostram que a exposição à morte de doentes tem um impacto emocional significativo nos médicos, verificando-se sintomas de stress, ansiedade e depressão.

Num estudo qualitativo realizado por Funk et al. (2017) sobre o processo de luto de enfermeiros e assistentes operacionais, em contexto hospitalar (i.e., cuidados paliativos; cuidados continuados), a morte de pacientes foi relatada como uma experiência emocionalmente impactante e geradora de sofrimento psicológico. Os participantes relataram respostas emocionais como zanga e frustração. No entanto, o reconhecimento e a preparação para a perda mostraram ter um papel relevante no processo de luto profissional, uma vez que os participantes reportaram maior dificuldade na gestão do luto e níveis mais elevados de sofrimento psicológico em contexto de cuidados continuados, comparativamente ao contexto de cuidados paliativos, onde a morte é mais reconhecida e esperada. Adicionalmente, os resultados apontam para a importância de tempo e espaço para o processamento e integração

da morte de pacientes, devido ao impacto emocional destas. No entanto, os participantes tendem a suprimir o próprio processo de luto, de forma a corresponder às exigências laborais do contexto hospitalar.

Em Portugal, Gama (2013) estudou o luto profissional em enfermeiros portugueses, tendo como base a premissa sobre a relação de cuidar entre enfermeiro e doente, muitas vezes em fim de vida, e enfatiza a ideia de que perda de doentes por morte é um evento significativo associado a sofrimento psicológico e a sintomas de ansiedade, depressão e *burnout*. A autora caracteriza a sobrecarga de luto profissional em quatro domínios, incluindo o “confinamento atormentado”, em que o profissional limita os contactos e atividades da vida pessoal, bem como o tempo reservado para si mesmo e para o seu autocuidado; a “partilha incompreendida”, devido à dificuldade de o profissional sentir-se compreendido e validado pelos colegas, famílias e amigos; o “esforço emocional no cuidar”, na medida em que o cuidar de pacientes terminais é emocionalmente mais desafiante e desgastante; e a “perda nostálgica”, que contempla sentimentos e emoções (e.g., vazio, tristeza, saudade) associados à morte de doentes. Por conseguinte, a autora desenvolveu e validou a Escala de Sobrecarga de Luto Profissional para avaliar estes quatro domínios. O estudo de Gama (2013) representa um importante contributo para o conhecimento científico acerca do luto profissional e reforça a importância do tema do luto profissional em enfermeiros e para a necessidade do crescimento do conhecimento científico do tema, que ainda se apresenta limitado, especialmente em Portugal.

Apesar de médicos e enfermeiros serem a principal população na investigação do luto profissional, este tema é igualmente importante para os psicólogos clínicos, uma vez que a intervenção psicológica se desenvolve em relações terapêuticas de grande proximidade, confiança e empatia, podendo a perda desta relação ter impacto significativo no psicólogo (Dwyer et al., 2012; Goodyear, 1891). Contudo, a evidência científica a nível internacional acerca do luto profissional em psicólogos clínicos é limitada, sendo que em Portugal mostra-

se inexistente. A compreensão e a caracterização da experiência de perdas de pacientes permite considerar o luto profissional como uma dimensão importante no bem-estar psicológico dos psicólogos clínicos, bem como sensibilizar esta população para o tema e para as possíveis estratégias e recursos que possam favorecer as vivências associadas ao luto profissional.

Assim, o presente estudo encontra-se organizado em seis partes. Após a introdução do tema, segue-se o enquadramento teórico, em que é apresentada e discutida a literatura disponível acerca do luto profissional em psicólogos clínicos. Posteriormente, é apresentado o método, onde é caracterizada a amostra, material e procedimento. De seguida, são apresentados os resultados obtidos, bem como a sua discussão. Por fim, são enumeradas as limitações do presente estudo e sugestões para estudos futuros, e é feita a conclusão do presente estudo.

Enquadramento teórico

O luto profissional em psicólogos clínicos

À semelhança do que Gama (2013) descreve acerca da relação entre enfermeiros e doentes em fim de vida, a relação é uma ferramenta fundamental para prática dos psicólogos clínicos. A proximidade, a empatia e a confiança são três componentes essenciais para o estabelecimento da relação entre o psicólogo clínico e o paciente (Goodyear, 1981; Nienhuis et al., 2016). Embora a relação terapêutica seja, acima de tudo, uma relação profissional para a qual existem diversas recomendações éticas, Reupert (2006) descreve o psicólogo clínico como parte ativa no processo psicoterapêutico e enfatiza o “psicólogo clínico como pessoa”. Neste sentido, é possível considerar a perda de pacientes como um evento significativo para psicólogos clínicos, mesmo sendo uma perda associada a um contexto profissional (Tehan & Thompson, 2013). São vários os contextos e as temáticas de intervenção que podem proporcionar perdas significativas, tais como a de morte de um paciente (e.g., acompanhamento psicológico em fim de vida; ideação suicida; intervenção em cuidados paliativos). Contudo, Goldsworthy (2005) descreve a perda como um evento associado a uma mudança significativa.

A autora salienta a multidimensionalidade de um evento de perda, em que este pode ter uma dimensão física (e.g., morte; objetos roubados) ou uma dimensão psicossocial (e.g., divórcio; desemprego), em que ambas estão associadas a um processo de luto. No mesmo sentido, Smith e Delgado (2020) reconhecem a existência de diversos eventos de perdas e descrevem-nos como a consciencialização da perda de algo (e.g., pessoa, relação, objeto) e, conseqüente, mudança face a esta perda. “Assim, através da conceptualização de perda como um evento multidimensional de mudança significativa, surge a questão “Será que os psicólogos clínicos experienciam lutos profissionais?”, e “Que perdas é que os psicólogos clínicos percebem na sua prática clínica?”.

Perda por Morte Associada à Prática Clínica

A morte de um paciente é apontada como evento significativo na vida profissional e pessoal dos psicólogos (Dwyer et al., 2012; O’Brien, 2011). Kouriatis e Brown (2011) distinguem a morte de pacientes por suicídio e por doença (e.g., em contexto de cuidados paliativos), ambas assinaladas como um desafio pessoal e profissional. Os autores relatam que o suicídio de um paciente pode ter impacto semelhante à perda de um ente querido do terapeuta, em que se geram sentimentos de choque, profunda tristeza, zanga direcionada ao paciente, culpa e sentimento de incompetência. Quanto à morte de pacientes devido a doença terminal, os autores sugerem que os terapeutas tendem a experienciar um processo de luto caracterizado por sintomas de depressão e sentimentos de impotência. Apesar de estes dados sugerirem que ambos os eventos demonstram ter impacto emocional intenso nos terapeutas, a sua natureza é distinta, pelo que é relevante compreender de que forma é que os psicólogos clínicos vivenciam o suicídio e a morte natural ou por doença de pacientes, o que é que estas vivências têm em comum e em que diferem.

Morte Natural ou por Doença

Relativamente à morte natural ou por doença de um paciente, as experiências de luto profissional verificam-se frequentemente associadas a respostas emocionais características de processos de luto, como tristeza, zanga e culpa (Kouriatis & Brown, 2011; Kouroglou, 2023). Adicionalmente, Kouroglou (2023) estudou as experiências de luto profissional de psicoterapeutas com pacientes terminais e verificou que, além do impacto emocional negativo, a perda por morte de pacientes mostrou ter impacto na competência profissional, em que os participantes se questionaram acerca da qualidade do acompanhamento psicológico proporcionado ao paciente. Complementarmente, um estudo qualitativo realizado por Palmieri (2018) identifica que a perda de um paciente por morte devido a doença é um evento emocionalmente impactante em que surgem respostas emocionais mistas, onde, por um lado, os psicólogos clínicos relataram choque, tristeza e zanga e, por outro lado, relataram alívio aquando da morte do paciente. Os resultados mostraram, ainda, que os psicólogos clínicos colocaram em causa a sua competência profissional e emergiram sentimentos de culpa e insegurança associadas ao seu desempenho clínico. Estes dados apontam para a perda de pacientes por morte como emocionalmente impactante e fonte de sofrimento psicológico e como um desafio para a prática clínica, em que este evento revela ter impacto na competência profissional dos psicólogos clínicos. A emergência da dualidade entre impacto emocional (i.e., respostas emocionais) e competência profissional é um padrão associado ao processo de luto profissional dos psicólogos clínicos, e remete para a sua multidimensionalidade. Por um lado, existe um processo de gestão respostas afetivas associadas à perda efetiva do doente terminal, e, por outro lado, emergem tarefas associadas à identidade profissional, ao desempenho e percepção de competência profissional (Funk et. al., 2017; Palmieri, 2018).

Perda por Suicídio

O luto de perdas por suicídio de alguém significativo é um processo emocionalmente muito impactante, em que os enlutados têm maior predisposição para o desenvolvimento de

sintomatologia de *stress* pós-traumático e de luto prolongado, comparativamente a outros processos de luto (Finlayson & Simmonds, 2018; Goldblatt et al., 2020; Honeycutt & Praetorius, 2015; Sherba et al., 2018; Young et al., 2012). Estes dados enfatizam a relevância de compreender como é o processo de luto profissional em psicólogos clínicos que perderam pacientes por suicídio, uma vez que a intervenção passa, muitas vezes, por lidar com estes eventos, surgindo a conceptualização dos psicólogos enlutados como sobreviventes de suicídio (Barzilay et al., 2021; Sherba et al., 2018).

Neste sentido, Finlayson e Simmonds (2018) realizaram um estudo com psicólogos clínicos e identificaram a perda por suicídio de um paciente como um evento gerador de sofrimento psicológico e respostas emocionais como choque, zanga, culpa e tristeza. É salientado o forte impacto emocional desta perda nos psicólogos, descrito por alguns participantes como traumático. Os autores constaram, ainda, que o suicídio de um paciente tem impacto na competência profissional dos psicólogos, na medida em que os participantes do estudo questionaram o seu desempenho profissional e assumiram a responsabilidade pelo evento, verificando-se a emergência de sentimentos de insegurança e culpa.

No mesmo sentido, Darden e Rutter (2011), que conduziram um estudo qualitativo para compreender o impacto do suicídio de um paciente nos psicólogos clínicos. A par de respostas emocionais como tristeza, a maioria dos participantes colocou em causa a sua competência profissional, questionando-se acerca do motivo pelo qual ocorreu o suicídio, assumindo responsabilidade na decisão do paciente. Os resultados destes estudos vão de encontro à hipótese do psicólogo clínico como sobrevivente de suicídio, em que o impacto desta perda se mostra associada a respostas emocionais de valência negativa muito intensas (e.g., choque, zanga, culpa). Adicionalmente, os autores reforçam o impacto que estes eventos têm nos terapeutas, uma vez que as respostas emocionais podem ser duradouras, intensas e negativamente impactantes. Em concordância, Hendin et al. (2000) identificam como

principais respostas emocionais perante o suicídio de um paciente o choque, luto, culpa, zanga, medo de poder ser considerado culpado e de dúvida acerca da sua competência profissional,

Estes dados vão de encontro à complexidade da gestão do luto profissional relativamente ao suicídio de um paciente, em que os psicólogos clínicos, em que estes lidam com respostas emocionais multidimensionais. Além do conflito identitário resultante da dimensão emocional e profissional do psicólogo, também verificado em perdas por morte natural ou por doença (Funk et. al., 2017; Palmieri, 2018), a perda por suicídio de um paciente encontra-se associada a uma dimensão de culpabilidade. Neste sentido, a culpa vai além dos limites do desempenho do psicólogo enlutado ao longo do processo psicoterapêutico, emergindo a temática acerca de consequências legais e morais face à própria perceção e à perceção de outros (e.g., família do paciente; local de trabalho) de responsabilização e culpa pelo evento (Finlayson & Simmonds, 2018; Goldblatt et al., 2020).

Em casos de perda por suicídio e por morte natural de um paciente, a evidência científica mostra-se em concordância. Em cada uma das perdas, o luto associado a este tipo de perdas é caracterizado por uma dualidade entre a dimensão profissional e pessoal. Por um lado, as tarefas deste processo de luto prendem-se com a culpa e responsabilização profissional do psicólogo e, por outro, estão diretamente relacionadas com as tarefas de luto face à perda efetiva da pessoa que o psicólogo acompanhava (Darden & Rutter, 2011; Finlayson & Simmonds, 2018; Hedin et al., 2000; Jorgensen et al., 2021). No entanto, a complexidade verificada em casos de luto profissional por suicídio de pacientes sugere este evento como tendencialmente mais desafiante, na medida em que o impacto se encontra também associado a uma dimensão de responsabilização moral do psicólogo sobrevivente (Barzilay et al., 2021; Finlayson & Simmonds, 2018; Goldblatt et al., 2020)

Suicídio e Morte por Doença como Evento Traumático

Quer em processos de luto profissional por perdas por suicídio, quer em processos de luto profissional por morte natural ou doença, a competência profissional e a percepção de autoeficácia dos psicólogos é negativamente afetada e as respostas afetivas à perda são semelhantes, com a emergência de sentimentos e emoções como tristeza, zanga, culpa e insegurança (Darden & Rutter, 2011; Finlayson & Simmonds, 2018; Goldblatt et al., 2020; Hedin et al., 2000; Jorgensen et al., 2021). Embora não tenham sido encontrados estudos comparativos entre estes dois tipos de perdas, existem indícios de o suicídio como um evento emocionalmente mais impactante do que perdas morte de pacientes, uma vez que esta perda é, frequentemente, percebida e descrita como traumática (Goldblatt et al., 2020).

Neste sentido, o impacto emocional do suicídio é descrito como severo e negativo. Tilmann (2006) vai ao encontro da vivência traumática do suicídio, através de um estudo com psicólogos clínicos, e constata que estes percebem este evento como um evento traumático e relatam o processo de luto profissional associado a sintomas de longa duração como pensamentos intrusivos, sonhos vívidos e mecanismos de defesa como evitamento e dissociação. Também Hedin, Haas, Maltzberger, Szanto, et al. (2004), através de um estudo qualitativo com terapeutas sobreviventes de suicídio, verificaram sintomatologia traumática, como sonhos e imagens vívidas do evento. A conceptualização do suicídio de um paciente como evento com potencial traumático reforça a complexidade do processo de luto profissional associado a este, na medida em que as respostas e impacto emocional de potencial traumático mostram-se mais intensas e negativas para o psicólogo sobrevivente (Barzilay et al., 2021; Finlayson & Simmonds, 2018; Goldblatt et al., 2020; Sherba et al., 2018).

Por outro lado, também a morte de um paciente por doença pode ter uma dimensão traumática. Engler-Gross et al. (2019) verificaram uma associação entre a morte de pacientes por doença oncológica e a sintomatologia de *stress* traumático secundário e a sintomatologia característica de *burnout*, e concluem que a exposição continuada à morte de pacientes

encontra-se associada a níveis elevados de *stress* traumático secundário. Os autores verificaram, ainda, que a falta de reconhecimento social do luto aumenta os níveis desta sintomatologia. Assim, o luto profissional de uma perda por suicídio ou por morte natural ou por doença pode ser um processo emocionalmente mais desafiante, relativamente aos outros lutos profissionais.

Luto Profissional, Luto Desautorizado e Ética

A perda encontra-se subjacente a vários contextos, incluindo o profissional (Tehan & Thompson, 2013). A perda de pacientes por morte revela-se um importante evento associado à prática clínica dos psicólogos, associado a respostas emocionais intensas e negativas (e.g., Finlayson & Simmonds, 2018; Kouriatis & Brown, 2011). Doka (2002) descreve como luto desautorizado um processo de luto que não seja socialmente reconhecido, em que se inserem as relações profissionais. Assim, o psicólogo clínico pode percecionar o seu processo de luto profissional como socialmente menos aceite, o que pode influenciar a perceção e gestão do enlutado acerca do próprio processo de luto (Engler-Gross et. al., 2019). Neste sentido, Palmieri (2018), verifica que a perceção dos psicólogos enlutados do seu próprio luto como socialmente pouco reconhecido dificultou a gestão do processo e intensificou as respostas afetivas e impacto emocional. Estes dados remetem para maior vulnerabilidade dos psicólogos clínicos no que toca ao luto profissional, uma vez que as respostas emocionais já intensas e impactantes (e.g., Hendin, Haas, Maltsberger, Szántó, et al., 2004) podem, ainda mais, intensificar-se e levar os profissionais a reprimir o luto, de forma a corresponder às exigências contextuais (e.g., acompanhamento da família do paciente) (Dwyer et al., 2012), e sociais (e.g., expectativa de que o psicólogo clínico tenha melhor gestão do processo de luto devido à profissão) (Palmieri, 2018).

Adicionalmente, Dwyer et al. (2012) reforça a noção de risco dos psicólogos clínicos face ao luto desautorizado. Os autores consideram a dimensão ética associada aos lutos

profissional e desautorizado como um desafio para os psicólogos enlutados, na medida em que, muitas vezes, a evolução e tarefas normativas de um processo de luto podem ser percebidas pelo psicólogo clínico como eticamente inadequadas (e.g., o contacto com a família; expressão comportamental do impacto emocional que a perda por morte de um paciente revela ter nos psicólogos clínicos). Assim, é possível considerar que, a par do pouco reconhecimento social do impacto das perdas de pacientes por morte nos psicólogos, as exigências éticas contribuem para maior risco de processos de luto percebidos como desautorizados e maior impacto destes eventos no bem-estar destes.

Fins de Processos Psicoterapêuticos como Perda

No que diz respeito à conceptualização de perda como um evento associado a mudança significativa (Goldsworthy, 2005), esta sugere a possibilidade de considerar o fim de um processo psicoterapêutico como uma perda para os psicólogos clínicos. Mais do que um evento formal e isolado, é uma sequência de eventos que encerram, em si, a transição do paciente entre o *setting* psicoterapêutico e a realidade e que deve ser abordada e negociada entre terapeuta e paciente (Fragkiadaki & Strauss, 2011; Quintana, 1993).

Por um lado, Goodyear (1981) conceptualiza o término de um acompanhamento como perda, focando a perda da relação entre paciente e terapeuta, e remete para este como um momento de crise para ambas as partes. Por outro lado, Quintana (1993) enquadra a perda como um evento de potencial crescimento e desenvolvimento, propondo que o fim de um processo psicoterapêutico é uma etapa necessária a qualquer processo, em que surgem respostas emocionais de valência positiva por parte do paciente.

Por outro lado, Lee et al. (2021) distinguem quatro tipos de fins de processos psicoterapêuticos, bem como as experiências dos profissionais a estes associados. O primeiro é o fim por mútuo acordo, em que o paciente e o terapeuta estão envolvidos e concordantes na

decisão do término do processo. O segundo é o fim iniciado pelos pacientes, em que manifestam o desejo de terminar o processo, independentemente da opinião do terapeuta. O terceiro é o abordado pelo terapeuta, em que estes abandonam o processo, sem que este tema seja trazido pelos pacientes. O quarto, “fim forçado”, em que o paciente e o terapeuta não partilham a ideia de terminar o processo, mas por fatores e circunstâncias externas, o acompanhamento termina. Neste sentido, as experiências mais positivas dos terapeutas foram associadas a fins por mútuo acordo e a fins iniciados pelos terapeutas e experiências negativas foram associadas a fins iniciados pelo cliente e a fins forçados. Adicionalmente, os resultados de um estudo realizado por de Lee et al. (2021) contemplam experiências e sentimentos mais negativos aquando da impossibilidade de trabalhar o fim e quando não parece existir um acordo na decisão de terminar o acompanhamento. Paralelamente, Bamford e Akhurst (2014) reforçam a necessidade de olhar para o fim dos processos psicoterapêuticos pela perspetiva do profissional. Os resultados do estudo com psicólogos destacam o impacto que os fins positivos e os fins negativos têm nestes profissionais. Ao recordarem-se de fins positivos (i.e., planeados e trabalhados), emergiram respostas emocionais como alegria, gratidão associados a bem-estar, enquanto em fins negativos (i.e., processos que foram interrompidos sem trabalhar a separação) emergiram reações como choque, zanga e frustração, seguidos por preocupação e desamparo. Estes resultados vão de encontro a Lee et al. (2021), e remetem para a ideia de que a dificuldade e/ou impossibilidade de trabalhar o término do processo psicoterapêutico tem impacto no bem-estar do psicólogo. Os resultados de Bamford e Akhurst (2014) revelam, ainda, sentimentos de insucesso, fracasso e de dúvida acerca da própria competência do profissional aquando de fins prematuros (i.e., fins que não foram planeados ou devidamente trabalhados com o paciente). Assim, a literatura (Bamford & Akhurst, 2014; Fragkiadaki & Strauss, 2011; Lee et. al., 2021) remete para o impacto emocional com fins por alta clínica e por *dropout*. No entanto, é

necessário averiguar se estes são podem ser vivenciados como uma perda pelos psicólogos clínicos e considerados como experiências de luto profissional.

Alta Clínica como Perda

A alta clínica está associada a respostas emocionais mistas (Fragkiadaki & Strauss, 2011). Estas autoras identificaram respostas emocionais mistas, tais como ansiedade face ao impacto que o fim do processo poderá ter no paciente e tristeza devido à separação, especialmente quando foi estabelecida uma boa relação terapêutica. Foram, ainda, identificadas respostas emocionais como satisfação face ao progresso e ao cumprimento de objetivos pré-estabelecido, e alívio aquando de casos emocionalmente mais exigentes e desafiantes. Os dados do estudo remetem para uma valência positiva e, simultaneamente, negativa do fim dos processos terapêuticos, o que não se mostrou tão frequente em casos de perda por suicídio e morte natural ou por doença. Neste sentido, Turtle (2019), através de um estudo qualitativo com psicólogos clínicos, constata que a alta clínica pode ter um impacto misto nos profissionais. A autora refere o surgimento de respostas emocionais de tristeza e a perceção de objetivos cumpridos. No mesmo sentido, Baum (2006) constata que a perceção de objetivos cumpridos tem impacto nas respostas emocionais dos psicólogos, em que estes reportaram sentimentos mais positivos face a si mesmo e à sua competência profissional.

A complexidade e a ambivalência das respostas emocionais e o impacto da alta clínica (Fragkiadaki & Strauss, 2011; Turtle, 2019) remete para próprio debate acerca das conceptualizações sobre o fim de um processo psicoterapêutico, em que sentimentos de tristeza e perda vão de encontro à conceptualização do fim de um processo psicoterapêutico como perda (Goodyear, 1981) e as respostas afetivas de alegria e orgulho, a par da perceção de objetivos cumpridos, remetem para a conceptualização do fim como consolidação (Maples & Walker, 2014; Quintana 1983). Isto sugere a importância de integrar a alta clínica como um evento multidimensional que leva os psicólogos clínicos a processos de luto profissional e,

simultaneamente, a um reforço da competência e satisfação laboral (Bamford & Akhurst, 2014).

Dropout como Perda

De acordo com a revisão de literatura realizada, não existe uma conceptualização direta de fins de processos psicoterapêuticos como perda ou associados a processos de luto profissional. No entanto, o abandono prematuro do acompanhamento psicoterapêutico por parte do paciente representa um grande desafio para os psicólogos clínicos. Uma vez que os *dropouts* contribuem para uma redução da satisfação laboral dos psicólogos clínicos, aumentando o risco de *burnout*, pelo que é relevante compreender como são percebidas e vivenciadas pelos psicólogos (Ogrodniczuk et al., 2005; Pekarik, 1985)

Neste sentido, Piselli et al. (2011) coloca o foco, em especial, em casos de *dropout* e como os profissionais experienciam e integram o término prematuro dos acompanhamentos. Os resultados apontam para uma combinação de sentimentos de perda e tristeza, acompanhados de zanga e frustração. Também surgem sentimentos como culpa, arrependimento, confusão e surpresa. Os resultados apontam, ainda, para curiosidade e incerteza em relação ao motivo e do estado do paciente, após o abandono. Por outro lado, Fan et al. (2023), através de um estudo qualitativo com estagiários curriculares que frequentam o mestrado em psicologia clínica, constatou que o *dropout* teve um impacto emocional negativo nos participantes e levou a respostas emocionais como insegurança, preocupação com os clientes e desilusão. Turtle (2019) identifica que os *dropouts* estão associados a respostas emocionais associadas à perda, em que os psicólogos clínicos relataram sentir tristeza aquando deste evento. A autora identifica, ainda, o impacto que o *dropout* teve na competência profissional dos participantes, em que emergiram pensamentos de autocritica. Assim, os resultados revelam uma valência predominantemente negativa, no que diz respeito às respostas emocionais que emergem de *dropout*.

Adicionalmente, os *dropouts* à semelhança das perdas por morte (i.e., suicídio; morte natural ou por doença), mostram ter impacto negativo na competência profissional (Fan et al., 2023; Turtle, 2019). Neste sentido, Young et al. (2012) discutem o papel da competência ética em fins de processos psicoterapêuticos e salientam o dever ético de trabalhar e encerrar os processos psicoterapêuticos com os pacientes. Quando não é possível, podem surgir desafios e dilemas éticos (e.g., tentar contactar o paciente), o que pode comprometer o bem-estar profissional e ético do psicólogo clínico. O foco do *dropout* no impacto emocional e profissional do psicólogo clínico precisa de ser aumentado, mas a literatura (Fan et al., 2023; Ogrodniczuk et al., 2005; Piselli et al., 2011; Turtle, 2019) sugere que os *dropouts* encerram em si uma dimensão de perda e podem ser eventos significativos associados ao luto profissional.

Fatores Mediadores e Estratégias de *Coping* associadas ao Luto Profissional

É importante perceber que fatores podem estar associados às diferenças que existem nas reações, emoções e sentimentos que surgem face cada uma perda, para melhor caracterizar o luto profissional. Neste sentido, Hendin et al. (2004) identificaram como fatores que influenciaram a forma como os terapeutas que experienciaram o suicídio de um paciente o medo de consequências legais (e.g., processo judicial), a falta de apoio da instituição onde terapeutas praticavam a atividade clínica, o insucesso na hospitalização do paciente que terá cometido o suicídio e a percepção de falhas na tomada de decisão relativamente ao paciente e ao processo psicoterapêutico. Adicionalmente, Sandford et al. (2020) concluíram que o receio de litígios judiciais e de serem culpados pelos familiares, aquando do suicídio de um paciente, contribuem para níveis de sofrimento mais elevados. Adicionalmente, Hendin et al. (2004b) identificaram fatores relativos aos terapeutas, como o nível de formação e os anos de experiência no processo de luto profissional. Assim, os terapeutas que ainda estariam em formação e os terapeutas que tinham menos de 15 anos de prática clínica mostraram maiores

níveis de sofrimento psicológico face a terapeutas que já teriam terminado a sua formação e a terapeutas que apresentassem mais do que 15 anos de prática clínica. Por outro lado, o género também teve um papel nas experiências de luto profissional, na medida em que os psicólogos clínicos do género feminino revelam experiências tendencialmente mais intensas e negativas.

No mesmo sentido, Dransart et al. (2013), através de um estudo com profissionais de saúde mental (e.g., psicólogos clínicos; psiquiatras; enfermeiros; assistentes sociais; outros profissionais sem designação específica), identificou como principais fatores protetores o apoio emocional (i.e., os participantes que reportaram menos sofrimento psicológico reportaram maior rede de apoio), a idade (i.e., os participantes mais velhos reportaram menos sofrimento psicológico) e maior número de anos de experiência. Concordantemente, Sandford et al. (2020) refere a idade e os anos de experiência como fator protetor face ao impacto negativo da experiência de suicídio de um paciente, na medida que quando maior for a idade e os anos de experiência profissionais, maior será o efeito protetor destes fatores. Por outro lado, Engler-Gross et al. (2019) identificou a exposição continuada à morte de pacientes com doença terminal e ao sofrimento dos pacientes que acompanham como um fator de risco para sofrimento dos psico-oncologistas, a par do pouco reconhecimento social da perda, para processos de luto mais difíceis e para processos de luto desautorizado.

Quanto às estratégias utilizadas pelos psicólogos clínicos na gestão do luto profissional em casos de morte, Kouriatis e Brown (2011) salientam como principais o apoio e a partilha com a família e amigos, em que os psicólogos clínicos procuram reconectarem-se com outras dimensões da sua vida, a supervisão e o processo psicoterapêutico pessoal, face à gestão do luto profissional relacionado com perdas por morte (i.e., suicídio e morte natural ou por doença). Em concordância, Finlayson e Simmonds (2018) destacam o apoio da equipa e no contexto de trabalho como uma importante ferramenta para ultrapassar o suicídio de um paciente. Os autores mencionam, ainda, tarefas sociais normativas de um processo de luto,

como ir a um funeral ou contactar a família do paciente que faleceu, como estratégias que auxiliam o processo de luto. Também Turtle (2019) identifica a supervisão e o processo psicoterapêutico pessoal do psicólogo clínico como estratégias de *coping* com a morte natural de um paciente. Por sua vez, Hendin et al. (2000) salienta a supervisão e o apoio de colegas como estratégias dos psicólogos clínicos relativamente à perda por suicídio de um paciente.

Adicionalmente, Fan et al. (2023) identificaram principais estratégias a supervisão, intervenção e apoio da equipa e de pares, em casos de perdas por *dropout*. Assim, a supervisão, o apoio da equipa, de amigos e familiares, a psicoterapia pessoal do psicólogo e tarefas sociais normativas de luto são exemplos de estratégias que se mostram comuns às perdas por suicídio, morte natural ou por doença. Relativamente à alta clínica, Norcross et al. (2017) estudam os principais comportamentos dos psicólogos clínicos relativamente a esta etapa. Os autores identificam como mais frequentes tarefas como, por exemplo, o debate aberto acerca das expectativas do paciente após o término do processo, a reflexão acerca do crescimento do paciente e a preparação explícita do fim de acordo com as diretrizes éticas (e.g., espaçamento de sessões; clarificar acordos para posteriores contactos após o fim do acompanhamento). A singularidade entre o presente estudo e os restantes que documentam estratégias que os psicólogos utilizam para lidar com as perdas é a de que os autores identificaram tarefas e estratégias utilizadas ainda durante o acompanhamento. Também Young et al. (2012) salienta a importância da preparação do fim do acompanhamento como um dever ético do psicólogo clínico e descreve tarefas essenciais para que sejam cumpridos todas as diretrizes éticas e acrescenta o desafio ético de casos em que não foi possível fazê-lo. Isto sugere uma maior necessidade de estratégias aquando perdas associadas a impactos emocionais mais intensos e negativos (e.g., perdas por suicídio; perda por morte natural ou por doença; perda por *dropout*), do que quando ocorre uma perda por alta clínica, caracterizada por respostas de valência mais positiva e emocionalmente menos impactantes.

Relação Terapêutica como Fator Mediador

A par da idade e dos anos de experiência, a relação terapêutica é frequentemente apontada como um fator de relevância para o impacto da perda de pacientes e para a gestão do luto profissional nos psicólogos clínicos (Sandford et al., 2020). Baum (2006) é um contributo para a compreensão da relação terapêutica como fator influenciador das vivências de perdas dos pacientes. Ao questionarem os participantes acerca da dificuldade do fim do tratamento e da percepção acerca da qualidade da relação terapêutica, através de uma escala de Likert que classificava a experiência do fim do tratamento entre “muito fácil” e “muito difícil” e a importância da relação terapêutica entre “baixa” ou “alta”. Os autores concluíram que a relação terapêutica teve um papel fundamental no impacto que o fim do processo terapêutico teve nos psicólogos. Assim, quanto mais importantes os participantes perceberam as relações terapêuticas, mais impactante foi o processo de término do tratamento. A autora não faz referência à relação entre a valência do impacto da relação terapêutica e à valência das respostas emocionais que surgiram.

No entanto, Fragkiadaki e Strauss (2011) constatam que o tipo de relação terapêutica estabelecida entre terapeuta e paciente prediz o impacto que o fim do processo psicoterapêutico no terapeuta. Os terapeutas que perceberam uma relação terapêutica de maior proximidade e ligação emocional experienciaram sentimentos mistos face à alta clínica de um paciente, em que surgiram respostas emocionais como tristeza e felicidade. Por outro lado, os terapeutas que pressionaram a relação terapêutica como instável e de menor proximidade emocional relataram respostas emocionais como fracasso, insegurança face à competência profissional e de preocupação, o que sugere a percepção de perda do paciente para o psicólogo clínico. Contudo, um dado relevante para o papel da relação terapêutica em casos de alta clínica é a percepção de que a relação terapêutica não termina com o processo. Lee et al. (2021) e Turtle (2019) documentam que os participantes que perceberam uma relação terapêutica de proximidade

e estável não descreveram o momento da alta como o fim do processo como o fim da relação. Estes dados (Fragkiadaki & Strauss; Lee et al., 2021; Turtle, 2019) vão de encontro ao debate sobre a alta clínica enquanto processo de luto ou transformação, em que, por um lado, a alta clínica é considerada uma perda e, por outro lado, é uma etapa de consolidação do trabalho psicoterapêutico (Quintana, 19993).

No que diz respeito à importância na relação terapêutica na vivência das perdas de pacientes, Dwyer et al. (2012) refere que esta representa um papel essencial no impacto emocional da morte natural de um paciente. No entanto, a autora acrescenta que o impacto e o processo de luto mais intensos associados a uma relação de maior proximidade é normativo. Também Fan et al. (2023) vão de encontro a este resultado, em que os autores estudam casos de *dropout* e verificaram que estes eventos revelam impacto emocional mais intenso quando os participantes (i.e., estagiários de psicologia) perceberam uma relação terapêutica estável e bem estabelecida. A percepção sobre a relação terapêutica, bem como a sua vivência, remete para a importância da relação terapêutica na própria vivência das perdas, acrescentando que o seu papel no impacto emocional e nas respostas afetivas é normativo.

Objetivos e Questões de Investigação

O presente estudo tem como finalidade compreender como são as experiências de luto profissional nos psicólogos clínicos portugueses, uma vez que as perdas associadas a fins dos processos psicoterapêuticos têm impacto na vida profissional e pessoal dos psicólogos clínicos. Neste sentido, as questões de investigação são: “Que tipo de perdas de pacientes é que os psicólogos clínicos identificam na sua prática clínica?”; “Como é caracterizado o processo de luto profissional dos psicólogos clínicos?”; “Que fatores influenciam o processo de luto profissional dos psicólogos clínicos?” e “Que estratégias são utilizadas pelos psicólogos clínicos para lidar com o luto profissional?”.

O presente estudo tem como principais objetivos identificar os tipos de perdas relacionadas com os pacientes que os psicólogos clínicos acompanham, e caracterizar as experiências de luto profissional destes. Adicionalmente, pretende-se identificar os fatores mediadores e estratégias de *coping* associados às experiências de luto profissional dos psicólogos clínicos.

Método

Participantes

A amostra é constituída por 15 participantes, dos quais três são do sexo masculino e 12 são do sexo feminino. As idades dos participantes situam-se entre os 26 e os 54 anos ($M = 38.20$, $DP = 10.27$). Todos os participantes têm formação em psicologia clínica e da saúde e encontram-se no ativo. Como ilustrado na Tabela 1, foram recolhidos ainda dados sociodemográfico como as habilitações literárias, número de anos de prática clínica, contexto de trabalho, orientação teórica e formações adicionais.

Tabela 1

Caracterização da Amostra

Participantes	Sexo	Idade	Habilitações Literárias	Formações Adicionais	Prática Clínica (anos)	Contexto de Trabalho	Orientação Teórica
1	Feminino	54	Doutoramento	Grupanálise e psicoterapia de grupo	29	Hospitalar e privado	Dinâmico
2	Feminino	29	Mestrado	Luto	5	Hospitalar e privado	Integrativo
3	Feminino	37	Mestrado	Psicoterapia cognitivo-comportamental	13	Escolar e privado	Cognitivo-comportamental
4	Masculino	49	Mestrado	Luto Cuidados Paliativos	5	Hospitalar e privado	Integrativo relacional
5	Feminino	29	Mestrado	Terapia cognitivo-comportamental	4	ONG e privado	Integrativo
6	Masculino	54	Licenciatura Pré-Bolonha	Psicoterapias breves	29	Hospitalar e privado	Dinâmico

7	Masculino	47	Mestrado	Intervenção neuropsicológica	4	Privado	Integrativo
8	Feminino	46	Licenciatura Pré-Bolonha	Não aplicável	15	Privado	Cognitivo-comportamental
9	Feminino	41	Mestrado	Luto	11	Hospitalar e privado	Cognitivo-comportamental
10	Feminino	30	Mestrado	Intervenção neuropsicológica	7	Cuidados continuados	Sistémico
11	Feminino	28	Mestrado	Terapia de casal e sexologia	5	Lar de idosos e privado	Cognitivo-comportamental
12	Feminino	45	Licenciatura Pré-Bolonha	Não aplicável	23	Lar de idosos	Cognitivo-comportamental
13	Feminino	26	Mestrado	Coaching psicológico	4	Hospitalar e privado	Cognitivo-comportamental
14	Feminino	31	Mestrado	Terapia cognitivo-comportamental	5	Privado	Cognitivo-comportamental
15	Feminino	27	Mestrado	Psicologia do desporto	4	Lar de idosos e clube de futebol	Cognitivo-comportamental

Material

A recolha de dados ocorreu através de uma entrevista semiestruturada baseada nos estudos de Darden e Rutter (2011) e Piselli et al. (2011), adaptados aos objetivos da presente investigação. O guião de entrevista divide-se em três blocos temáticos: (1) Tipos de Perdas; (2) Características da Experiência de Perdas; (3) Fatores Mediadores e Estratégias de *Coping* associadas à Perda. No início de cada entrevista, após o agradecimento, foram recolhidos dados sociodemográficos do participante.

O primeiro bloco foca-se nas perdas associadas aos pacientes que os participantes percecionam na sua prática clínica, bem como a forma e a frequência em que estas ocorrem. O objetivo é compreender o que os participantes consideram uma perda no seu trabalho clínico, bem como a frequência com que se deparam com estas perdas ao longo da sua atividade profissional.

O segundo bloco visa conhecer as experiências de luto profissional do participante, relativamente às perdas associadas ao seu trabalho clínico. Neste bloco são exploradas quatro

tipo de perdas específicas: alta clínica; *dropout*; morte natural/por doença e suicídio de pacientes. São explorados a forma como o participante vivencia estas perdas, o significado que lhes atribui e os pensamentos e sentimentos que surgem/surgiram face a estas perdas.

O terceiro bloco foca-se nos fatores e nas estratégias de *coping* que os participantes identificam em relação à experiência das perdas e de que estes influenciam o processo de luto profissional.

Por fim, deu-se a conclusão da entrevista, com o agradecimento ao participante e disponibilização de contactos de apoio/accompanhamento psicológico. No final da entrevista foi, novamente, lembrado a possibilidade de acesso aos principais resultados do estudo bem como a disponibilidade do investigador para responder a qualquer questão.

Procedimento

Recolha de Dados

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Foram contactadas associações relacionadas com o luto, hospitais, juntas de freguesia, lares de idosos e clínicas privadas para a divulgação da presente investigação e recrutamento de participantes. Foi divulgado um *link* onde quem estivesse interessado em participar deixaria o nome e o *e-mail* para que fossem contactados, posteriormente, pelo investigador via correio eletrónico. Assim, os participantes tinham acesso a informação detalhada acerca do estudo, ao consentimento informado e a informações diretamente relacionadas com a entrevista (e.g., formato; data e hora). Foi, ainda, utilizado o método “bola de neve”, em que o *link* terá sido partilhado de pessoa em pessoa. Os critérios de inclusão dos participantes no presente estudo foram: (1) ser psicólogo clínico; (2) ter, pelo menos, vinte e cinco anos de idade; (3) encontrar-se a exercer; (4) ter experienciado a morte de um paciente; (5) ter nacionalidade portuguesa e falar fluentemente português.

Os participantes leram a folha explicativa e o consentimento informado previamente à realização da entrevista. Estes continham informações detalhadas acerca do estudo, bem como informações acerca da instituição de ensino, nome do investigador e orientador do estudo e respetivos contactos, informações acerca da entrevista, confidencialidade, critérios de inclusão e desistência.

As entrevistas foram realizadas remotamente, através das plataformas *Zoom* e *Skype*. Cada entrevista foi gravada, de modo a facilitar a transcrição dos dados. Estas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e tiveram uma duração entre 17 e 103 minutos ($M = 41.73$ minutos, $DP = 23.13$). Ao longo de toda a entrevista, o bem-estar dos participantes esteve sempre em primeiro lugar, pelo que as perguntas foram cuidadosamente colocadas e foram respeitados qualquer limite e desconforto do participante. Após o agendamento de cada entrevista, deu-se a sua realização, com recurso ao guião de entrevista semiestruturado.

Adicionalmente, ao longo de toda a análise dos dados foi mantida a confidencialidade das entrevistas, através da não recolha de dados identificativos de cada um dos participantes e/ou outros mencionados ao longo da entrevista. A cada uma das transcrições foi atribuído um código, de forma a eliminar a possibilidade de identificação do participante.

Análise de Dados

As entrevistas foram transcritas na sua totalidade e analisadas com recurso ao software QSR NVIVO 14 para Windows. As entrevistas foram transcritas integralmente e foram codificadas. Os dados foram analisados de acordo com as etapas descritas pela abordagem de Análise Temática (Braun & Clarke, 2006) (i.e., familiarização com os dados; gerar códigos; procurar por temas; rever temas; definir e nomear temas e produção de relatório). Adicionalmente, 20 por cento dos dados foram analisados por um investigador independente, tendo-se discutido de forma consensual a codificação dos mesmos, e os dados apresentam

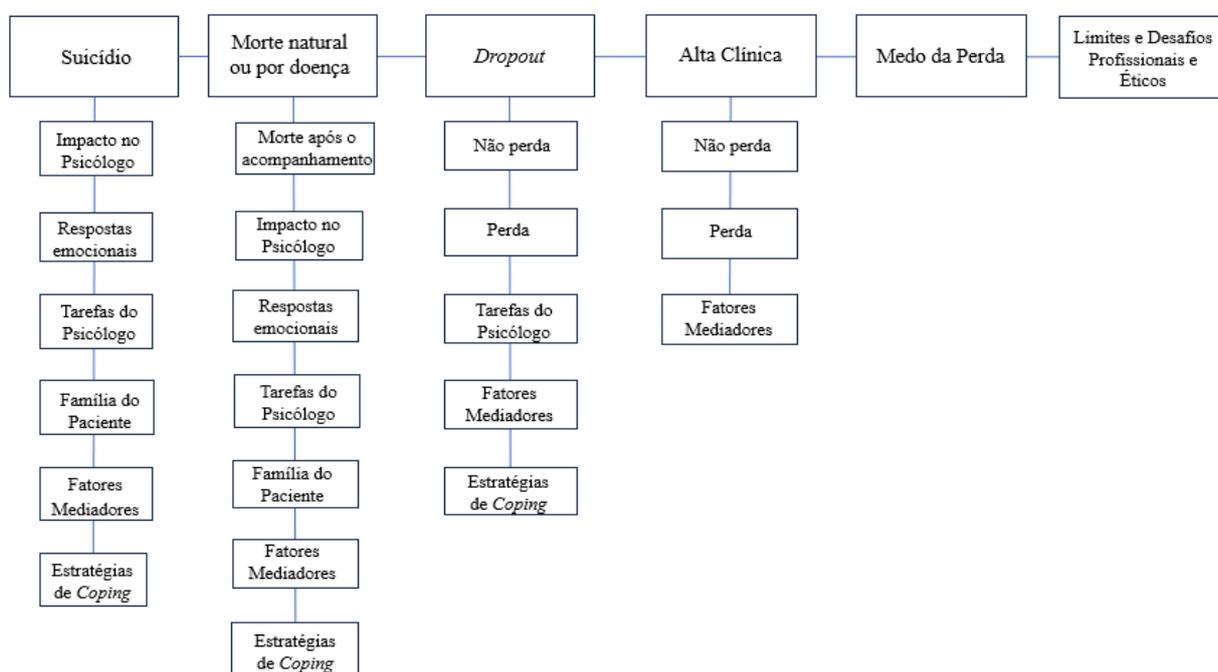
saturação teórica, de forma a garantir o rigor científico. Posteriormente, após familiarização com os dados e seguindo-se um dos passos da Análise Temática, procedeu-se à sua recodificação e reorganização em categorias. Por fim, as categorias foram agrupadas por temas e foram nomeadas.

Resultados

A análise de dados resultou em 6 temas: Alta clínica; Suicídio; Morte natural ou por doença; *Dropout*; Medo da perda; Desafios e imites profissionais e éticos, tal como está representado na Figura 1.

Figura 1

Temas e subtemas do Luto Profissional



Tema 1 – Suicídio

O tema está relacionado com a perda por suicídio, em que quatro participantes relataram as suas experiências com o suicídio de pacientes. Destes relatos resultaram cinco subtemas: “Impacto no psicólogo”; “Reações Emocionais”; “Tarefas do Psicólogo”; “Família do Paciente”; “Estratégias”; “Fatores Mediadores”.

Subtema “Impacto no psicólogo”

Todos os participantes descreveram o suicídio de um paciente como um evento muito impactante e traumático. Dois participantes referem ter pensamentos intrusivos sobre o evento, *“até lhe posso dizer que criei imagens dentro de mim da família a participar-nos “olhem, veio a casa, estava na casa...” a descrição que nos deram, “e pegou na arma que tinha, nós não demos conta que o revólver tinha desaparecido...” (...) Parece que criei uma imagem da pessoa caída com um tiro na cabeça... foi chocante.”* (P8), *“Depois há um que é muito mais impactante e muito mais difícil de lidar que é o suicídio.”* (P9), e *“Já não me recordo assim muito bem, mas eu acho que passei praticamente um mês com flashbacks, vinha-me a imagem da cara dela. E durante o dia, fazia as minhas coisas, mas de vez em quando aparecia esta memória.”* (P9).

Subtema “Reações Emocionais”

Engloba os sentimentos e emoções que surgiram nos participantes com o suicídio de um paciente. Três participantes sentiram tristeza, *“Logo à cabeça, uma angústia total, uma tristeza (...)”* (P1). Dois participantes sentiram culpa, *“(...) havia uma parte de mim que se responsabilizou pelo que aconteceu”* (P9), *“Portanto, uma angústia, uma tristeza, culpa...”* (P1). Dois participantes sentiram choque, *“E foi um choque de realidade, entende? Foi um choque de realidade, foi perceber que estas coisas não acontecem só nos livros. Que, na realidade, estas coisas que nós estudamos nos livros, acontecem em pessoas e que todos nós somos pessoas.”* (P8). Um participante referiu ter sentido raiva, *“Raiva, revolta”* (P1).

Subtema “Tarefas do Psicólogo”

Descreve as tarefas dos psicólogos quando ocorre um suicídio de um paciente. Assim, dois participantes referiram questionar a sua competência profissional, *“Ou seja, havia uma parte de mim que se responsabilizou pelo que aconteceu, de “onde é que eu fui incompetente?”, porque aliás, esta pessoa... nós estávamos a trabalhar questões de ansiedade e de dificuldades de ligar do trabalho para casa.”* (P9). Dois participantes relataram procurar

respostas, *“Claro que eu penso “será que não se sentiu à vontade?”, mas então porque é que continuava a ir...?”* (P9). Dois participantes destacaram a aceitação da perda, na medida em que ficaram perguntas por responder e que não é possível controlar estes eventos, *“Apesar de, de vez em quando, ainda me lembrar dela nesses quinze dias, acabou por ser, gradualmente um reequilíbrio e uma aceitação de que, efetivamente, nós não temos esse controlo nem essa responsabilidade.”* (P9). Um participante referiu a aprendizagem com o suicídio de um paciente e como este evento permitiu o desenvolvimento profissional enquanto psicólogo clínico, *“Deixou-me mais sensível, mais empática, com mais respeito pelas partilhas dos clientes, não “ah, está a dizer isto, check”, menos factual, com mais respeito pelas partilhas e as queixas dos pacientes. Foi o impacto que teve em mim foi que fiquei mais empática.”*

Subtema “Família do Paciente”

Refere-se às tarefas associadas à família do paciente. Dois participantes referiram contactar com a família do paciente, *“Depois, estive com o marido e pronto. Felizmente foi uma pessoa – ele também já estava a ser seguido por uma psicóloga -, mas realmente queria saber o que é que tinha acontecido com a esposa. (...) E, de alguma forma, foi algum alívio para ele, porque também pretendia... ou seja, não recebeu nenhuma explicação porquê, não é?”* (P9). Um participante disponibilizou acompanhamento à família, *“(...) Dizendo-lhe como é que soube, lamentar, ouvi-la um bocadinho, prestar as minhas condolências à família e acima de tudo apresentar a disponibilidade da equipa toda no apoio à família, sem formalidades e burocracias, uma vez que nós tínhamos uma equipa multidisciplinar disponível para apoiar a mãe, o irmão, o avô e quem mais esteja implicado no processo.”* (P1).

Subtema “Fatores Mediadores”

Refere-se aos fatores que os participantes identificaram como influenciadores na forma como vivenciaram a perda de um paciente por suicídio.

Sub-subtema “Fatores do Psicólogo”. Todos os participantes referiram a experiência como fator, na medida em que menos experiência tornou a perda mais difícil, *“Depois comecei a perceber que trabalhar com este tipo de população havia esta probabilidade, mas ao princípio aquilo foi pesado. Eu era mais nova, não tinha muita experiência, aquela visão muito cor-de-rosa, mas a taxa de suicídio existe”* (P9), na medida em que a experiência pode auxiliar o psicólogo a lidar com esta vivência, *“Ainda para mais, tive uma longa experiência depois, a toxicod dependência e depois o meio prisional. Deu-me imenso traquejo a lidar com perturbações de personalidade graves. Eu trabalho muito o suicídio nas psicoterapias.”* (P6).

Sub-subtema “Fatores do Paciente”. Um participante referiu a percepção de mudança do paciente durante o processo psicoterapêutico como um fator que intensificou o impacto da perda por suicídio, *“E ela estava estável, tinha conseguido entrar para a faculdade, inscreveu-se para tirar a carta, esta era a informação que ela tinha trazido e que foi sendo trabalhada. Uma maior estabilidade comparativamente a quando começou o tratamento em individual, uma coisa muito diferente. Não digo o oposto, mas num bom caminho, sólido, coisas concretizáveis”* (P1), e *“Este foi realmente O caso, A perda, se podemos dizer assim por excelência, que teve impacto muito grande em mim, nada fazia prever...”* (P1).

Sub-subtema “Forma de suicídio violenta”. Dois participantes identificaram a forma de suicídio violenta como um fator que intensificou o impacto do suicídio de um paciente, *“Foi com um revólver, assim uma coisa muito violenta. Acho que foi uma cena violenta e chocante. Quer para nós, corpo técnico, quer para a família.”* (P8) e *“Portanto, foi de facto brutal, como isto aconteceu. Ela foi encontrada pelo irmão na casa de banho da casa deles, enforcada. Ela enforcou-se na casa de banho onde vivia com a mãe e com o irmão”* (P1).

Sub-subtema “Relação Terapêutica”. Dois participantes referiram a relação terapêutica como um fator que influenciou a vivência do suicídio, em que uma relação terapêutica de proximidade intensificou os sentimentos que surgiram, *“Portanto, se eu não*

estivesse estabelecido uma relação com aquela jovem mulher, não tinha sido tão intenso o que eu senti. A perda dela, a ausência dela, não ter a oportunidade de poder continuar a segui-la, até ao desfecho daquele acompanhamento, e perceber se faria sentido continuar ou não, noutras moldes, acompanhá-la no percurso de vida que ela estava a fazer, e que estava num bom caminho...” (P1) e *“E isso deixou-me triste, porque ainda convivi com ele, nós convivíamos em regime de internamento, portanto cria-se ali uma relação de muita proximidade.”* (P8). Por outro lado, um participante referiu uma relação terapêutica que não foi estabelecida atenuou o impacto do suicídio, *“Lamentamos sempre a perda de uma vida humana, obviamente, mas ainda não se tinha estabelecido ainda uma relação terapêutica.”* (P1).

Subtema “Estratégias de coping”

Refere-se às estratégias utilizadas pelos participantes quando ocorreu o suicídio de um paciente. Todos os participantes identificaram estratégias. Dois participantes referiram a partilha com a equipa e colegas como estratégia para lidar com as reações emocionais e impacto do suicídio, *“E aqui há uma grande vantagem que é a equipa. É por isso que eu sou muito agarrado à enfermeira, é por isso que eu sou muito agarrado aos médicos, trabalhamos todos o sofrimento. Que seria completamente diferente de uma privada, nunca tive (graças a deus), “morreu-me um cliente e não tens ninguém”.* (P6) e *“E o apoio da própria equipa, da minha equipa. Isto foi falado nas nossas reuniões de equipa, foi muito importante, com a presença do colega que a seguiu na consulta de psiquiatria. (...) O espírito de equipa vê-se nos bons e nos maus momentos e foi muito importante também. A equipa toda, os colegas, os colegas e amigos, os amigos... tudo isto ajudou a arrumar tudo.”* (P1). Três participantes referiam o processo psicoterapêutico individual como uma estratégia, *“(...) arranjei umas sessões com o meu grupanalista, individuais, para falar deste episódio. Poucas sessões, mas precisava de ventilar.”* (P1), e *“Eu acho que a nossa terapia individual ou nosso processo de*

desenvolvimento pessoal, é, sem dúvida uma questão, que pode ou não ter diretamente a ver... ou seja, podemos trabalhar questões, mas que não tem a ver com a morte.” (P9).

Tema 2 – Morte natural ou por doença

O tema “Morte natural ou por doença” prende-se com as vivências dos psicólogos clínicos relacionadas com as perdas de pacientes por morte natural ou por doença. Assim, surgem sete subtemas: “Morte após o término do acompanhamento”; “Reações emocionais”; “Impacto no Psicólogo”; “Tarefas do Psicólogo”; “Família do Paciente”; “Fatores Mediadores”; “Estratégias de *coping*”.

Subtema “Morte após o término do acompanhamento”

O subtema “Morte após o término do acompanhamento” refere-se às perdas por morte natural ou por doença, após o processo psicoterapêutico ter terminado. Três participantes relataram a perda por morte natural ou por doença de um paciente após o fim do processo psicoterapêutico. Três participantes descreveram o impacto da perda como “menos impactante” do que se a perda tivesse ocorrido durante o acompanhamento, *“Faria (diferença), porque o meu acompanhamento era mais próximo, porque estamos habituados a lidar com a pessoa na prática, temos sessões marcadas com elas, temos coisas no nosso dia a dia, é diferente. Muito diferente.”* (P3). Surgiu o sub-subtema “Reações emocionais” mencionado pelos três participantes. Todos os participantes sentiram tristeza, *“Senti alguma tristeza por já ter ido, mas que estava tudo certo.”* (P3). Dois participantes descreveram um sentimento de completude, na medida em que fizeram tudo o que podiam pelo paciente, pois o acompanhamento havia terminado, *“Ao mesmo tempo, também foi satisfação, dever cumprido, de missão cumprida.”* (P7) e *“Senti que o trabalho estava feito.”* (P3).

Subtema “Reações Emocionais”

O subtema “Reações emocionais” refere-se aos sentimentos e emoções que surgiram com a morte natural ou por doença de pacientes que ainda estavam em acompanhamento. Onze

participantes sentiram tristeza, “*Nestas situações, tristeza, sem dúvida... é muito triste.*” (P11). Quatro participantes sentiram pena, “*Volto a dizer, eu não queria dizer tristeza, porque acho que requer um grau de afeto maior, mas qualquer coisa mais do gênero... uma pena, uma certa compaixão, talvez...*” (P10). Três participantes referiram um sentimento de incompletude, na medida em que o processo psicoterapêutico ficou incompleto, “*Sinto que muita coisa poderia ter sido feita, mesmo. Frequentemente. Mas não sinto que muita coisa ficou por fazer.*” (P4) e “*Se sinto que poderia ter feito mais, às vezes é mais difícil de lidar com esses sentimentos (...)*” (P2). Três participantes sentiram surpresa, mesmo quando a perda era expectável, “*Bom, inicialmente, às vezes fico surpreendido, como se não estivesse à espera.*” (P4) e “*Senti-me surpresa, uma surpresa esperada, mas surpresa.*” (P5). Dois participantes sentiram culpa, “*Há aquele sentimento de culpa de não se ter ido logo ver ou de porque é que naquele momento fui almoçar e não a seguir?*” (P12) e “*Lá está, não é propriamente um sentimento de culpa nem remorso, porque eu acho que isso são palavras muito pesadas, mas acaba por ser.*” (P2). Dois participantes referiram sentir tranquilidade, “*Quando vemos pacientes naquele estado, num estado muito terminal, e o sofrimento é tão atroz e a dificuldade em ultrapassar cada dia é tão grande, que foi quase como um sentimento de paz que me inundou.*” (P5) e “*e ela conseguir olhar para trás e conseguir sorrir para a vida que teve... ou seja, ela vai tão apaziguada que eu diria que também é muito mais fácil para quem fica, ficar apaziguado com isso.*” (P9). Dois participantes revelaram sentir saudade, “*Realmente se eu pensar sobre ter saudades de alguém, se calhar colocaria essa doente.*” (P9) e “*reflito sobre essa perda, posso elaborar, alguma espécie de saudade (...)*” (P4).

Subtema “Impacto no Psicólogo”

O subtema “Impacto no Psicólogo” relaciona-se com o impacto sentido pelos participantes com a perda de um paciente por morte natural ou por doença enquanto o acompanhamento estava ativo. Oito participantes descreveram o impacto da morte de um

paciente, em que seis participantes referiram que a morte natural ou por doença de um paciente é impactante, *“Foi muito estranho, porque eu só soube quando fui ao internamento para a nossa sessão e vi a cama vazia e aí é que me disseram que a paciente tinha falecido, ainda ninguém me tinha informado. E na verdade... Claro, é um impacto muito grande (...)”* (P5). Dois participantes descrevem a morte de um paciente como moderadamente impactante *“Claro que há sofrimento, mas sinto que ainda assim tenho uma relação muito saudável com a morte. E, nesse aspeto, sinto menos necessidade de pedir apoio, nessa parte da perda.”* (P13).

Subtema “Tarefas do Psicólogo”

No que toca ao subtema “Tarefas do Psicólogo”, este relaciona-se com as tarefas que nove participantes relatam quando ocorre a morte natural ou por doença de um paciente. Cinco participantes questionam a sua competência, *“E eu acho mesmo muito importante, porque são bons momentos de reflexão sobre aquilo que é a nossa prática, sobre aquilo que fizemos e que queremos fazer. Seja de um ponto de vista das ferramentas e da própria qualidade do acompanhamento, seja mesmo em termos mais amplos sobre aquilo que queremos fazer”* (P2), e *“E quando refleti sobre isso é que realmente constatei que, realmente, tinha sido uma conversa de fim de vida. E essas coisas marcam, porque era nova na unidade, pensei muito se teria dado acompanhamento aquela pessoa da forma que ela precisava.”* (P10). Cinco participantes mencionaram a tarefa de aceitação da perda, *“Acho que me levou a entender que o importante é o que podemos fazer enquanto podemos fazer. Quando já não podemos fazer nada, temos de aceitar que já não podemos fazer nada. Mas que foi importante e foi relevante para a pessoa, naquela altura.”* (P7), e *“Não nos esquecemos de quem lá esteve antes e dos antes e dos antes, mas conseguimos começar a fazer aqui, de alguma maneira, o nosso luto. Começamos a fechar as nossas caixinhas, a sararmos algumas feridas”* (P12). Três participantes descreveram a funcionalidade profissional como uma tarefa, salientando a importância de preservá-la, *“E, obviamente, que me custa e há um luto para fazer, e fá-lo-ei.”*

Mas parte de mim precisa de estar funcional para a consulta da hora seguinte” (P4), e “Também o contexto nos ajuda a não ficarmos tão presos naquela perda. Portanto, vamos abrir a porta e cuidar dos outros que estão à nossa espera. Há aquele respirar fundo e agarrar em nós, porque os outros precisam e de alguma maneira ajudam-nos. As vidas que temos aqui para cuidar ajudam-nos a superar determinadas perdas.” (P12).

Subtema “Família do Paciente”

Relaciona-se a com as tarefas associadas às famílias dos pacientes que faleceram por morte natural ou por doença. Assim, seis participantes abordaram este tema. Quatro participantes referem contactar a família quando um paciente morre naturalmente ou por doença, “(...) se for alguém cuja família eu conheço ou eu próprio esteja a acompanhar, eu vou fazer questão de ter contacto pessoal com a família, “Soube agora, lamento imenso. Talvez ainda não seja o momento, mas eu estava a acompanhar o pai, como sabe. Se necessitar, estamos cá. Estou aqui para vocês, ao vosso ritmo e às vossas necessidades” (...).” (P4). Dois participantes referem disponibilizar acompanhamento psicológico à família, “Se eu estiver a tratar de um doente, também os meus recursos ficam disponíveis para ajudar um familiar em consulta de luto, se for caso disso.” (P4), e “Por exemplo, tive uma utente em que aconteceu isto, já estava numa situação muito grave (...). E depois comecei a acompanhar a filha.” (P13). Dois participantes referiram empatizar com o sofrimento da família, “É mesmo pessoal, quando alguém vem com esse tipo de notícias, obviamente que me impacta. Não só isso, como aquela questão da família alargada que, mesmo não sendo meus pacientes, eu já os terei conhecido. Portanto, as dores deles também vêm para mim. P4.” (P4), e Um participante referiu que o contacto com a família dificulta o processo de luto, “E acho que pode ser mais difícil quando há envolvimento com a família. Porque quando há envolvimento com a família, nós podemos fechar tudo numa gaveta. Quando há envolvimento com a família, é o ter de enfrentar essa perda.” (P13).

Subtema “Fatores Mediadores”

O subtema “Fatores Mediadores” relaciona-se com fatores que os participantes identificaram como influenciadores na forma como vivenciaram a morte natural ou por doença de um paciente.

Sub-subtema “Fatores do Psicólogo”. Nove participantes mencionaram “Fatores do Psicólogo”. Quatro participantes identificaram a exposição do psicólogo como um fator que atenuou o impacto da perda por morte natural ou doença de um paciente, *“Eu acho que a exposição, de alguma forma, nos torna mais capazes de gerir as coisas.”* (P11), e *“A vida ou a morte de alguém nunca pode ser levada de uma forma leve. Mas a verdade é que quando, semanalmente quase, acompanhamos alguém que morre temos de arranjar aqui mecanismos que por vezes nos tornam um bocadinho mais frios...”* (P10). Três participantes identificaram características pessoais do psicólogo como um fator que tem influência nas vivências das perdas de pacientes por morte natural ou doença, *“Acho que, no meu caso, acho que tenho uma boa gestão do processo de luto, em geral. Quer de pessoas próximas... Claro que há sofrimento, mas sinto que ainda assim tenho uma relação muito saudável com a morte. E, nesse aspeto, sinto menos necessidade de pedir apoio, nessa parte da perda.”* (P13) e *“Depois, obviamente os nossos recursos internos e a forma como lidamos e de integrar estas situações, haver espaço para pensar estas situações.”* (P2). Três participantes referiram a partilha com a equipa e colegas como um fator que auxilia o processo de luto associado à perda por morte natural ou doença, *“Estes fatores são dois fatores protetores, a colega e a equipa”* (P11), e *“Depois outros fatores que são protetores e que ajudam, este trabalho em equipa e este suporte emocional por parte das colegas também foi muito importante na altura.”* (P5). Três participantes referiram a área de formação, *“Então, acho o facto de que a minha área de intervenção e de especialização ser o luto é um fator muito protetor. Porque me dá um entendimento sobre o que é natural nestes processos e o facto de trabalhar sobre o luto todos*

os dias tem muita influência na forma como eu lido com os meus próprios lutos, sejam profissionais ou pessoais.” (P2), e “E aí, sem dúvida alguma, que uma formação específica para o luto ajuda a perspetivar a olhar para as coisas.” (P9). Três participantes mencionaram o histórico de perdas pessoais como um fator influenciador da forma como vivenciaram a morte de pacientes. Dois participantes referiram que a perda de um familiar dificultou o processo de luto relativo à perda de um paciente, “Uma das coisas que me influenciou, numa questão de particularidade pessoal, e não foi de todo um fator protetor no luto profissional quando eu estava ainda a trabalhar no lar foi a morte do meu avô.” (P11), e um participante referiu que a perda significativa de um familiar atenua o impacto da perda de um paciente, “Claro que não vou comparar a morte de um pai com a morte de um paciente, mas uma pessoa fica mal e vai com certeza intelectualizando e utilizando as suas defesas, mas sempre sabendo que isto faz parte da profissão.” (P6).

Sub-subtema “Fatores do Paciente”. Refere-se aos fatores associados aos pacientes que oito participantes referiram. Quatro participantes mencionaram o estado de doença grave ou terminal, na medida em que foi um fator que influenciou o impacto da perda, “Foi relativamente fácil, porquê? Quando vemos pacientes naquele estado, num estado muito terminal, e o sofrimento é tão atroz e a dificuldade em ultrapassar cada dia é tão grande, que foi quase como um sentimento de paz que me inundou.” (P5), e “Um lado de tristeza e há sempre um pensamento... em alguns casos, como é uma doença oncológica, há sempre uma degradação. Ou seja, muitas vezes começamos com consultas presencias e a pessoa está estável. Depois, começa a ficar mais desgastada e passamos a ter consultas telefónicas porque ela já não consegue ir ao hospital.” (P13). Quatro participantes referiam a importância do acompanhamento para os pacientes, “Torna as coisas um bocadinho mais leves. Sentimos que acompanhámos a pessoa em fim de vida, e sentimos que a própria pessoa fez esse caminho de fim de vida.” (P10), e “Mas aí, nessa altura, foi assim um misto. Claro que é pena a pessoa ter

*morrido, mas, ao mesmo tempo, houve uma certa satisfação, porque percebi que realmente tinha sido muito importante aquela fase de acompanhamento, naquela fase específica da vida da pessoa” (P7). Três participantes mencionaram a percepção de sofrimento do paciente como fator, na medida em que a morte significou o fim do sofrimento para o paciente “*Depende muito, mas muitas das vezes de alívio. No sentido de que se espera que aquela dor tenha sido aliviada. Até porque são pessoas com um sofrimento físico muito, muito grande, não é?*” (P10).*

Sub-subtema “Relação Terapêutica”. Está relacionado com a forma como os participantes perceberam o papel da relação terapêutica nas perdas de pacientes por morte natural ou doença. Assim, onze participantes mencionaram este sub-subtema. Os nove participantes referiram a relação terapêutica de proximidade como um fator influenciador da vivência da perda, na medida em que relações terapêuticas de maior proximidade intensificaram o impacto da perda, “*Não há distância, não há distância física. Mesmo aquela coisa da secretária eu ponho a secretária um bocadinho de lado e coloco-me um bocadinho na esquina para que as pessoas me vejam e eu as veja a elas também. É mesmo pessoal, quando alguém vem com esse tipo de notícias, obviamente que me impacta.*” (P4), e relações de menor proximidade atenuam o impacto da perda, “*É sempre aquela relação que é única e especial e que não vai ser repetida com mais ninguém. Então, a relação se for mais forte e se for um processo mais longo custa mais, se for menos profunda, é menos.*” (P15).

Sub-subtema “Perda esperada”. Relaciona-se com a previsibilidade da morte natural ou por doença de um paciente. Sete participantes mencionaram que o facto de a morte natural ou por doença ser um evento expectável foi um fator que auxiliou no processo de luto, “*Nos outros casos em que é expectável, ali também porque já tenho um bocadinho de mais experiência a trabalhar na unidade... já é um bocadinho mais leve. A morte é sempre morte, não é?*” (P10), e “*No caso de morte desta paciente, que foi a única que tive, eu sinto que este*

luto era muito preparado. Quando eu conheci esta paciente, ela estava mesmo em fase terminal.” (P5).

Subtema “Estratégias de coping”

Foi referido por onze participantes, em que nove participantes identificaram a partilha com a equipa e colegas como estratégia, *“Portanto, as estratégias que nós utilizamos muito é conversar, não ignoramos aquilo, não fingimos que aquilo que não aconteceu. É muito na base das conversas, na partilha de emoções e daquilo que estamos a sentir.”* (P15). Quatro participantes referiram a supervisão e três participantes referiram a intervenção, *“Eu olho para a minha agenda e há cerca de cinco horas entre intervenções e supervisões. É claro que são cinco horas de trabalho, mas também são cinco horas de autocuidado.”* (P5), e *“Felizmente sou psicólogo, nem sempre ajuda, mas felizmente também já fiz psicoterapia, tenho um bom grupo de intervenção e supervisão.”* (P4). Três participantes mencionaram como estratégia o processo psicoterapêutico individual, *“Depois, terapia, penso que é muito importante.”* (P2) e *“Felizmente sou psicólogo, nem sempre ajuda, mas felizmente também já fiz psicoterapia”* (P4).

Tema 3 – Dropout

O tema *“Dropout”* relaciona-se com as experiências de *dropout* de pacientes dos participantes. Tem-se cinco subtemas: *“Não perda”*; *“Perda”*; *“Tarefas do Psicólogo”*; *“Fatores Mediadores”* e *“Estratégias de coping”*.

Subtema “Não perda”

Engloba as vivências dos participantes que não identificam um *dropout* como uma perda associada ao seu trabalho clínico. Neste sentido, dois participantes não consideraram um *dropout* como uma perda de paciente, *“Se o outro clinicamente está estável e até conseguiu antes de terminarmos aquilo que pensamos que seria benéfico para o outro, não considero uma perda. Porque fico bastante contente pelo facto de o*

outro ter conseguido reunir em si determinadas competências e estratégias internas para conseguir melhorar.” (P12).

Sub-subtema “Respostas Emocionais”. Emergiu o sub-subtema “Reações emocionais”, em que um participante refere ter sentido preocupação, *“Acabo por estar mais preocupada com outro e que efeitos é que eu possa ter causado no outro que o levou a não estar e a desinvestir da relação terapêutica. Se calhar, é mais a preocupação.” (P12).*

Subtema “Perda”

O subtema “Perda” refere-se às experiências de dropout dos participantes que percecionaram este evento como uma perda. Doze participantes referiu o *dropout* como uma perda associada ao seu trabalho clínico, *“E depois perdas no sentido dos dropouts, pessoas que deixam de ver, não sei se deixam de ver benefício, mas de certa forma deixam de comparecer às consultas, isso também são perdas.” (P2).*

Sub-subtema “Respostas Emocionais. Doze participantes identificaram os sentimentos e emoções que surgiram quando ocorreu um *dropout* de um paciente. Sete participantes identificaram preocupação, *“esse desaparecimento dessa pessoa, ao início, deu aso a muita preocupação sobre aquilo que estaria a acontecer na vida daquela pessoa.” (P5).* Seis participantes sentiram tristeza, *“Mas sinto-me sempre um bocadinho... Se tivesse de eleger uma emoção, sinto-me triste.” (P11).* Cinco participantes referiram sentir frustração, *“Eventualmente frustração, tristeza, eventualmente... não muito... talvez o principal seja frustração.” (P7).* Quatro participantes mencionaram o sentimento de zanga, *“Por vezes, até fico aborrecida, no sentido de “opá, não se pode confiar em ninguém” chega a haver aqui uma certa zanga.” (P13).* Quatro participantes identificaram o sentimento de incompletude, na medida em que o processo ficou incompleto, *“As maiores perdas, de facto, para mim são as perdas do acompanhamento quando sinto que há muito trabalho que tem de ser feito e fico preocupado.” (P6).* Três participantes referiram sentir impotência, *“É muito na base da*

impotência, a impotência leva-me à frustração (...)” (P8). Três participantes disseram terem sentido insegurança, *“Isso mexe sempre com as inseguranças a nível profissional, isso implica sempre que haja uma reflexão interna (...)*” (P15). Dois participantes identificaram o sentimento de culpa, *“Há sempre uma certa... a culpa.”* (P13).

Sub-subtema “Impacto no Psicólogo”. Sete praticantes mencionaram o impacto da perda por *dropout*. Dois participantes descreveram a perda por *dropout* como impactante, *“Acho que os dropouts são os mais difíceis, ironicamente. Porque há a parte da competência. A minha competência fica em avaliação.”* (P13). Seis participantes descrevem a perda por *dropout* como moderadamente impactante, *“(...) eu considero uma perda mas com uma dimensão e, não sei bem se será esta a palavra, intensidade e impacto diferente do que uma perda por morte.”* (P11)

Subtema “Tarefas do Psicólogo”. O subtema “Tarefas do Psicólogo” relaciona-se com as tarefas que os participantes identificaram quando ocorre um *dropout* de um paciente. Doze participantes mencionaram tarefas, em que dez participantes referiram questionar a sua competência, *“E é uma perda que me faz muito avaliar a minha própria competência e a minha própria prática profissional.”* (P14). Seis participantes dizem respeitar a decisão do paciente, *“Acima de tudo é respeitar aquilo que é o processo do outro e que se eu não me sinto implicada no sentido em que não fiz nada que pudesse ter contribuído para esse dropout, então também tenho o dever de respeitar aquilo que é a decisão do outro.”* (P2). Quatro participantes mencionam a procura de respostas, *“Até hoje, não sei. Lembro-me de comentar com a funcionária, lembro-me que ela até pôs a hipótese “Será que morreu?”. Era muito jovem, tinha 20 e poucos anos. Realmente, é uma hipótese, não é? Senão obtemos uma resposta, temos de por tudo em cima da mesa”* (P1). Quatro participantes dizem aceitar a perda por *dropout*, *“Ao longo do tempo, entrou a aceitação. Ou seja, entrou em mim um lugar de aceitação de que esta pessoa, estando viva ou estando morta, não poderá... quase como se houvesse um bloqueio*

da minha parte, quase como se não permitisse olhar de uma forma tão emocional para isto.” (P5). Três participantes identificaram a tarefa de aprendizagem com o *dropout* de um paciente, “(...) *no entanto também reconheço que, às vezes, essas dúvidas que ficam e que podem ser desconfortáveis, também nos servem para fazer evoluir.*” (P7). Três participantes dizem tentar contactar o paciente, “*Tentei, obviamente, tentar em contacto com ele, via telefónica, até uma carta escrevi, porque tinha a morada, além dos emails, sem qualquer sucesso.*” (P1). Dois participantes mencionaram a funcionalidade profissional do psicólogo, em que os participantes referem a importância de manter e acompanhar novos casos, “*Depois há a versão, de como disse há pouco, são tantos utentes que quando eles desaparecem, mesmo que sejam temporariamente, é um alívio, porque precisamos desses para dar regulares a outros.*” (P13).

Subtema “Fatores Mediadores”

O subtema “Fatores Mediadores” está relacionado com os fatores que os participantes percebem como influenciadores das vivências dos *dropouts* de pacientes.

Sub-subtema “Relação Terapêutica”. Treze participantes referiram a relação terapêutica como um fator influenciador, na medida em que a relação terapêutica de proximidade intensifica o impacto da perda, “*Acho que quanto mais significativas for a relação, mais doloroso vai ser a perda. Quanto mais... não diria quanto mais sessões estivermos com as pessoas. Porque há pessoas que são marcantes. Quanto mais significativa tiver sido a conexão emocional.*” (P13).

Sub-subtema “Fatores do Psicólogo”. Engloba os fatores associados aos participantes que tiveram um papel influenciador na vivência do *dropout* de um paciente. Seis participantes referiram as próprias expectativas, “*Raiva, porque foi um investimento grande, associado a uma expectativa de continuação porque as coisas estavam a correr bem.*” (P1). Quatro participantes mencionaram a experiência do psicólogo, na medida em que menos experiência relaciona-se

com vivências mais negativas do *dropout*, “*Há sempre uma certa... a culpa. Acho que isto acontece principalmente com os profissionais mais novos.*” (P13).

Sub-subtema “Fatores do Paciente”. Nove participantes identificaram a percepção de risco para o paciente como um fator que intensificou reações emocionais negativas, “*Uma das pessoas estava numa situação de grande, grande vulnerabilidade, mais neste âmbito da organização do trabalho, e esse desaparecimento dessa pessoa, ao início, deu aso a muita preocupação sobre aquilo que estaria a acontecer na vida daquela pessoa.*” (P5).

Subtema “Estratégias de coping”

Quatro principais estratégias que os participantes identificaram para lidar com um *dropout* de um paciente. Quatro participantes mencionaram a intervisão, “*Eu faço intervisão com um grupo de colegas. E há sempre alguma coisa que nós sentimos naquela última sessão, uma última mensagem, uma conversa, ou mesmo uma reunião em que eu digo “olha, aconteceu isto e sinto que vai acontecer isto” e eles tentam, novamente, reforçar “olha, mas não é necessariamente que a culpa tenha sido tua de que isto tenha acontecido” (...)*” (P14). Três participantes referiram a supervisão como estratégia, “*E é por isso que nós precisamos de supervisão, de intervisão, de falar com colegas... Colegas de outras especialidades que possam ter outros conhecimentos destes assuntos. O problema é que às vezes não nos informamos antecipadamente.*” (P13).

Tema 4 – Alta Clínica

O tema “alta clínica” prende-se com as vivências dos participantes quando ocorre uma alta clínica. Assim, este tema engloba três subtemas: “Não perda”; “Perda”; “Fatores Mediadores”.

Subtema “Não Perda”

Engloba as percepções dos participantes que não identificam a alta clínica como perda. Quatro participantes referem não perceberem uma alta clínica como perda, “*Não é*

minimamente de perda, é mais o contrário. É de ganho, missão cumprida. Portanto, aí não sinto isso minimamente como perda.” (P7).

Sub-subtema “Respostas Emocionais”. Quatro participantes identificaram os sentimentos e emoções que surgem aquando de uma alta clínica. Quatro participantes referiram sentir realização, *“É uma realização muito grande acompanhar o processo de mudança de uma pessoa do início ao fim é muito muito muito gratificante.”* (P8). Dois participantes dizem sentir felicidade, *“Fico bastante feliz por, de alguma forma, poder ter contribuído para uma melhoria da vida daquela pessoa.”* (P12). Dois participantes mencionam o sentimento de competência que surge quando ocorre uma alta clínica de um paciente, *“Porque significa que tínhamos estes objetivos e eu consegui ajudar a que eles fossem cumpridos. Portanto, cumpro o meu papel de forma positiva e isso traz-me satisfação e confiança para poder continuar com a próxima pessoa.”* (P7).

Subtema “Perda”

É referido por dez participantes e que consideram uma alta clínica como uma perda associada à prática clínica, embora de valência positiva, *“Sim, mas uma perda positiva. Uma perda fofinha. Uma coisa de já me habituei a ver esta pessoa crescer, já me habituei a conhecer a vida desta pessoa. De certa forma, esta pessoa acabou por fazer parte da minha vida, enfim.”* (P4).

Sub-subtema “Reações Emocionais”. Relaciona-se com os sentimentos e emoções dos participantes que percecionam a alta clínica como uma perda. Cinco participantes referiram sentir felicidade, *“sem dúvida, felicidade, claro que fico contente (...)”* (P11). Três participantes dizem sentir orgulho, *“Normalmente sinto-me orgulhosa. Orgulhosa do processo que realizámos em conjunto e daquilo que a pessoa está a conseguir fazer sozinha.”* (P3). Dois participantes mencionam o sentimento de competência, *“É uma perda que traz sentimentos de alegria, de felicidade, de autoeficácia...”* (P11). Dois participantes referem sentir saudade dos

pacientes, “*E há (pacientes), não todos, mas muitos que deixam aquela saudade.*”, e dois participantes referem sentir nostalgia, “*E por isso, acaba por ser uma nostalgia, o lembrar todo o percurso que fizemos, os momentos mais significativos e mais marcantes e ter, por um lado, pena, porque há pessoas que dá mesmo gozo trabalhar.*” (P2).

Sub-subtema “Fatores Mediadores”. É mencionado por treze participantes e refere-se aos fatores que os participantes identificam à perda por alta clínica.

Sub sub-subtema “Relação Terapêutica”. Oito participantes referem a relação terapêutica de proximidade como um fator que influencia as reações emocionais, na medida em ocorre a perda da relação, “*É, porque construiu-se uma relação. (...) nós já estamos à espera de ver essa pessoa com essa regularidade. E, portanto, não havendo, é sempre uma perda.*” (P15).

Sub sub-subetma “Perceção de crescimento do paciente”. Consiste nas perceções de dez participantes acerca do crescimento e mudança do paciente que culmina na alta clínica, “*É muito bonito ver-se e acompanhar-se esta evolução. Fico mesmo muito contente.*” (P4), e “*É uma satisfação muito grande acompanhar o processo de mudança de uma pessoa do início ao fim é muito muito muito gratificante. Ver a pessoa que encontramos no início, totalmente desacreditada, sem esperança, e depois ver o processo evolutivo e depois ver o final, quando a pessoa tem alta terapêutica e compararmos aquilo que a pessoa acreditava sobre si no início do processo e a pessoa que nós naquele momento tínhamos à nossa frente.*” (P8).

Sub sub-subetma “Objetivo do processo psicoterapêutico”. Refere-se à perceção dos participantes de que a alta clínica é o objetivo de qualquer processo psicoterapêutico, “*É de ganho, missão cumprida. Portanto, aí não sinto isso minimamente como perda. É mesmo o contrário. Ganhei alguma coisa, é missão cumprida, é este o objetivo. Iniciar processos de acompanhamento psicológico com as pessoas e chegar a uma conclusão. Definir objetivos, se estamos nessa fase, é porque os objetivos foram definidos.*” (P7).

Sub-subtema “Impacto no Psicólogo”. É mencionado por dois participantes que descrevem a alta clínica como uma perda menos impactante do que as restantes, *“É uma perda, mas em termos de dor é menos doloroso do que o dropout e do que o falecimento.”* (P13).

Tema 5 -Medo da perda

O tema “Medo da perda” refere-se ao medo que os participantes têm face ao suicídio de um paciente, mesmo terem vivenciado essa perda anteriormente. Seis participantes referem sentir medo da perda de pacientes por suicídio, especialmente em processos psicoterapêuticos em que a ideação suicida seja uma temática abordada, *“E ainda mesmo em instantes antes estive a falar consigo, estive em consulta com um paciente em que existe um grande risco de isso acontecer. E por isso, apesar de nunca ter lidado com isso, é um medo muito grande, um cuidado acrescido.”* (P2), e *“Perceber até na ótica de luto antecipatório... espero que não sejam perdas que venham a acontecer, mas sinto que tenho de ter um cuidado muito especial (...).”* (P2).

Tema 6 – Desafios e limites profissionais e éticos

O sexto tema relaciona-se com a perceção dos participantes sobre os desafios limites profissionais e éticos associados às experiências de luto profissional. Assim, nove participantes referem a consciência acerca dos limites profissionais e éticos, bem como da importância de garantir que estes são cumpridos, *“(...) é uma relação profissional, diferente de todas as outras, mas é uma relação profissional.* (P13), e *“às vezes são pessoas com quem acabamos por estabelecer um laço e um carinho e muitas vezes, uma alta implica não termos mais contacto com esta pessoa, porque ao contrário de uma amizade, não podemos mandar uma mensagem “então? Como é que estás?””* (P2).

Um participante referiu o dilema ético sobre o envolvimento pessoal, *“Eu posso estar a ver um paciente hoje, mas se ele aguardar referência, então amanhã está nessa unidade*

de cuidados paliativos e já não vai estar disponível para a minha consulta. E a minha relação com ele, a menos que eu queria envolver-me pessoalmente, vai acabar ali.”, e “Eu já estava à espera, mas ainda assim, eu fiquei muito triste, porque ela estava muito triste. Eu estava no corredor, ela chamou-me, agarrou na minha mão e abraçou-me. Quer dizer, é impossível nós não nos emocionarmos com este tipo de situações. Apela ao humano que há em mim.” (P4).

Um participante referiu o dilema ético após o suicídio de um paciente, *“recebo o email do marido a partilhar comigo que tinha encontrado o meu cartão e a partilhar comigo que a esposa tinha cometido um ato de loucura e que gostava muito de poder marcar uma sessão comigo. (...) aquilo apanhou-me completamente assim... “okay, o que é que raio aqui aconteceu?”, “o que raio faço agora? Falo com o marido, não falo com o marido...?”” (P9).*

Discussão

Os resultados do presente estudo avaliou os tipos de perdas que os psicólogos clínicos identificam na sua prática clínica, caracterizou as experiências a estas associadas perdas e identificou os fatores mediadores e estratégias de coping. Os resultados revelam que o suicídio, a morte natural ou por doença, o *dropout* e a alta clínica podem ser percecionados como perdas pelos psicólogos clínicos. Foi, ainda, possível caracterizar as experiências de luto profissional dos psicólogos clínicos e identificar fatores mediadores e estratégias de *coping* associados a estas.

Perdas por Morte de Pacientes

Quanto à perda por suicídio, os resultados revelam que este evento é percecionado como muito impactante e encontra-se associado a respostas emocionais como tristeza, culpa, choque e raiva. Estes resultados assemelham-se aos resultados do estudo realizado por Hedin et al. (2000), que identificam como principais respostas emocionais choque, culpa, medo de ser culpado por outros, e zanga em terapeutas que perderam um paciente por suicido. Em concordância, Tillman (2006), que conduziu um estudo qualitativo com psicanalistas que

vivenciaram o suicídio de um paciente, identificou como principais respostas emocionais a tristeza, raiva, e medo de ser culpado pela família do paciente, e salienta respostas traumáticas como choque e pensamentos intrusivos associados ao evento (e.g., imagens de uma morte violenta), o que também se verifica nos resultados obtidos.

No presente estudo, o suicídio de um paciente também mostrou ter impacto na competência profissional, na medida em que o evento levou dois participantes a questionarem-se sobre a sua competência. Estes resultados vão de encontro da literatura, na medida em que os psicólogos clínicos tendem a colocar em causa a sua competência profissional e questionaram-se onde falharam no processo psicoterapêutico para que este resultasse no suicídio do paciente (Hedin et al., 2000; Kouriatis & Brown, 2011; Standford et al., 2020; Tillman, 2006). Contudo, os resultados obtidos remetem para a perceção da importância da aceitação da perda e aprendizagem para os psicólogos clínicos, em que as respostas emocionais atenuam-se e os participantes reconhecem que estes eventos levaram a um desenvolvimento e aprendizagem em relação à prática clínica. À semelhança do que se verificou com as restantes perdas (i.e., morte natural ou por doença; *dropout*), os participantes do estudo reconheceram e aceitaram não terem responsabilidade e controlo sobre evento, embora as respostas de culpa e medo de consequências esta tarefa (Darden & Rutter, 2011; Sandford et al., 2020; Sandford et al., 2022).

Os resultados revelam, ainda, que os participantes percecionam a experiência profissional como um fator que influencia o impacto do suicídio de um paciente, em que menos experiência se mostrou um fator que intensifica o impacto negativo deste evento. No entanto, Standford et. al. (2020) através de uma revisão sistemática verificaram que a literatura acerca das experiências de perda de pacientes dos profissionais de saúde não assinala a experiência como fator que influencie o impacto do suicídio, dados que não vão de encontro aos resultados obtidos. Contudo, três dos participantes que passaram por este evento encontravam-se em

início de carreira, o que permite refletir acerca da preparação e formação acadêmica para o suicídio. Binkley e Leibert (2015) concluem que os estudantes que percebem maior preparação teórica e prática para a intervenção no suicídio ao longo da formação acadêmica manifestam menores níveis de ansiedade e maiores níveis de confiança face a este evento. No entanto, a formação e a preparação teórica para a área do suicídio de pacientes ainda se mostra insuficiente ao longo de todo o percurso acadêmico do psicólogo clínico (Darden & Rutter, 2011; Veilleux & Bilsky, 2016). Estes dados podem justificar a discrepância entre os resultados obtidos, em que os participantes do presente estudo fazem referência ao início de carreira, sem mencionar o efeito que mais experiência profissional poderia desempenhar em casos de perda por suicídio.

Quatro participantes vivenciaram a perda de um paciente por suicídio, mas seis participantes revelaram medo de passar por essa experiência, dado que contactam com a ideia suicida na sua prática clínica. Estes dados vão de encontro à literatura que documenta o impacto negativo que a temática tem nos psicólogos clínicos (Barzilay et al., 2021; Ying et al., 2021) e sugerem a vivência antecipatória da perda de pacientes com ideia suicida.

A morte natural ou por doença de um paciente foi considerada uma perda por todos os psicólogos clínicos do estudo. Os participantes identificaram respostas emocionais de tristeza, pena, incompletude, surpresa, culpa, saudade e tranquilidade. Estes resultados vão de encontro a Palmieri (2018) que, através de um estudo qualitativo com psicólogos que experienciaram a morte de um paciente, conclui que podem surgir sentimentos e emoções mistos relativos à morte de um paciente (e.g., tristeza; alívio), em concordância com os resultados obtidos. O sentimento de incompletude e a surpresa, mesmo quando a perda é expectável, mostram-se de acordo com Palmieri (2018), na medida e a autora identifica a sensação de “assuntos por resolver” e a dificuldade na preparação para a perda dos pacientes, mesmo quando esta é evidente. Estes dados apoiam os resultados do presente estudo, em que os participantes

reconheceram a previsibilidade da perda como um fator que atenuou as respostas emocionais e impacto da morte, mas sem afastar o sentimento de surpresa aquando da notícia.

O impacto da morte natural ou por doença foi descrito pelos participantes como impactante ou moderadamente impactante. Comparativamente à perda por suicídio, os resultados sugerem este tipo de perda como menos impactante. No entanto, estes resultados devem ser interpretados com precaução, uma vez que os participantes não foram questionados diretamente acerca das diferenças no impacto em cada tipo de perda e que o número de participantes que perderam pacientes por suicídio é significativamente menor do que o número de participantes que perderam pacientes por morte natural ou por doença. Ainda assim, um dado que permite sustentar esta interpretação é a menor frequência da tarefa “Questionamento acerca da competência”, em casos de perda por morte natural ou por doença, comparativamente a perdas por suicídio ou por *dropout*, o que sugere menor impacto na competência profissional dos participantes. Apesar de proporcionalmente menos frequente, comparativamente às perdas por suicídio e por *dropout*, os participantes questionaram-se acerca da qualidade do acompanhamento disponibilizado ao paciente antes da sua morte. Estes resultados vão de encontro a Kouroglou (2023), que verificou que a morte de pacientes leva os psicólogos clínicos a colocar em causa a sua competência profissional.

Os contextos de intervenção da maioria dos participantes que experienciou a morte natural ou por doença de pacientes são de cuidados em fim de vida ou paliativos. Assim, a exposição à perda e a perceção de sofrimento do paciente tiveram um efeito protetor, em que os participantes referem sentir a perda como menos impactante e associada a um sentimento de tranquilidade. Contudo, os resultados obtidos contrastam com Engler-Gross et al. (2019) que, a partir de um estudo quantitativo com psico-oncologistas, concluíram que a exposição continuada à morte por doença oncológica e ao sofrimento físico e psicológico de pacientes encontra-se associada a níveis mais elevados sofrimento psicológico, sintomas de luto e

burnout. Apesar de estes dados não corroborarem os resultados obtidos, ambos os estudos descrevem a perda de pacientes por morte e o contacto com o sofrimento como eventos impactantes para os psicólogos clínicos e associado a sentimentos característicos de um processo de luto profissional. Adicionalmente, a morte natural ou por doença de pacientes mostrou ter impacto na competência dos participantes.

Os participantes destacam a funcionalidade profissional como uma tarefa essencial associada à perda por morte natural ou por doença de um paciente, em que a necessidade de dar continuidade à prática clínica e aos restantes acompanhamentos exerce efeito protetor face ao impacto da perda. Funk et al. (2017) estuda o luto profissional de assistentes operacionais de ação médica e enfermeiros em contexto de cuidados paliativos e cuidados continuados e relatam que as exigências profissionais destes contextos (e.g., outros pacientes; família do paciente) levam os profissionais a reprimir o processo de luto, dificultando a sua gestão. Estes dados sugerem que, se por um lado, a necessidade de manter a funcionalidade profissional e de corresponder às exigências profissionais parecem atenuar o impacto imediato nos participantes da presente investigação, por outro lado, a tarefa pode dificultar o processamento da perda, levando perceção de um falso efeito protetor (Funk et. al., 2017; Rocha, 2017). No entanto, as funções exercidas por enfermeiros e assistentes operacionais são distintas das funções dos psicólogos clínicos, pelo que é necessário mais conhecimento empírico sobre as experiências de perda de pacientes por morte natural ou por doença (Kouriatis & Brown, 2011) para melhor compreender esta tarefa e o seu efeito.

A família do paciente foi mencionada pelos participantes, na medida em que é comum a disponibilização de acompanhamento aos familiares enlutados e a existência de contacto com estes. Dwyer et al. (2012) salientam o desafio que é o contacto e acompanhamento da família após a sua morte do paciente e o risco que representa para a inibição do próprio processo de luto dos psicólogos clínicos. Os autores referem, ainda, o risco destas tarefas para o luto

desautorizado, na medida em que estas podem levar a uma secundarização do próprio processo de luto dos psicólogos clínicos, de forma a corresponder às exigências éticas (e.g., inibição de expressões emocionais perante os familiares) do contexto (e.g., acompanhar o familiar enlutado). Os resultados do presente estudo não permitem concluir uma associação direta entre o contacto com a família do paciente e sinais de desautorização do luto. No entanto, estes sugerem o risco dos psicólogos clínicos face ao desenvolvimento de processos de luto desautorizado, em que um participante considera o contacto com a família como um fator que dificultou o próprio processo de luto e dois participantes revelam preocupação e empatizam com a dor dos familiares. Embora a frequência desta associação entre a família do paciente e maior dificuldade na gestão do processo de luto profissional não seja significativa, esta mostra-se relevante, na medida em que o subtema “Família do Paciente” foi frequentemente mencionado aquando dos relatos acerca das perdas por morte (i.e., suicídio; morte natural ou por doença). Uma vez que o contacto com a família, especialmente em casos de morte de pacientes por doença (i.e., sub-subtema “Disponibilização de Acompanhamento à Família”) é frequente, teria sido relevante explorar a associação entre o contacto com a família e o risco de desenvolvimento de processos de luto desautorizado entre os psicólogos clínicos. Adicionalmente, a emergência do tema “Desafios e limites éticos e profissionais”, em que os participantes fazem referência às questões éticas associadas à perda de um paciente, sugere a vulnerabilidade dos psicólogos clínicos para conflitos éticos entre a dimensão profissional e pessoal da perda. Estes conflitos podem levar a inibição tarefas normativas de um processo de luto e para o desenvolvimento de processos de luto desautorizado (Dwyer et al., 2012; O’Brien, 2011). A presente investigação contribui para maior foco no risco que as perdas associadas ao trabalho clínico consistem para os psicólogos clínicos, dado que os processos de luto profissional podem ser menos reconhecidos, socialmente e pelos próprios psicólogos, o que pode intensificar as respostas e impacto emocional (Gitterman & Knight, 2018).

Os resultados demonstram que o histórico de perdas pessoais dos participantes influenciou a forma como vivenciaram as perdas por suicídio e por morte natural ou doença, com dois participantes a referir ter amplificação e um participante a mencionar a relativização do impacto da perda do paciente. Boyer e Hoffman (1993) concluem que o histórico de perdas de psicólogos clínicos foi preditor nas reações emocionais associadas ao fim de um processo psicoterapêutico por alta clínica, na medida em que estas experiências intensificaram respostas emocionais negativas, e Kouriatis e Brown (2014) apuram o histórico de perdas significativas dos terapeutas como um fator que influencia o processo psicoterapêutico. A literatura, em conjunto com os resultados obtidos, permite considerar a relevância deste fator na vivência das perdas associadas aos pacientes e remetem para a importância da expansão do conhecimento empírico neste domínio, uma vez que os estudos anteriores documentam o histórico de perdas pessoais como fator que influencia a vivência da alta clínica. Uma justificação para este fator associado à perda por morte e por suicídio é a existência de processos de identificação e/ou projeção dos participantes à perda do paciente, uma vez que todos os participantes fizeram referência a perdas pessoais e profissionais de natureza semelhante (Goldblatt et al., 2020; Kouroglou (2023)). Embora a frequência de três participantes não representativa, estes não foram questionados diretamente acerca das suas perceções face à relação entre as suas perdas pessoais e às vivências de perdas de pacientes por morte, o que pode justificar a baixa frequência deste fator.

O Fim do Processo Psicoterapêutico como Perda

A maioria dos participantes percebe o *dropout* como uma perda associada à sua prática clínica, em que se verificam respostas emocionais de valência negativa, como preocupação, tristeza, frustração, zanga, incompletude, impotência, insegurança e culpa. Dois participantes não percebem o *dropout* como uma perda e um participante refere a preocupação como resposta emocional associada ao evento. A exploração mais aprofundada

das diferenças entre as percepções de perda e de “não perda” teria sido importante para a melhor caracterização desta experiência. No entanto, os resultados do presente estudo vão de encontro a Turtle (2019) que através de um estudo qualitativo encontra o *dropout* associado a autocrítica, sentimentos de perda e tristeza e à percepção de impossibilidade de um encerramento adequado do processo. Também Piselli et al. (2011) documenta as percepções e impacto do fim prematuro dos processos psicoterapêuticos em psicólogos clínicos. Os autores concluíram que o abandono abrupto do processo do paciente gerou respostas emocionais como tristeza, zanga e frustração. Foram ainda identificadas respostas emocionais e sentimentos de perda face a estes eventos. Estes dados vão de encontro com os resultados da presente investigação e permitem reforçar a definição de *dropout* como perda para os psicólogos clínicos.

Os resultados revelam, ainda, que os participantes que consideram o *dropout* como um evento impactante ou moderadamente impactante. A principal questão centra-se na competência, na medida em que o *dropout* levou a maioria dos participantes a questionarem-se acerca da sua competência profissional e sentirem-se culpados pelo abandono prematuro do paciente. No entanto, Piselli et al. (2011) reportam que os psicólogos clínicos não sentem efeito de um *dropout* no seu sentido de competência. Ao contrário do presente estudo, os autores questionaram diretamente os participantes de como é que as suas ações podiam ter um papel no abandono do paciente. Este dado pode consistir uma justificação na diferença entre os resultados dos estudos, uma vez que os participantes da presente investigação mencionaram espontaneamente o impacto de um *dropout* na sua competência profissional, e, por isso, podem ter-se sentido mais disponíveis e menos eticamente implicados ao longo das suas partilhas.

Por outro lado, os participantes da presente investigação salientaram a importância da experiência profissional para a vivência de um *dropout*, em que menor experiência amplifica sentimentos de culpa e insegurança. Piselli et al. (2011) entrevistaram participantes com pelo menos quinze anos de experiência clínica, o que pode justificar as diferenças dos resultados.

Fan et al. (2023) suportam os resultados obtidos ao estudar as experiências de *dropout* durante o estágio curricular em estudantes que frequentam o mestrado em psicologia clínica. A experiência profissional desempenhou um papel no impacto do abandono prematuro de pacientes, na medida em que amplificou sentimentos de insegurança e dúvida e mostrou ter impacto no sentido de competência. Assim, estes dados estão em concordância com os resultados obtidos e reforçam a experiência profissional como fator influenciador da vivência da perda por *dropout*.

O questionamento da competência profissional foi prevalente em casos de perda por *dropout*. Os resultados obtidos remetem para o desafio ético que estes eventos podem representar para os psicólogos clínicos. Em casos de *dropout*, a perda abrupta e consequente fim do processo psicoterapêutico deixa os psicólogos clínicos impossibilitados de cumprir com os deveres éticos de abordar e trabalhar o fim do processo psicoterapêutico com os pacientes (Davis & Younggren, 2009; Vásquez et al., 2008). A par disto, a emergência do tema “Limites profissionais e éticos” remete para a consciência dos participantes dos desafios éticos que o *dropout* gera, em que a maioria dos participantes refletiu acerca da sua conduta ética da importância do seu cumprimento para uma prática clínica adequada. Estes dados sugerem o impacto de perdas por *dropout* na competência profissional e ética do psicólogo clínico.

A aceitação da perda e desenvolvimento profissional surgiram associadas às perdas por suicídio, morte natural ou por doença e *dropout*, descritas como experiências de valência negativa e emocionalmente impactantes pela maioria dos participantes. Os resultados obtidos vão de encontro ao conceito de crescimento pós-traumático, na medida em que experiências emocionalmente traumáticas e adversas, como a perda significativa, levam a um processo de transformação do indivíduo, mesmo em contexto profissional. (Jayawickreme et al., 2020; Maitlis, 2020; Taylor, 2021). Assim, os resultados vão de encontro a Kouroglou (2023), que documenta a percepção de transformação e crescimento pessoal e profissional de psicólogos

clínicos que intervêm em contexto de cuidados paliativos e contactam frequentemente com a morte de doentes terminais, e adicionam a dimensão de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional à vivência de perdas por suicídio e *dropout*. Assim, é permitido considerar que nas experiências de luto profissional existe espaço para o crescimento e desenvolvimento na adversidade dos psicólogos clínicos, mesmo que estas possam ter um primeiro impacto intenso e negativo, e originar conflitos entre as várias dimensões do psicólogo (i.e., pessoal; profissional e ética; moral) (Funk et. al., 2017).

Adicionalmente, os resultados sugerem as expectativas do psicólogo e a perceção de risco do paciente como fatores que influenciam o impacto do *dropout*, em que a expectativa de continuidade do processo intensificou o impacto negativo do evento e favoreceu maiores níveis de zanga e preocupação, respetivamente. Os resultados são corroborados por Pulford et al. (2007) que concluem que os psicólogos clínicos têm expectativas acerca da duração e importância da continuidade do acompanhamento diferentes das expectativas do paciente, em situações de *dropout*. Adicionalmente, o presente estudo sugere a influência desta discrepância na emergência de respostas emocionais mais negativas.

Onze participantes identificaram a alta clínica como uma perda e quatro participantes não perceberam a alta clínica como uma perda. Apesar de os participantes perceberem a alta clínica como uma experiência de valência mais positiva comparativamente às restantes perdas, os participantes que a percebem como a perda referem respostas emocionais mistas, com o surgimento de sentimentos como a felicidade e simultaneamente nostalgia, saudade e vazio. A relação terapêutica foi um fator essencial na emergência de sentimentos como nostalgia e saudade, na medida em que os participantes referem a perda da alta clínica como perda da relação próxima entre paciente e psicólogo clínico. Os participantes que não percebem a alta clínica como perda identificaram sentimentos como felicidade, realização e competência. Estes resultados apontam para uma valência essencialmente positiva da alta

clínica, mesmo quando esta é sentida como uma perda, o que contrasta com as restantes perdas identificadas. Os resultados sugerem que fatores como a percepção de crescimento do paciente e da alta clínica como o objetivo do processo psicoterapêutico favorecem as respostas emocionais positivas e emocionalmente menos impactantes, e aumentam o sentido de competência, comparativamente a perdas por suicídio, morte natural ou por doença e *dropout* (Baum, 2006).

Se por um lado os resultados obtidos vão de encontro à conceptualização da alta clínica como uma etapa de transformação do processo psicoterapêutico necessária para o crescimento e desenvolvimento do paciente, os dados também remetem para a conceptualização clássica de o fim do processo psicoterapêutico como uma perda (Baum, 2006; Quintana, 1993), enfatizando a complexidade da vivência emocional deste evento. Apesar de as respostas emocionais não irem de encontro a sofrimento psicológico intenso e respostas emocionais negativas, estes resultados representam um contributo para o entendimento da alta clínica e permitem sugerir este evento como uma perda para os psicólogos clínicos.

Relação Terapêutica como Fator Mediador

A relação terapêutica é um conceito transteórico e, por isso, comum a qualquer processo psicoterapêutico (Horvath & Luborsky, 1993). Assim, esta foi frequentemente mencionada pelos participantes e transversalmente considerada como um fator de relevância associada aos quatro tipos de perdas. Os resultados revelam que os participantes consideram que o estabelecimento de uma relação terapêutica de maior proximidade intensifica a perda e relações terapêuticas de menor proximidade ou não estabelecidas podem atenuar o impacto da perda nos psicólogos clínicos. No que diz respeito à orientação teórica dos participantes, esta não demonstrou ter efeito na percepção do papel da relação terapêutica face às suas experiências de perda de pacientes e aos processos de luto profissional, o que pode ser explicado pela dimensão transteórica do conceito de relação terapêutica.

Em casos de perda por *dropout* e alta clínica, os participantes consideraram a perda como a perda da relação que estabeleceram com o paciente. Estes resultados remetem para o papel de relevância da relação terapêutica em todo o processo terapêutico, especialmente quando este termina (Bamford & Akhurst, 2014; Goodyear, 1981; Kouriatis & Brown, 2014; Sandford et al., 2020; Pistole, 1999). Por outro lado, a dimensão profissional da relação foi mencionada pelos participantes. Em alguns casos, os participantes revelaram conflitos éticos entre os limites da relação terapêutica e os eventos de perda de pacientes, como o desejo de ter novidades acerca do paciente após uma alta clínica ou o impedimento de prolongar a relação sem comprometer a ética profissional. Estes dados remetem para a importância de maior debate e consciencialização acerca das perdas associadas à prática clínica, de forma a promover o bem-estar ético e profissional dos psicólogos clínicos aquando destes eventos (Davis & Younggren, 2009).

Estratégias de *Coping*

As estratégias utilizadas pelos participantes foram consistentes entre os tipos de identificados. Os participantes recorreram à supervisão, intervisão, processo psicoterapêutico individual como estratégias para lidar com o impacto emocional das perdas por suicídio, morte natural ou por doença e *dropout*. No entanto, não foram identificadas estratégias associadas à alta clínica, o que pode ser justificado pela perceção da alta clínica como significativamente menos impactante do que as restantes perdas e pelo facto de os participantes não terem sido questionados diretamente acerca das estratégias utilizadas na gestão de cada tipo de perdas. Não obstante, estes resultados vão de encontro ao estudo realizado por Turtle (2019), que a supervisão e o processo psicoterapêutico individual são estratégias utilizadas por psicólogos clínicos em formação, de forma a lidar com os fins dos processos psicoterapêuticos planeados e não planeados. No mesmo sentido, Kouriatis e Brown (2011), que identificam como

principais estratégias a supervisão, terapia pessoal e apoio da equipa de colegas na gestão da perda de pacientes por suicídio.

Adicionalmente, a partilha com a equipa e colegas acerca destes eventos foi uma estratégia frequentemente mencionada pelos participantes, sugerindo a importância do apoio e das relações no contexto profissional para uma melhor gestão destes eventos (Ling & Stathopoulou, 2020). No presente estudo, o nível de formação não se mostrou um fator influenciador para o tipo de estratégias a que os participantes recorrem e remetem para a consciência da importância da supervisão, intervenção e psicoterapia pessoal como ferramentas para o autocuidado dos psicólogos clínicos e para boas práticas clínicas (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2020).

Limitações e estudos futuros

O presente estudo apresenta diversas limitações. O tema tem elevada validade facial, principalmente para a população alvo, e aborda temáticas sensíveis como o suicídio, morte e luto. Neste sentido, os processos defensivos dos participantes podem ter influenciado as respostas e pode justificar a dificuldade de recrutamento de participantes verificada. No entanto, a preocupação com o bem-estar dos participantes foi uma prioridade ao longo da recolha de dados e foram respeitados todos os limites dos participantes.

No que diz respeito à caracterização das experiências de perda associadas à prática clínica dos psicólogos clínicos, não foram apurados dados acerca da durabilidade das respostas emocionais e do impacto que estas têm. Assim, esta deve ser contemplada em estudos futuros para melhor caracterização das experiências. Adicionalmente, não houve representatividade do género masculino, pelo que a experiência de perda de pacientes de participantes do género masculino foi pouco contemplada no presente estudo. Conclusão

De um modo geral, os resultados respondem às questões de investigação a que o presente estudo se propôs a responder, verificando-se que os psicólogos clínicos são uma população que suscetível a processos de luto profissional, ao longo da sua prática clínica. O suicídio, a morte natural ou por doença, o *dropout* e a alta clínica podem ser vivenciados como perdas pelos psicólogos clínicos. Embora a maioria dos participantes percecionem o *dropout* e a alta clínica como perdas, alguns participantes não identificaram estes eventos como perdas associadas à sua prática clínica. As perdas por suicídio, morte natural ou por doença e *dropout* estão associadas a respostas emocionais de valência negativa (e.g., tristeza; zanga; culpa) e foram percecionadas como impactantes pelos participantes a maior impacto no sentido de competência dos psicólogos. Por sua vez, a alta clínica está associada a respostas emocionais de valência positiva (e.g., felicidade; orgulho; competência) e relaciona-se com o conceito de ser o objetivo do processo psicoterapêutico e percepção de crescimento do paciente.

A relação terapêutica foi identificada por todos os participantes como um fator que influencia a vivência de todas as perdas identificadas pelos participantes. Em casos de morte natural e suicídio, a previsibilidade da perda, a experiência profissional a exposição e histórico de perdas pessoais do psicólogo clínico foram identificados como fatores que influenciam a vivência da perda por suicídio e por morte natural ou por doença de um paciente. Em casos de *dropout*, também as expectativas do psicólogo e a percepção de risco para o paciente foram identificadas como fatores influenciadores da vivência da perda. A percepção de crescimento e de alta clínica como objetivo do processo psicoterapêutico demonstraram ser fatores protetores face à perda por alta clínica. Verificou-se, ainda, que as perdas identificadas estão associadas a desafios e limites éticos e profissionais, o que pode ser um fator influenciador na gestão de cada uma das perdas. Adicionalmente, foram identificadas como principais estratégias a supervisão, a intervisão, psicoterapia pessoal do psicólogo clínico e a partilha e apoio da equipa e colegas.

Os resultados do presente estudo permitem considerar o suicídio, a morte natural e por doença, o *dropout* e a alta clínica como perdas e refletem a importância destes eventos para o bem-estar psicológico, laboral e pessoal dos psicólogos clínicos portugueses. Além disso, os dados encontrados remetem para a necessidade de expansão do conhecimento e debate acerca do luto profissional em psicólogos clínicos.

Referências

- Bamford, J., & Akhurst, J. (2014). 'She's not going to leave me' – counsellors' feelings on ending therapy with children. *British Journal of Guidance & Counselling*, *42*(5), 459–471. <https://doi.org/10.1080/03069885.2014.907867>
- Barzilay, S., Gagnon, A., Yaseen, Z. S., Chennapragada, L., Lloveras, L., Bloch-Elkouby, S., & Galynker, I. (2021). 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>
- Baum, N. (2006). Therapists' Responses to Treatment Termination: An Inquiry into the Variables that Contribute to Therapists' Experiences. *Clinical Social Work Journal*, *35*(2), 97–106. <https://doi.org/10.1007/s10615-006-0066-0>
- Binkley, E. E., & Leibert, T. W. (2015). Prepracticum counseling students' perceived preparedness for suicide response. *Counselor Education and Supervision*, *54*(2), 98–108. <https://doi.org/10.1002/ceas.12007>
- Boyer, S. P., & Hoffman, M. A. (1993). Counselor affective reactions to termination: Impact of counselor loss history and perceived client sensitivity to loss. *Journal of Counseling Psychology*, *40*(3), 271–277. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.40.3.271>
- Connell, J., Grant, S., & Mullin, T. (2006). Client initiated termination of therapy at NHS primary care counselling services. *Counselling and Psychotherapy Research*, *6*(1), 60–67. <https://doi.org/10.1080/14733140600581507>
- Darden, A., & Rutter, P. A. (2011). Psychologists' Experiences of Grief after Client Suicide: A Qualitative Study. *Omega - Journal of Death and Dying*, *63*(4), 317–342. <https://doi.org/10.2190/om.63.4.b>

- Davis, D. D., & Younggren, J. N. (2009). Ethical competence in psychotherapy termination. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(6), 572–578. <https://doi.org/10.1037/a0017699>
- Doka, K. J. (2002). Disenfranchised grief: New Directions, Challenges, and Strategies for Practice.
- Dwyer, M. L., Deshields, T. L., & Nanna, S. (2012). Death is a part of life: Considerations for the natural death of a therapy patient. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(2), 123–129. <https://doi.org/10.1037/a0026614>
- Engler-Gross, A., Goldzweig, G., Hasson-Ohayon, I., Laor-Maayany, R., & Braun, M. (2019). Grief over patients, compassion fatigue, and the role of social acknowledgment among psycho-oncologists. *Psycho-oncology, 29*(3), 493–499. <https://doi.org/10.1002/pon.5286>
- Fan, S., Goshorn, J. R., & Gosling, D. (2023). A qualitative study of counselling students' experience with premature termination. *British Journal of Guidance & Counselling, 1*–15. <https://doi.org/10.1080/03069885.2023.2264481>
- Finlayson, M., & Simmonds, J. G. (2018). Impact of client suicide on psychologists in Australia. *Australian Psychologist, 53*(1), 23–32. <https://doi.org/10.1111/ap.12240>
- Finotto, S., Artioli, G., Bodecchi, S., Mainini, C., Pedroni, C., Di Leo, S., Ghirotto, L., Hayter, M., & Tanzi, S. (2020). “Challenging Professional Boundaries”: A grounded theory study of health professionals' first experiences of End-of-Life Care in hospital. *Omega - Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/0030222820954957>
- Fragkiadaki, E., & Strauss, S. M. (2011). Termination of psychotherapy: The journey of 10 psychoanalytic and psychodynamic therapists. *British Journal of Medical Psychology, 85*(3), 335–350. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02035.x>

- Funk, L., Peters, S., & Roger, K. (2017). The emotional labor of personal grief in Palliative care: balancing caring and professional identities. *Qualitative Health Research*, 27(14), 2211–2221. <https://doi.org/10.1177/1049732317729139>
- Gama, M. G. M. (2013). O luto profissional nos enfermeiros [Tese de Doutorado]. Universidade Católica Portuguesa.
- Gitterman, A., & Knight, C. (2018). Non-death loss: grieving for the loss of familiar place and for precious time and associated opportunities. *Clinical Social Work Journal*, 47(2), 147–155. <https://doi.org/10.1007/s10615-018-0682-5>
- Goldblatt, M. J., Ronningstam, E., Herbstman, B., & Schechter, M. (2020a). Therapists' reactions to the suicide of a patient: traumatic loss impairing bereavement and growth. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 43(2), 78–86. <https://doi.org/10.1080/01062301.2021.1892905>
- Goldsworthy, K. K. (2005). Grief and loss theory in social work practice: All changes involve loss, just as all losses require change. *Australian Social Work*, 58(2), 167–178. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0748.2005.00201.x>
- Goodyear, R. K. (1981). Termination As A Loss Experience For the Counselor. *The Personnel and Guidance Journal*, 59(6), 347–350. <https://doi.org/10.1002/j.2164-4918.1981.tb00565.x>
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltzberger, J. T., Szanto, K., & H, R. (2004). Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1442–1446. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1442>
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberger, J. T., Haas, A. P., & Wynecoop, S. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 2022–2027. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.12.2022>

- Honeycutt, A., & Praetorius, R. T. (2015). Survivors of suicide. *Illness, Crisis, & Loss*, 24(2), 103–118. <https://doi.org/10.1177/1054137315587646>
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561–573.
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.61.4.561>
- Jayawickreme, E., Infurna, F. J., Alajak, K., Blackie, L. E. R., Chopik, W. J., Chung, J. K., Dorfman, A., Fleeson, W., Forgeard, M., Frazier, P. A., Furr, R. M., Grossmann, I., Heller, A. S., Laceulle, O. M., Lucas, R. E., Luhmann, M., Luong, G., Meijer, L., McLean, K. C., . . . Zonneveld, R. (2020). Post-traumatic growth as positive personality change: Challenges, opportunities, and recommendations. *Journal of Personality*, 89(1), 145–165. <https://doi.org/10.1111/jopy.12591>
- Jorgensen, M. F., Bender, S., & McCutchen, A. (2021). “I’m haunted by it:” experiences of licensed counselors who had a client die by suicide. *Journal of Counselor Leadership and Advocacy*, 8(2), 100–115. <https://doi.org/10.1080/2326716x.2021.1916790>
- Kouriatis, K., & Brown, D. (2011). Therapists’ Bereavement and Loss Experiences: A Literature review. *Journal of Loss & Trauma*, 16(3), 205–228.
<https://doi.org/10.1080/15325024.2010.519289>
- Kouriatis, K., & Brown, D. (2014). Therapists’ Experience of Loss: An Interpretative Phenomenological analysis. *Omega - Journal of Death and Dying*, 68(2), 89–109.
<https://doi.org/10.2190/om.68.2.a>
- Kourogrou, V. (2023). Working with the Terminally Ill: An exploration of the experiences of psychotherapists in Greece. *Omega - Journal of Death and Dying*, 003022282311807.
<https://doi.org/10.1177/00302228231180784>

- Lee, P. S., Wang, L., & Swift, J. K. (2021). Clients' and counselors' termination decisions and experiences in counseling. *Current Psychology, 42*(5), 3734–3744. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01725-4>
- Ling, L., & Stathopoulou, H. (2020). An exploration of ending psychotherapy: The experiences of volunteer counsellors. *Counselling and Psychotherapy Research, 21*(3), 729–738. <https://doi.org/10.1002/capr.12379>
- Maitlis, S. (2020). Posttraumatic growth at work. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 7*(1), 395–419. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-012119-044932>
- Maples, J., & Walker, R. (2014). Consolidation rather than termination: Rethinking how psychologists label and conceptualize the final phase of psychological treatment. *Professional Psychology: Research and Practice, 45*(2), 104–110. <https://doi.org/10.1037/a0036250>
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Black, S. W., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S. L., & Hilsenroth, M. J. (2016). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research, 28*(4), 593–605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Norcross, J. C., Zimmerman, B. E., Greenberg, R. P., & Swift, J. K. (2017). Do all therapists do that when saying goodbye? A study of commonalities in termination behaviors. *Psychotherapy, 54*(1), 66–75. <https://doi.org/10.1037/pst0000097>
- O'Brien, J. (2011). Wounded healer: Psychotherapist grief over a client's death. *Professional Psychology: Research and Practice, 42*(3), 236–243. <https://doi.org/10.1037/a0023788>

- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Piper, W. E. (2005). Strategies for reducing Patient-Initiated Premature Termination of Psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry, 13*(2), 57–70. <https://doi.org/10.1080/10673220590956429>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). Recomendações para a Prática de Intervisão e Supervisão em Psicologia | Ordem dos Psicólogos. <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/3107>
- Palmieri, F. (2018). Counselling psychologists' experience of the death of a terminally ill client: An interpretative phenomenological analysis. *Counselling Psychology Review, 33*(1), 33–45. <https://doi.org/10.53841/bpscpr.2018.33.1.33>
- Pekarik, G. (1985). Coping with dropouts. *Professional Psychology: Research and Practice, 16*(1), 114–123. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.16.1.114>
- Piselli, A., Halgin, R. P., & MacEwan, G. (2011). What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. *Psychotherapy Research, 21*(4), 400–415. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.573819>
- Price, M., Wachsmuth, L. P., Ferguson, K. A., Robbins-Welty, G. A., Riordan, P. A., Pieper, C. F., & Galanos, A. N. (2021). Grief in Medical Students: The Short and Long-Term Impacts on Health and Well-Being. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 39*(2), 196–204. <https://doi.org/10.1177/10499091211011722>
- Pulford, J., Adams, P., & Sheridan, J. (2007). Therapist Attitudes and beliefs relevant to client dropout revisited. *Community Mental Health Journal, 44*(3), 181–186. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9116-5>
- Quintana, S. M. (1993). Toward an expanded and updated conceptualization of termination: Implications for short-term, individual psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(4), 426–432. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.4.426>

- Redinbaugh, E. M., Schuerger, J. M., Weiss, L. L., Brufsky, A., & Arnold, R. M. (2001). Health care professionals' grief: a model based on occupational style and coping. *Psycho-oncology, 10*(3), 187–198. <https://doi.org/10.1002/pon.507>
- Reupert, A. (2006). The counsellor's self in therapy: an inevitable presence. *International Journal for the Advancement of Counselling, 28*(1), 95–105. <https://doi.org/10.1007/s10447-005-9001-2>
- Robson, P., & Walter, T. (2013). Hierarchies of Loss: A critique of disenfranchised grief. *Omega - Journal of Death and Dying, 66*(2), 97–119. <https://doi.org/10.2190/om.66.2.a>
- Rocha, J. C. (2017). Manual de Formação de Trauma e Luto - Parte 1. Centro de Psicologia do Trauma e do Luto, Lda.
- Sandford, D. M., Kirtley, O. J., Thwaites, R., & O'Connor, R. C. (2020). The impact on mental health practitioners of the death of a patient by suicide: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 28*(2), 261–294. <https://doi.org/10.1002/cpp.2515>
- Sandford, D. M., Kirtley, O. J., Thwaites, R., & O'Connor, R. C. (2022). Exploring the impact on primary care mental health practitioners of the death of a patient by suicide: An IPA study. *British Journal of Medical Psychology, 96*(1), 56–82. <https://doi.org/10.1111/papt.12426>
- Sherba, R. T., Linley, J. V., Coxe, K., & Gersper, B. E. (2018). Impact of client suicide on social workers and counselors. *Social Work in Mental Health, 17*(3), 279–301. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1550028>

- Smith, P. H., & Delgado, H. (2020). Working with Non-Death Losses in Counseling: An Overview of Grief Needs and Approaches. *Adultspan Journal*, 19(2), 118–127. <https://doi.org/10.1002/adsp.12100>
- Taylor, S. (2021). Transformation through loss and grief: A study of personal transformation following bereavement. *The Humanistic Psychologist*, 49(3), 381–399. <https://doi.org/10.1037/hum0000172>
- Tehan, M., & Thompson, N. (2013). Loss and Grief in the workplace: The challenge of leadership. *Omega - Journal of Death and Dying*, 66(3), 265–280. <https://doi.org/10.2190/om.66.3.d>
- Tillman, J. G. (2006). When a patient commits suicide: An empirical study of psychoanalytic clinicians. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(1), 159–177. <https://doi.org/10.1516/6ubb-e9de-8ucw-uv31>
- Tsai, M., Gustafsson, T., Kanter, J. W., Loudon, M. P., & Kohlenberg, R. J. (2017). Saying good goodbyes to your clients: A functional analytic psychotherapy (FAP) perspective. *Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1037/pst0000091>
- Turtle, E. (2019). The ripple effect: Exploring the impact of therapeutic endings upon trainee counselling psychologists. *Counselling Psychology Review*, 34(1), 15–26. <https://doi.org/10.53841/bpscpr.2019.34.1.15>
- Vásquez, M. J. T., Bingham, R. P., & Barnett, J. E. (2008). Psychotherapy termination: clinical and ethical responsibilities. *Journal of Clinical Psychology*, 64(5), 653–665. <https://doi.org/10.1002/jclp.20478>
- Veilleux, J. C., & Bilsky, S. A. (2016). After a client death: Suicide postvention recommendations for training programs and clinics. *Training and Education in Professional Psychology*. <https://doi.org/10.1037/tep0000127>

- Ying, G., Chennapragada, L., Musser, E. D., & Galynker, I. (2021). Behind therapists' emotional responses to suicidal patients: A study of the narrative crisis model of suicide and clinicians' emotions. *Suicide and Life Threatening Behavior, 51*(4), 684–695. <https://doi.org/10.1111/sltb.12730>
- Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N. M., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 14*(2), 177–186. <https://doi.org/10.31887/dcns.2012.14.2/iyoung>