



A importância da Intervenção de grupo no luto complicado: O
contributo dos participantes

Andreia Micaela Moreira Magalhães

23540

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia

Orientação: Professora Doutora Joana Isabel Tavares Da Luz Soares

Gandra, 2020



O impacto da situação pandémica na experiência de luto

Andreia Micaela Moreira Magalhães

23540

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia

Orientação: Professora Doutora Joana Isabel Tavares Da Luz Soares

2020

Gandra,



A importância da Intervenção de grupo no luto complicado: O
contributo dos participantes e
impacto da situação pandémica na experiência de luto

Andreia Micaela Moreira Magalhães

Dissertação apresentada no Instituto Universitário
Ciências da saúde para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, sob a orientação da

Prof. Joana Isabel Tavares Da Luz Soares

Gandra, 2020

Declaração de Integridade

Eu, Andreia Mícaela Moreira Magalhães, aluna do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração desta Dissertação de Mestrado.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual o indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

À professora **Joana Soares**, pela orientação prestada na elaboração desta dissertação, pela confiança, disponibilidade, partilha e apoio prestado.

À Doutora **Elisa Veiga**, pela fantástica orientação e disponibilidade prestada.

À Doutora **Noémia Carvalho**, pela oportunidade de trabalhar em conjunto, pela ajuda e compreensão.

Às minhas colegas de curso **Ana Rita, Francisca Babo e Maria Ferreira** pela sua presença incansável em todos os momentos deste percurso, pelos desabafos, pela amizade e cumplicidade.

À minha **família e amigos**, que me suportaram nos momentos mais difíceis com toda a compreensão e amor.

Aos meus **pais**, aos mais importantes e impulsionadores de todo este meu percurso, pela disponibilidade, pela atenção, pela coragem, pela educação que me foi dada, por estarem sempre comigo e nunca me deixarem desistir.

Em especial, aos meus **avôs maternos** que estiveram presentes em todos os meus percursos de vida dando-me o melhor que este mundo poderia ter, amor.

Muito obrigada a todos!

Índice Geral

Manuscrito I- A importância da Intervenção de grupo no luto complicado: O contributo dos participantes	1
Manuscrito II- Impacto da Situação Pandémica na Experiência do Luto	66

Manuscrito I

A importância da Intervenção de grupo no luto complicado: O contributo dos participantes

Andreia Magalhães¹, Noémia Carvalho³, Joana Soares^{1,2}

¹ Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Gandra, Portugal

² Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento do IUCS (CESPU)
IINFACTS (CESPU)

³ Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Resumo

Estima-se que cerca de 7 a 10% dos enlutados que se debatem contra um conjunto de sintomas de luto persistentes e intensos que sob certas condições se têm denominado de luto complicado (Kersting et al., 2011; Lundorff, et al., 2017). Neste estudo pretendemos compreender a importância de uma intervenção de grupo no luto complicado, no contexto de perda de conjugues, privilegiando deste modo, a dimensão individual dos participantes que vivenciaram a experiência de grupo.

Considerando o objetivo acima referido, que remete para o aprofundamento de significados e vivências dos participantes, a presente investigação alicerçou-se numa metodologia qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a seis viúvos(as) depois da realização de 5 sessões de grupo de intervenção psicoterapêutica no luto. Os procedimentos para a análise qualitativa dos dados foram orientados pelos princípios da *Grounded Theory*.

Os testemunhos dos participantes mostraram que, de uma forma geral, a intervenção de grupo gerou efeitos positivos no próprio processo de luto complicado. As principais mudanças e benefícios reportados pelos participantes prende-se com o aumento do bem-estar em geral, a partilha de experiências e as estratégias de *coping* desenvolvidas no grupo. Na nossa perspetiva, as análises das experiências individuais dos participantes permitiram aprofundar o conhecimento dos efeitos terapêuticos da dinâmica de grupo no processo de luto individual. Estes dados serão um ponto de partida para o desenvolvimento de intervenções cada vez mais específicas e focadas nas especificidades de cada tipo de luto.

Palavras chave: luto complicada, morte, intervenção de grupo

Abstract

It is estimated that about 7 to 10% of mourners who struggle against a set of persistent and intense mourning symptoms that under certain conditions have been called complicated mourning (Kersting et al., 2011; Lundorff, et al., 2017). In this study we intend to understand the importance of a group intervention in complicated mourning, in the context of loss of spouses, thus privileging the individual dimension of the participants who experienced the group experience.

Considering the aforementioned objective, which refers to the deepening of meanings and experiences of the participants, the present investigation was based on a qualitative methodology. Semi-structured interviews were conducted with six widowers after five psychotherapeutic intervention group sessions in mourning. The procedures for qualitative data analysis were guided by the principles of *Grounded Theory*.

The testimonies of the participants showed that, in general, the group intervention had positive effects on the complicated mourning process itself. The main changes and benefits reported by the participants are related to the increase in general well-being, the sharing of experiences and the coping strategies developed in the group.

In our perspective, the analysis of the participants' individual experiences allowed to deepen the knowledge of the therapeutic effects of group dynamics in the individual grieving process.

These data will be a starting point for the development of increasingly specific interventions focused on the specifics of each type of mourning.

Keywords: complicated grief; death; group intervention

Capítulo I- Introdução

O luto, a experiência de perda de alguém próximo por morte, é uma das experiências mais indesejáveis e estressantes da natureza humana (LeBlanc et al., 2019; Shear, 2015). Contudo este é um acontecimento inevitável no ciclo de vida onde, a qualquer momento, o indivíduo vê-se obrigado a lidar e enfrentar (Silva, 2010).

Pode-se considerar o luto como um processo pelo qual as pessoas tentam adaptar-se a uma nova realidade em que a ausência de algo está bastante presente (Worden, 2009). Na maioria dos casos os indivíduos adaptam-se à perda sem precisar de recorrer a ajuda profissional (Malkinson, 2019; Prigerson, 2004). A resposta de luto normal é caracterizada por um sofrimento agudo nos primeiros 6 a 12 meses, que não interfere no funcionamento físico, social ou ocupacional (Mackinnon et al., 2016).

Estima-se que cerca de 7 a 10% dos enlutados que se debatem contra um conjunto de sintomas de luto persistentes e intensos que sob certas condições se têm denominado de luto complicado (Kersting et al., 2011; Lundorff., 2017). Nestes casos o processo de luto não evolui favoravelmente, tendo como resultado consequências severas que afetam a saúde mental e física do indivíduo (Iglewicz, et al., 2020; Mason & Tofthagen, 2019; Shear, 2010; Szuhany., et al 2020; Tofthagen et al., 2017).

O processo de luto complicado é caracterizado como um desvio da experiência normal do luto que difere do que é culturalmente normativo em termos de duração, sintomas e intensidade do luto estando associado a numerosos efeitos psicológicos negativos, incluindo solidão, isolamento social, ansiedade, depressão clínica, prejuízo cognitivo e é acompanhado por pensamentos e comportamentos autodestrutivos (Dodd et al., 2020; Fujisawa et al., 2010; Mason et al., 2019; Mayland et al., 2020; Prigerson et al., 1995; Stroebe, et al., 2006; Szuhany et al., 2020; Wallace et al., 2020; Zhai et al., 2020;).

Estudos epidemiológicos mostram que o luto complicado tem uma prevalência de 9 a 20% na população, contudo a taxa de prevalência varia perante o contexto social, cultural e a história clínica do paciente (Fujisawa et al., 2010). Em particular, o luto complicado após morte de um conjugue tem uma prevalência de 10 a 20% (Silva, 2010; Shear, 2015).

Recentemente, foram incluídos os critérios de diagnóstico do luto complicado na Classificação Internacional de Doenças, 11ª Edição CID-11 e provisoriamente incluídos

no DSM-5 (Szuhany et al., 2020) caracterizados pelo agravamento da sintomatologia do luto e persistência da mesma por um período temporal mais alargado do que o normal, afetando assim o funcionamento do indivíduo (Ghesquiere et al., 2020).

O processo do luto é uma experiência transversal que implica diferentes vivências nos indivíduos e que requer intervenção profissional (Ghesquiere et al., 2020). Sem tratamento, o luto complicado pode desencadear depressão major, transtorno de stress pós-traumático (PTSD) (Eisma et al., 2020; Inchausti et al., 2020; Jordan & Litz, 2014; Kokou-Kpolou et al., 2020; Miller et al., 2018) transtornos de ansiedade e aumento do consumo de substâncias (Delalibera et al., 2011; Shear et al., 2013; Vilar, 2019; Worden, 2013; Zisook et al., 1987). Devido à crescente prevalência de luto conjugal e potencial impacto negativo do luto sobre a saúde mental e física, é essencial um maior desenvolvimento e avaliação das intervenções do luto (Knowles, 2019).

O tratamento pode englobar intervenções farmacológicas e intervenções não farmacológicas. A intervenção psicológica tem o intuito de ajudar os enlutados a estabelecer um “novo normal” após a perda, promovendo a autorregulação e a construção de conexões sociais que facilitem o envolvimento contínuo nas atividades realizadas antes da perda. (Boelen et al., 2020; Fields et al., 2018; Leal et al., 2019; Siqueira & Azevedo, 2020). Já na intervenção farmacológica o foco está na eficácia de antidepressivos. No entanto, atualmente há evidências de que antidepressivos são eficazes no tratamento dos sintomas da depressão, mas não do luto complicado (Nakajima, 2018). Como tal, destaca-se ainda mais a importância da intervenção psicológica no luto complicado.

Relativamente à intervenção psicológica no luto complicado, a psicoterapia interpessoal (Glickman et al., 2017; Miller et al., 2018; Shear et al., 2014; Zhang et al., 2005) a terapia familiar (Kissane et al., 2016) a psicoterapia direcionada (Shear et al., 2016; Shear et al., 2005; Shear et al., 2014) e o uso de narrativas (Barbosa et al., 2013; Currier et al., 2008;) têm demonstrado resultados positivos quando utilizadas no tratamento do luto complicado. Contudo, os estudos têm demonstrado que as intervenções cognitivo-comportamentais são mais efetivas do que outras terapias na redução dos sintomas do luto complicado, na prevenção de doenças psiquiátricas e comportamentos suicidários (Boelen et al., 2007; Bryant et al., 2014; Currier et al., 2008; Gonçalves, 1994; Gonçalves, 2002; Johannsen et al., 2019; Kersting et al., 2013;

Parkes, 2006; Shear et al., 2005; Shear, 2015; Wittouck et al., 2011; Wagner et al., 2020).

Embora o tratamento do luto complicado tenha sido projetado como uma terapia individual, os estudos têm demonstrado que a terapia de grupo é eficaz na redução dos sintomas causados por esta condição através da partilha de experiências, do apoio vindo dos profissionais e das outras pessoas que também se encontram num processo de luto (MacKinnon et al., 2016; Rebelo, 2005; Souza et al., 2009; Rosner et al., 2011; Supiano & Luptak, 2014;).

São vários os estudos que têm demonstrado a efetividade das terapias de grupo na redução dos sintomas do luto complicado (Rosner et al., 2011; Robinson & Pond, 2019; Knowles, 2019). Os grupos de intervenção no luto procuram oferecer companheirismo e compreensão à pessoa enlutada através da criação de um espaço que propicia a partilha de experiências de perda, a expressão emocional e a aprendizagem de novas estratégias de enfrentamento (Knowles, 2019). Para além disso favorecem o desenvolvimento de alguns processos psicológicos, tais como o crescimento pessoal, o amadurecimento e a aprendizagem (Santoni, 2003; Yalom, 1995; Zimmerman, 1993).

Considerando a complexidade e singularidade que envolve esta temática torna-se fundamental compreender o modo como cada indivíduo experiêcia a intervenção de grupo (Minayo, 2012; Neymeyer, 2006). Contudo, o processo do grupo, e a importância que o mesmo têm na vida dos enlutados ainda é pouco estudado.

Deste modo, debruçamo-nos a explorar esta questão, objetivando compreender a importância da intervenção de grupo no luto complicado analisando a percepção dos participantes, de forma a encorajar o surgimento de intervenções cada mais adaptadas às necessidades dos enlutados.

Capítulo II- Metodologia

Objetivos gerais e específicos

O presente estudo, teve como objetivo geral compreender a importância da intervenção de grupo no luto complicado em pacientes psiquiátricos analisando as vivências dos participantes do grupo. Pretendeu-se explorar os seguintes objetivos específicos:

- Explorar as **dificuldades e sintomas** decorrentes da perda que interferiram na vida dos pacientes antes de iniciar a intervenção;
- Explorar as **expectativas formuladas** pelos participantes face ao grupo de intervenção que iriam integrar;
- Explorar se após o término do grupo as **expectativas** formuladas pelos participantes foram **concretizadas**;
- Identificar os **benefícios e mudanças** desencadeadas pela intervenção de grupo percebidas pelos participantes;
- Explorar a **importância do grupo terapêutico** no processo de luto individual através da recomendação da experiência de grupo a terceiros;
- Explorar o **impacto da pandemia no processo de luto** individual e na intervenção de grupo que foi interrompida pelas circunstâncias.

De modo a atingir os objetivos supracitados, foi utilizada uma metodologia qualitativa do tipo naturalista e interpretativa. Esta é uma abordagem que permite aceder à complexidade e diversidade da realidade em estudo, de forma contextualizada dando prioridade aos significados atribuídos pelos participantes às suas próprias experiências subjetivas como fonte de conhecimento (Brandão & Ribeiro, 2017; Flick, 2005; Marques, 2005; Taquette et al., 2001). Entende-se, assim, que esta metodologia permitirá uma análise diferenciada da experiência de luto, bem como os significados pessoais atribuídos à vivência desta experiência (Pereira, 2014).

Desenho da investigação

Considerando os objetivos do estudo, foram realizadas entrevistas aos participantes de um grupo de intervenção psicológica no luto complicado.

Foi pensada a realização de uma intervenção psicológica estruturada em formato de grupo, entre o mês de janeiro e junho de 2020, para o máximo de 12 participantes com o diagnóstico de luto complicado, em 12 sessões, com frequência quinzenal e duração de 90 minutos.

Devido às características muito particulares desta população e da pandemia por Covid-19, que conduziu a um confinamento forçado, foi possível realizar apenas 5 sessões aos 6 elementos que, entretanto, se mantiveram em processo de grupo.

A intervenção de grupo foi baseada em técnicas da abordagem cognitivo-comportamental, narrativas e de reconstrução de significados.

Pretendia-se supervisionar a intervenção através da realização de entrevistas imediatamente após a 3^a, 6^a, 9^a e 12^a sessão a cada um dos participantes com o intuito de monitorizar e avaliar a experiência dos participantes no grupo e explorar propostas de melhoria. Contudo, devido à fase pandémica COVID-19, os objetivos iniciais desta investigação tiveram de ser reformulados, e para isso foi pensada a realização de uma entrevista final, após decorridas 5 sessões de grupo.

Caracterização da amostra

Neste estudo participaram 6 pacientes psiquiátricos em processo de luto complicado por perda de conjugues. Os participantes são maioritariamente do sexo feminino, com 5 mulheres e 1 homem, com idades compreendidas entre 39 e 59 anos. Do total de participantes, dois concluíram o 4^o ano de escolaridade, dois o 6^o ano e um o 12^o ano de escolaridade (tabela 1).

Os indivíduos foram alvo de uma intervenção psicológica em grupo realizada em contexto hospitalar com os seguintes **critérios de inclusão**:

- Pacientes encaminhados pelo Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa a receber acompanhamento Psiquiátrico e Psicológico;
- Adultos em processo de luto por morte no período igual ou superior a 6 meses;
- Grupo heterogéneo;
- Com capacitação cognitiva.

Instrumento de avaliação

Entrevista Semi-estruturada

A entrevista é um dos métodos de recolha de dados mais utilizado na investigação qualitativa uma vez que permite obter elementos de análise e de reflexão muito ricos através do contato direto entre o investigador e o entrevistado (Hood, 2009; Quivy & Campenhoudt, 1992). Os privilégios associados a este formato de entrevista prendem-se com a liberdade que é dada ao entrevistado de transmitir espontaneamente a sua perspetiva e a possibilidade de o investigador explorar de forma aprofundada o conteúdo expresso (Fontana & Frey, 1994; Hood, 2009; Hunt & Greeff, 2011; Quivy & Campenhoudt, 1992; Seidman, 2006).

Como tal, considerando a natureza dos objetivos do presente estudo, a **entrevista semiestruturada** afigurou-se como o método de recolha dados mais ajustado. Este formato de entrevista é mais flexível, dando possibilidade ao entrevistado de partilharem o significado das suas experiências através das suas respostas e ao entrevistador de ajustar as suas questões (Flick, 2005).

Foram colocadas questões relativamente abertas, não diretivas, convidando a uma narrativa livre das perspetivas e experiências subjetivas dos participantes do grupo de intervenção.

O **guião da entrevista** (Anexo I) é composto por sete questões, relacionadas com sete temas: -1) sintomas e dificuldades prévias à intervenção; 2) expectativas dos participantes face à intervenção; 3) concretização das expectativas formuladas após a intervenção 4) benefícios e mudanças desencadeadas pela intervenção 5) recomendação da experiência de grupo a terceiros 6) impacto da pandemia no processo de luto individual e na intervenção de grupo 7) estratégias de coping adaptativas. Ao critério do entrevistador, e sempre que pertinente, foram colocadas algumas perguntas dirigidas, com o objetivo de aprofundar o conteúdo do discurso.

Procedimentos

Procedimentos de recolha de dados

Numa primeira fase, foi submetido à comissão de ética do hospital o projeto de investigação em causa de modo a obter permissão para a realização do estudo, tendo sido devidamente aprovado. Para a recolha dos dados, foram realizadas entrevistas aos participantes do grupo.

Na primeira sessão de grupo, foi aplicado um **consentimento informado** (Anexo II) com o objetivo de informar os participantes sobre os principais objetivos/natureza do estudo, os instrumentos do estudo (entrevista, com autorização para gravar) bem como acerca da total confidencialidade da sua identidade e dos dados recolhidos. Foi ainda clarificada a participação voluntária, sem qualquer benefício direto ou indireto pela colaboração no estudo. Todos os participantes aceitaram as condições apresentadas e assinaram o Protocolo de Consentimento Informado.

Estavam previstas a realização de 4 entrevistas ao longo das doze sessões do grupo de intervenção. Estas entrevistas iriam ocorrer após a 3^a, 6^a, 9^a e 12^a sessão de grupo, individualmente, com o objetivo de avaliar a experiência de grupo e explorar propostas de melhoria. Contudo, devido à situação de pandemia COVID-19, as sessões de grupo tiveram de terminar, bem como todo o processo de avaliação correspondente.

Perante as limitações decretadas pelas circunstâncias de pandemia, procedeu-se à realização de uma entrevista final após o encerramento do grupo com o objetivo de avaliar as experiências dos participantes do grupo. As entrevistas foram realizadas no mês de março de 2020, via telefone mediante a combinação prévia da disponibilidade dos participantes, tiveram uma duração média de quarenta minutos e foram gravadas em áudio.

Procedimentos de análise de dados

Os conteúdos das entrevistas foram transcritos na íntegra para um documento *word* à medida que as mesmas iam sendo realizadas. A transcrição dos dados possibilitou uma leitura flutuante e pormenorizada dos testemunhos recolhidos facilitando a identificação dos conteúdos e o início do processo de codificação (Braun & Clarke, 2006).

Sucessivamente, deu-se início ao processo de análise semi-indutiva dos dados orientada pelos princípios da *Grounded Theory*. Os princípios da metodologia da *Grounded Theory* permitem analisar os dados de forma rigorosa e sistemática,

organizando-os numa sequência de maior complexidade e integração (Fernandes & Maia, 2001; Glaser & Strauss, 1967).

Inicialmente os dados foram decompostos em unidades de registo, analisados, comparados, conceptualizados e categorizados através do procedimento de codificação aberta (Strauss & Corbin, 1994). Nesta fase os conceitos são comparados e agrupados consoante a relação de similaridade que estabelecem entre eles ao longo de todo o processo. Posteriormente, é realizada uma codificação axial dos dados de modo a reorganizá-los procurando estabelecer ligações entre categorias de modo a surgirem temas mais amplos (Fernandes & Maia, 2001).

Para maior precisão e rigor dos dados e para maior facilidade de análise por parte dos investigadores foi utilizado o *software Qualitative Research Solution (QSR) – NVivo 11*.

Capítulo III- Apresentação e discussão dos resultados

Orientados pelos objetivos do estudo (a sublinhado), os resultados serão apresentados recorrendo às categorias e subcategorias emergentes dos dados. Entre parênteses serão apresentadas as referências de cada subcategoria. Ao longo do texto será integrada a discussão dos resultados com dados da literatura relevantes quanto à temática em foco.

Sintomas e dificuldades Prévias À Intervenção

Com o objetivo de explorar as dificuldades e sintomas decorrentes da perda que interferiram na vida dos pacientes antes de iniciar a intervenção foi possível identificar dificuldades de nível **social** relacionadas com o **isolamento** (2 ref.) (e.g., “era não sair de casa” - “antes não ia sair com outras pessoas de fora”) e com a dificuldade em **falar sobre o acontecimento** (1 ref) (e.g., “O falar acerca do momento exato do que aconteceu, da morte, ..., era mais difícil”). Foram manifestadas dificuldades de carácter **emocional** relacionadas com o **choro** (1 ref.) (e.g., “era chorar muito”), a **irritabilidade** (1 ref.) (e.g., “andava muito mais irritado”), o **humor depressivo** (2 ref.) (e.g., (“sentia-me muito em baixo”) e a **culpa** (1 ref.) (e.g., “antes sentia muita culpa pelo que aconteceu”). Ao nível **físico** foram reportadas manifestações relacionadas com **tremores** (1 ref.) (e.g., “tremia com os nervos”), dificuldades de **sono** (2 ref.) (e.g., “não conseguia dormir”) e **nervosismo** (1 ref.) (e.g., “enervava-me muito...”). Os pacientes reportaram ainda manifestações a nível **comportamental/ psicológico** relacionadas com as **memórias do acontecimento traumático** (1 ref.) (e.g., “Lembrava-me muitas vezes da minha mulher do acontecimento”), **pensamentos ruminativos** (2 ref.) (e.g., “sempre a pensar se realmente era ele que estava enterrado no cemitério”), **perda de interesse pela vida** (2 ref.) (e.g., “cheguei ao ponto de desistir.. não andamos aqui a fazer nada”; “eu antes pensava em acabar pela vida.. “) e **dificuldade em aceitar a perda** (1 ref.) (e.g., “Não consigo aceitar que realmente ele faleceu e não está vivo”). Foram também identificadas dificuldades a nível da **gestão das atividades de vida diária** (1 ref.) (e.g., “tinha dificuldades na vida de casa”) e a nível da **gestão financeira** (1 ref.) (e.g., “Tinha dificuldades na vida financeira”) (Tabela 2).

Os estudos mostram que o luto complicado está associado ao aumento do risco de consequências negativas para a saúde, incluindo sintomas físicos, depressão, distúrbios do sono, maior comprometimento funcional, menor participação social, dificuldade em executar as atividades da vida diária, prejuízo financeiro e maior mortalidade por suicídio. (Djelantik et al., 2020; Lundorff et al., 2020; Ott, 2003; Prigerson et al., 1995; Stroebe et al., 2007; Worden, 2018). O sentimento de tristeza persistente e intenso é geralmente acompanhado por pensamentos ou imagens insistentes do falecido e um sentimento de descrença ou incapacidade de aceitar a dolorosa realidade da morte. A ruminação é comum e muitas vezes é focada em recriminações com raiva ou culpa relacionadas às circunstâncias da morte (Eisma & Stroebe, 2017; Fujisawa et al., 2010; Kübler-Ross, 2005; Mortazavi et al., 2020; Parkes, 1998; Szanto et al., 1997; Shear, 2015;). Em conjunto com estas consequências, o enlutado também deve lidar com as perdas secundárias que surgem como resultado do luto, incluindo isolamento social e estigma, perda financeira e mudanças de papéis e responsabilidades (Aoun, et al., 2019; Breen, & O'Connor, 2011; Turvey et al., 2002). Os dados da literatura estão em consonância com os dados ilustrados nos testemunhos dos participantes.

Expectativas formuladas pelos participantes antes da intervenção

Com o objetivo de explorar as expectativas formuladas pelos participantes face ao grupo de intervenção que iriam integrar, foi possível concluir que ao participar no grupo de intervenção os participantes esperavam poder **comparar a experiência** individual de luto com os restantes membros do grupo (3 ref.) (e.g., “poder partilhar as nossas experiências com o objetivo de comparar”) e **falar sobre o acontecimento** (4 ref.) (e.g., “queria falar para conseguir ficar melhor”). Os participantes esperavam um aumento do **bem-estar emocional** relacionado com a **diminuição do choro** (1 ref.) (e.g., “Tentar não chorar tanto, tentar conseguir andar melhor”) e **aumento do estado de ânimo** (2 ref.) (e.g., “esperava ficar melhor e ter mais força, mais ânimo”) e **diminuição do sentimento de culpa** (1 ref.) (e.g., “antes do grupo sentia muita culpa pelo que aconteceu”). Quatro participantes reportaram expectativas relacionadas com o **bem-estar psicológico** para com a **evolução do próprio processo de luto** (4 ref.) (e.g., “conseguir ultrapassar tudo isto”) com o **domínio cognitivo** (1 ref.) (e.g., “Não ficar a

cismar tanto”) e com a **aceitação da perda** (1 ref.) (e.g., “conseguir aceitar que realmente ele faleceu e não está vivo”) (Tabela 3).

As consequências adversas do luto complicado, juntamente com sua alta prevalência tornam a intervenção terapêutica uma importante questão de saúde pública para o alívio dos sintomas desencadeados por esta condição (Ogrodniczuk et al., 2002; Piper et al., 2001; Robinson & Pond, 2019; Vahdani et al., 2020; Xiu et al., 2020). Muitos enlutados envolvem-se na intervenção de grupo com a expectativa de encontrarem outras pessoas enlutadas com quem se possam identificar e compartilhar experiências (Dyregrov & Dyregrov, 2008; Dyregrov et al., 2014).

A eficácia de um grupo terapêutico depende de muitos fatores, incluindo a adequação entre as necessidades dos enlutados e o suporte social que é oferecido (Aoun, et al., 2019; Robinson & Pond, 2019). Contudo a forma como os participantes percebem a importância e o impacto da sua participação nesses grupos está pouco estudado (Johnsen et al., 2012).

Concretização das Expectativas formuladas pelos participantes

Com o objetivo de explorar se após o término do grupo as expectativas formuladas pelos participantes foram concretizadas foi possível concluir que quatro participantes reportaram que o grupo **correspondeu às suas expectativas** (4 ref.) (e.g., “Sinto que as expectativas estavam a ser correspondidas no grupo”; “Sim, com certeza que sim”) a nível da **partilha de experiências** (2 ref.) (e.g., “Como as pessoas estão a passar por situações parecidas conseguimos falar mais à vontade e partilhar”) do **aumento do estado de ânimo** (1 ref) (e.g., “Eu até comentei aqui em casa que me estava a sentir mais animada”) e da **diminuição do sentimento de culpa** (1 ref) (e.g., “Antes sentia muita culpa pelo que aconteceu e agora já não sinto que tive culpa”). As expectativas em relação ao grupo não foram correspondidas para um dos participantes que procurava aceitar o acontecimento de perda (1 ref) (e.g., “não consegui chegar à conclusão que eu esperava, aceitar que ele realmente faleceu”) (Tabela 4).

A intervenção de grupo pode proporcionar um espaço privilegiado de partilha onde os participantes podem aprender com as experiências semelhantes de outras pessoas ajudando o participante a perceber que não está sozinho (Blakley & Mehr, 2008; Briere & Scott, 2014; Knowles, 2019). O grupo terapêutico favorece a expressão

emocional, o insight e a aceitação da realidade da perda (Klass, 1988; Rebelo, 2005; Robinson & Pond, 2019). Ter conhecimento de outras perdas pode promover a autoconsciência e o auto-reconhecimento levando a uma melhor compreensão e aceitação da sua própria situação de luto (Blakley & Mehr, 2008; Harper & Cole, 2012; Lima, 2013; Pascoal, 2012; Segerstad & Kasperowski, 2015; Yalom & Leszcz, 2014).

As reações de luto comuns após qualquer morte incluem sentimentos de tristeza, saudade, culpa e raiva (Andriessen et al., 2020). A possibilidade de participar numa intervenção psicológica em formato de grupo no luto desempenha um papel terapêutico fundamental ajudando o enlutado a lidar com os sentimentos de culpa (Alonso-Llácer et al., 2020; Gallego-Alberto et al., 2019; Vahdani et al., 2020). De igual forma, as psicoterapias têm demonstrado resultados eficazes na redução da sintomatologia depressiva associada ao processo de luto complicado (Barbosa et al., 2013; Rosner et al., 2011; Shear et al., 2014).

Para um dos participantes as expectativas não foram correspondidas. Este resultado parece estar relacionado com o número de sessões de psicoterapia realizadas. A revisão da literatura dos ensaios clínicos revela que em tratamentos cuidadosamente controlados e implementados, entre 57,6% e 67,2% dos pacientes melhoram em média de 12,7 sessões (Hansen et al., 2002). Da mesma forma, Boelen et al., (2007) demonstraram que seriam necessárias 12 sessões de psicoterapia para que o tratamento do luto complicado se revele eficaz. Em 2001, Anderson & Lambert verificaram que, em média, seria necessária uma “dosagem” de 13 sessões de psicoterapia para atingir uma taxa de 50% de melhoria. No estudo de Maccallum & Bryant (2011) encontraram uma diminuição dos sintomas de luto complicado para um protocolo que consiste em 10 semanas psicoterapia em grupo. Para além disso, a gravidade do luto provou ser um moderador importante da eficácia da intervenção do luto (Currier et al., 2008; Knowles, 2019).

Alguns estudos mostram que intervenções breves, com um reduzido número de sessões, tem efeitos eficazes no tratamento do luto complicado (Barbosa et al., 2014; Jané-Llopis & Barry, 2005; Kang, & Yoo, 2007). Contudo, há que ter em conta as idiosincrasias de cada enlutado, por um lado, associadas ao conteúdo protocolizado por cada tipo de psicoterapia por outro (Lichtenthal & Cruess, 2010; Wittouck et al., 2011). A adequação das necessidades dos enlutados e o suporte social é um dos fatores que

determina a eficácia de uma intervenção. No entanto, os estudos têm demonstrado que nem sempre o apoio social oferecido atende às necessidades específicas dos participantes (Aoun, et al., 2019; Robinson & Pond, 2019).

Benefícios e mudanças decorrentes da intervenção de grupo percebidas pelos participantes

Bem-estar emocional, social e psicológico

Com o objetivo de identificar os benefícios e mudanças desencadeadas pela intervenção de grupo os participantes reportam uma melhoria do **bem-estar emocional**, nomeadamente a nível da **expressão emocional** (2 ref.) (e.g., “sou sincera, fiz as sessões e o único momento em que eu me sentia mais leve era quando eu falava nas sessões..” ; “Ao estar assim em grupo eu consigo abrir-me mais”), do **humor** (2 ref.) (e.g., “houve uma melhoria a nível do humor” ; “Sim, eu até comentei aqui em casa que me estava a sentir mais animada”), diminuição do **choro** (1 ref) (e.g., “A nível do choro sim, estou melhor”) e diminuição da **culpabilidade** (1 ref) (e.g., “agora já não sinto que tive culpa”). Foi também reportado um aumento do **distanciamento emocional** (3 ref.) (e.g., “Consigo falar das coisas com mais leveza” ; “Já não me levantava de noite para arrumar as gavetas com as coisas do marido” ; “Sim sinto que já melhorei e muito, agora já consigo mexer mais nas coisas do meu marido”), **diminuição da dor emocional** (3 ref.) causada pelo acontecimento de perda (e.g., “já não estava a sentir tanto” “agora ainda me lembro mas já não é tanto já consigo pensar noutras coisas”) e uma maior capacidade em **dar lugar às memórias positivas** relacionadas com a pessoa falecida (1 ref.) (e.g., “Já consigo...lembrar-me de coisas boas que a gente passou”).

Os participantes reportaram uma melhoria do **bem-estar social**, a nível dos **relacionamentos** (2 ref.) (e.g., “houve uma melhoria a nível do humor, relações” ; “Há certos momentos que já consigo estar mais à vontade com os filhos, conversar e brincar”) e do **convívio** (2 ref.) (e.g., “..a nível de sair de casa” ; “Já ia sair com outras pessoas de fora, já convivia mais socialmente.”). A nível do **bem-estar psicológico** foi reportado um aumento do **interesse pela vida** (2 ref.) (e.g., “Sim, eu antes pensava em acabar com a vida, mas agora quando isso me passa pela cabeça eu digo não, não vais. Eu estou diferente nisso..” Temos de continuar, a vida é uma batalha, mas temos de a

viver.”) e do **aumento da qualidade do sono** (1 ref.) (e.g., “já estava a dormir melhor..”) (Tabela 5).

Embora a eficácia da psicoterapia esteja bem estabelecida, o conhecimento sobre os processos ativos que produzem uma mudança terapêutica ainda se encontram pouco estudados. Tzur Bitan & Lazar (2019), descreveram os processos ativos que produzem uma mudança terapêutica recorrendo à perspectiva de 174 indivíduos que já tinham participado numa intervenção psicoterapêutica. A expressão emocional, a expressão verbal e a possibilidade de partilhar experiências dolorosas de forma aberta foram os processos mais identificados.

Estes resultados, aproximam-se da literatura, uma vez que os estudos sugerem que os participantes nas pós-intervenções apresentam uma redução significativa dos sintomas do luto, na depressão global (Rosner et al., 2011; Shear et al., 2014), no sofrimento psicológico (Rosner et al., 2014), na diminuição do sentimento de culpa (Barbosa et al., 2014; Shear et al., 2005), diminuição do isolamento social e um aumento no ajuste social (Constantino et al., 2001).

A interrupção do grupo terapêutico e a impossibilidade de supervisionar de forma mais aprofundada o impacto do grupo nos participantes, apresenta-se como uma grande limitação. A realização do desenho inicial deste estudo iria permitir aprofundar pormenorizadamente os benefícios sentidos pelos participantes no decorrer da intervenção e não só as perceções dos participantes após o término da mesma.

Estratégias de Coping

Constatamos que o grupo terapêutico permitiu o desenvolvimento de **estratégias de coping** positivas relacionadas com o bem-estar reportado pelos participantes face ao seu processo de luto. Após o término do grupo os participantes reportaram a utilização de **estratégias psicológicas** orientadas para a substituição de pensamentos disfuncionais (1 ref.) (e.g., “agarro-me mais no pensamento das coisas boas”) e para a realização de **rituais religiosos** (1 ref.) (e.g., “Talvez me tenha agarrado um pouco mais à igreja, como um refúgio que a gente encontra”). Foram ainda utilizadas **estratégias comportamentais** relacionadas com a destituição dos pertences da pessoa falecida (1

ref.) (e.g., “Sim ajudaram muito, já consegui dar objetos que pertenciam ao marido..”) (Tabela 5).

O luto pode ser compreendido como uma experiência stressante que, pode colocar em causa o bem-estar do enlutado, uma vez que o mesmo pode avaliar as exigências do acontecimento como sendo superiores aos seus recursos (Stroebe & Schut, 2001). Como tal, as estratégias de *coping* desempenham um papel fundamental na vivência de um processo de luto adaptativo (Alam et al., 2012; Freitas & Michel, 2014; Root & Exline, 2014;). A teoria do stress cognitivo de Folkman e Lazarus torna-se importante, uma vez que permite perceber as estratégias de *coping* a adotar para um luto adaptativo, como por exemplo a presença de estados psicológicos positivos (Folkman, 1997). O grande desafio de um enlutado passa por lutar contra a dissonância cognitiva relacionada com a perda de um ente querido. Aprender a gerir as cognições e emoções na segurança de um grupo terapêutico com outras pessoas, que compartilham experiências de perda semelhantes, valida e universaliza sentimentos e pensamentos que possam existir (Blakley & Mehr, 2008) O contexto de grupo propicia a interação e feedback dos pares, elementos vitais para a autoconsciência e reforço de comportamentos positivos que facilitam a adaptação à nova realidade e a aquisição de estratégias de enfrentamento (Blakley & Mehr, 2008). A dor gerada pela experiência de perda pode fazer com que o enlutado tenha maior dificuldade em se separar dos pertences do falecido, utilizando os mesmos para dar continuidade ao último no mundo. Nesta fase, o enlutado está convicto que a dor pode ser amenizada pelo controle sobre os pertences do falecido (Guillard, 2017). Dar destino aos objetos de um falecido é uma tarefa difícil e dolorosa que os enlutados enfrentam ao longo do processo de luto (Gorer, 1965; Silva, 2013). Considerando estes resultados, que se aproximam da literatura, compreende-se que a destituição dos pertences do falecido surge em resultado de um processo emocional e psicológico de autodomínio (Roster, 2001).

Em consonância com os resultados obtidos, a literatura mostra que os enlutados tendem a recorrer a uma variedade de rituais religiosos para lidar com o acontecimento de perda e gerir o seu próprio luto (Carr, 2020; Mitima-Verloop et al., 2019). A realização de rituais religiosos pode levar à externalização de sentimentos e estimular a expressão de emoções (Rando, 1985; Vale-Taylor, 2009), pode ajudar a manter um vínculo significativo com o falecido (Mroz & Bluck, 2018; Possick et al., 2007; Vale-

Taylor, 2009), e pode ajudar a ganhar controle sobre as mudanças e incertezas trazidas pela experiência de perda (Norton & Gino, 2014).

Partilha de experiências

Foi ainda reportado pelos participantes que no grupo foi possível **partilharem as suas experiências de perda** (2 ref.) (e.g., “O facto de estarmos em grupo, poder partilhar as nossas experiências”) e com isso **reconhecerem a existências de experiências semelhantes** às suas próprias (2 ref.) (e.g., “como as pessoas estão a passar por situações parecidas conseguimos falar mais à vontade e partilhar”) permitindo o **desenvolvimento de novas perspetivas** acerca da própria dor através da comparação de experiências com os participantes do grupo (3 ref.) (e.g., “Por vezes, pensamos que estamos no limite mas depois de ouvir as outras pessoas percebemos que as coisas são muito diferentes” ; “Poder partilhar as nossas experiências com o objetivo de comparar”). Constatamos que a atividade desenvolvida no grupo foi integrada nas rotinas diárias após o término do mesmo (2 ref.) (e.g., “conversar, rever fotos do passado como chegamos a fazer no grupo e eu dei continuidade a isso” ; “Sim, eu lembro-me muitas vezes das coisas que vocês nos diziam e sim acho que está a ajudar”) A partilha foi facilitadora do **empoderamento/fortalecimento emocional** (1 ref.) (e.g., “Ao ouvirmo-nos uns aos outros uma pessoa sempre tem mais coragem e mais força”) (Tabela 5).

O grupo terapêutico pode proporcionar um espaço de partilha de experiências com pessoas que estejam a ultrapassar por situações semelhantes ajudando o participante a perceber que não está sozinho (Harper & Cole, 2012; Knowles, 2019; Lima, 2013; Pascoal, 2012; Yalom & Leszcz, 2014). Assim, o grupo proporciona uma experiência pessoal, promovendo o desenvolvimento de relações entre os participantes que se encontram na mesma situação de profunda dor psicológica (Berardelli et al., 2020). Os benefícios associados à intervenção terapêutica de grupo prendem-se com o apoio social recebido e sentido pelos participantes (Robinson & Pond, 2019).

A partilha de experiências contribui para a recuperação emocional associada à vivência experienciada, o que significa o alívio do impacto emocional da memória compartilhada (Zech & Rimé, 2005).

O estudo de Neil-Urban & Jones (2002) mostra que o contexto de grupo facilita a expressão de emoções do enlutado com outros participantes que compartilham as

mesmas experiências e sentimentos. O grupo revela-se um meio importante para aliviar o sofrimento dos enlutados e fortalecê-los emocionalmente (Samide & Stockton, 2002).

A terapia não se foca apenas no tratamento da doença/perturbação em causa, mas também na capacitação e desenvolvimento das forças e potenciais dos indivíduos (Rolvsjord, 2004). Os grupos terapêuticos promovem o fortalecimento/empoderamento emocional e a restauração do equilíbrio interno, desenvolvendo aos indivíduos a sensação de controle sobre as suas vidas (Chan et al., 2002; Oka et al., 2011). Os estudos têm demonstrado que a intervenção psicoterapêutica ajuda a estabilizar as reações à experiência de luto (Bonanno et al., 2004) aumentando a capacidade de resiliência do indivíduo (Bonanno & Lillienfeld, 2008).

Foram sentidas **poucas ou nenhuma mudanças** após o término da intervenção para dois dos participantes (2 ref.) (e.g., “Não sinto.. sou sincera”; “De momento como foi pouco tempo não sinto que tenha mudado grande coisa”).

Este resultado demonstra a necessidade de terem sido realizadas mais sessões de grupo para se poderem identificar ganhos e mudanças que se vão edificando ao longo da intervenção. Os estudos têm demonstrado que a eficácia das intervenções está relacionada com a sua durabilidade. Intervenções de curta duração, de uma a quatro sessões, estão associadas a uma menor eficácia do tratamento (Andriessen et al., 2019; Zisook et al., 2018).

Recomendação da experiência de grupo a terceiros

Com o objetivo de explorar a importância do grupo terapêutico no processo de luto individual através da recomendação da experiência de grupo a terceiros, constatamos que a maioria dos participantes **recomendava esta intervenção** como um tratamento benéfico a alguém que se encontre na mesma situação (5 ref.) (e.g., “Sim, sem dúvida alguma.. sim, sim recomendava de certeza absoluta” ; “Sim, aconselhava.. sinto que valia a pena..” ; “Sim claro acho que sim e informava de tudo isso” ; “Sim como me fez bem a mim recomendava”).

Os motivos evidenciados para a avaliação positiva desta intervenção prendem-se com a possibilidade que é dada aos pacientes de **falarem** abertamente **sobre a perda**

que vivenciaram (1 ref.) (e.g., “Sim sem dúvida porque a gente por vezes em casa não consegue falar de tudo, do que se passou e aí no grupo como as pessoas estão a passar por situações parecidas conseguimos falar mais à vontade e partilhar experiências”) e de **expressarem os seus sentimentos/emoções** (1 ref.) (e.g., “era bom para as outras pessoas ter aquele espaço que eu tinha lá para exteriorizarem aquilo que sentem”). Apenas um dos participantes **não recomendaria a intervenção** a terceiros (1 ref.) (e.g., “Acho que não...”) (Tabela 6).

A satisfação de um indivíduo face a uma experiência é influenciada e determinada pelas expectativas que o mesmo possui em relação a essa experiência (Kravitz, 1996; Larsen & Rootman, 1976; Linder-Pelz, 1982; Pascoe et al., 1983; Peck et al., 2001). Fatores inespecíficos, como as expectativas em relação a um tratamento podem influenciar os resultados do mesmo (Goetter et al., 2018). Os estudos mostram que as expectativas dos pacientes em relação aos resultados de um tratamento desempenham um papel importante no estímulo à mudança na psicoterapia (Constantino & Westra, 2012; Kirsch et al., 2015; Rutherford et al., 2010; Višlã et al., 2018).

Os benefícios reportados pelos participantes influenciam a recomendação da experiência de grupo a terceiros. Os grupos de apoio propiciam um contexto de partilha de experiências sobre a morte, de legitimação sentimentos (; Klass et al., 1996; Osterweis et al., 1984), de suporte emocional, identificação com as experiências dos outros e de ajuda por meio das relações recíprocas que os participantes criam entre eles (Aoun, et al., 2019; Knowles, 2019; Robinson & Pond, 2019; Vahdani et al., 2020).

Impacto da pandemia no processo de luto individual e na intervenção de grupo

Com o objetivo de explorar o impacto da pandemia no processo de luto dos participantes e na intervenção de grupo que foi interrompida pelas circunstâncias, verificamos que um dos enlutados reportou que foi possível **integrar a aprendizagem** adquirida ao longo da experiência do grupo durante a fase de confinamento (1 ref.) (e.g., “Agora com toda esta situação que estamos a passar como estamos todos em casa falamos mais e é bom conversar, rever fotos do passado como chegamos a fazer no grupo e eu dei continuidade a isso, acho que foi positivo”). Constatamos que a experiência de grupo permitiu ao participantes, durante a fase de pandemia, uma melhor

gestão dos seus sentimentos/emoções (1 ref.) (e.g., “Se não tivesse frequentado o grupo acho que agora nesta fase lidava com toda esta situação de uma forma muito pior, era muito mais difícil, agora consigo ver as coisas de uma outra perspectiva”) e uma **mudança de atitude** no enlutado em relação aos sentimentos desencadeados pela perda (2 ref.) (e.g., “Sim talvez, por ter frequentado o grupo é que eu também tenho aguentado estar aqui, senão se calhar já não teria...”) (Tabela 7).

A presença de emoções intensas após a perda de um ente querido parece ser transversal em todas as culturas (Ferreira, 2010). A capacidade de regulação emocional é um preditor importante no bem-estar emocional e na adaptação à perda de um elemento significativo (Bonanno, 2001; Znoj & Keller, 2002). O aumento da capacidade de gestão emocional reportada pelos participantes durante a fase da pandemia é extremamente importante para a adaptação ao luto, uma vez que a consciência das suas próprias emoções fará com que o indivíduo expresse adequadamente os seus sentimentos e tenha a capacidade de regular as suas emoções com mais eficácia (Greenberg, 2002).

Embora seja claro que o propósito de qualquer psicoterapia seja promover a mudança do indivíduo, essas mudanças podem surgir desde a diminuição da sintomatologia até uma mudança na estrutura da personalidade (Ogles, 2013). Os estudos têm demonstrado que uma intervenção terapêutica ajuda a estabilizar as reações à experiência de luto (Bonanno et al., 2004) e aumenta a capacidade de resiliência do indivíduo (Bonanno & Lillienfeld, 2008). O aumento da apreciação da vida no geral observa-se nos enlutados que, ao contrário daqueles que continuam focados em aspetos negativos do evento traumático tentam encontrar algum tipo de benefício no acontecimento vivenciado (Calhoun et al., 2010).

As mortes inesperadas por COVID-19, acrescidas aos regimes de quarentena/bloqueio e acesso limitado ou nenhum acesso ao apoio familiar, pode reforçar a negação e a raiva sobre a morte, podendo resultar em níveis elevados de luto complicado nos indivíduos em geral (Maddrell, 2020). As múltiplas perdas podem causar um efeito cumulativo, sendo especialmente graves para aqueles que já se encontravam em processo de luto (Inchausti, et al., 2020; Maddrell, 2020). Um grupo de intervenção psicológica desempenha um papel terapêutico fundamental no luto ajudando o enlutado a lidar com a ansiedade, angústia, pensamentos e sentimento de culpa. Os benefícios

gerados por este tipo de intervenção podem ser uma alternativa útil durante a pandemia (Vahdani et al, 2020). De igual forma, os resultados obtidos sugerem que os ganhos e benefícios gerados pela intervenção de grupo ajudaram os participantes a gerir da melhor forma as consequências causadas pela pandemia.

Foi ainda reportado pelos participantes um **impacto negativo** resultante da pandemia relacionado com o **isolamento social** (1 ref.) (e.g., “estamos parados a nível de tudo, também não ajuda “), com a **paragem do tratamento** (2 ref.) (e.g., “também paramos com o tratamento... está tudo contra nós.. a nível disso está tudo contra nós” ; “Este tratamento é muito bom e importante é pena não se poder ir agora..”), com o aumento dos níveis de **stress** (1 ref.) (e.g., “Ainda me causa mais stress.”) e com a manifestação de **desânimo** (2 ref.) (e.g., “mas agora com isto ainda fiquei pior, está o cemitério fechado..” ; “...é assim, ainda para mais com esta fase, é mesmo muito devastadora) (Tabela 7).

A pandemia veio alterar a normalidade das nossas vivências, sobretudo, nas experiências individuais e sociais relativamente à morte e ao luto. A rápida disseminação do COVID-19 coloca grande pressão sobre a capacidade de resposta e resiliência dos sistemas de saúde públicos e privados em todo o mundo levando ao cancelamento de alguns tratamentos médicos (Emanuel et al. 2020; Legido-Quigley et al. 2020; Maddrell, 2020). Segundo a literatura, o isolamento social e a falta de estruturas de apoio têm influência nas experiências de luto, nas quais existe uma diversidade de fatores negativos que levam ao aumento do risco adverso no luto, originando-o mais intenso ou prolongado (Mayland, et al., 2020). Com o período de pandemia, verifica-se um aumento significativo do luto complicado, perturbação de Stress pós-traumático, humor depressivo, irritabilidade, medo, nervosismo, tristeza, culpa e stress (Brooks et al., 2020; Douglas & Douglas, 2009; Ho et al., 2020; Lissoni et al., 2020; Pattison, 2020; Wallace, et al., 2020; Wang et al., 2020; Zhang & Feei Ma, 2020).

Capítulo IV- Conclusão

A análise dos testemunhos dos participantes, permitiu-nos associar o presente processo de luto a dificuldades de nível social, emocional, físico, psicológico e comportamental. Não podendo dar relevo à totalidade dos dados, enfatizou-se que os sintomas e dificuldades testemunhadas pelos participantes vão de encontro ao que a literatura defende como sendo as principais reações e sintomas face a um processo de luto.

Sobressai neste estudo as expectativas formuladas pelos participantes ao integrar um grupo terapêutico, destacando a partilha de experiências, o falar sobre o acontecimento e o bem-estar psicológico como as expectativas mais reportadas. A maioria dos participantes viram as suas expectativas correspondidas após o término do grupo.

Os benefícios e mudanças percebidas pelos participantes após o fim do tratamento permitiram chegar à conclusão de que a intervenção de grupo desencadeou uma melhoria dos sintomas previamente reportados. Face os testemunhos recolhidos, concluímos que, apesar do número reduzido de sessões, a intervenção já estaria a provocar efeitos positivos no processo de luto dos enlutados. Estes resultados sugerem que os ganhos adquiridos neste formato de tratamento influenciaram a recomendação positiva desta intervenção a terceiros por parte dos participantes.

Com o encerramento antecipado do grupo sentimos necessidade de perceber quais as consequências despoletadas pela pandemia COVID-19. As análises dos

testemunhos revelam que a paragem do tratamento e isolamento provocado pelas circunstâncias despoletaram desânimo e stress nos participantes. Em contrapartida, os enlutados reportam que durante essa fase, as estratégias abordadas no grupo que atenuaram as consequências negativas associadas à fase pandémica.

Consideramos que ao avaliar o processo de grupo na perspetiva dos participantes permitiu conhecer e compreender os ingredientes essenciais a ser trabalhados ao longo de um processo interventivo especializado na área do luto. Descobrimos que tão ou mais importante do que reconhecer o apoio que o grupo terapêutico fornece é aprofundar a forma como o mesmo é recebido pelos participantes que dele fizeram parte integrante. Este conhecimento pode ser essencial no desenho de futuras intervenções na área do luto complicado. O desenho inicial desta investigação não foi realizado devido ao encerramento antecipado do grupo terapêutico desencadeado pelas circunstâncias de pandemia. Como tal, o número reduzido dos participantes e de sessões impossibilitou atingir a saturação teórica necessária segundo as orientações da *Grounded Theory*. Sugerimos que em futuras investigações sejam realizadas análises mais aprofundadas daquelas que foram alcançadas através deste estudo, aprimorando a metodologia e dando voz a mais participantes, de forma a contemplar uma maior e mais diversificada panóplia de experiências.

Referências Bibliográficas

- Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (2001). A survival analysis of clinically significant change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 875–888. <https://doi.org/10.1002/jclp.1056>
- Andriessen, K., Kryszynska, K., & Dransart, D. A. C. (2020). Grief After Suicide: A Health Perspective on Needs, Effective Help, and Personal Growth. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.614405>
- Alonso-Llácer, L., Martín, P. B., Ramos-Campos, M., Mesa-Gresa, P., Lacomba-Trejo, L., & Pérez-Marín, M. (2020). Mindfulness and grief: The MADED program mindfulness for the acceptance of pain and emotions in grief. *Psicooncologia*, 2020, vol. 17, num. 1, p. 105-116. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.68244>
- Aoun, S. M., Breen, L. J., Rumbold, B., Christian, K. M., Same, A., & Abel, J. (2019). Matching response to need: What makes social networks fit for providing bereavement support? *PloS one*, 14(3), e0213367. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213367>

- Alam, R., Barrera, M., D'Agostino, N., Nicholas, D. B., & Schneiderman, G. (2012). Bereavement experiences of mothers and fathers over time after the death of a child due to cancer. *Death studies*, 36(1), 1-22. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553312>
- Andriessen, K., Krysincka, K., Hill, N. T., Reifels, L., Robinson, J., Reavley, N., & Pirkis, J. (2019). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC psychiatry*, 19(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2020-z>
- Brandão, C., Taquette, S., & Ribeiro, J. (2017). O Papel da Investigação Qualitativa em Psicologia? *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 6(4). <https://doi.org/10.1002/jclp.1056>
- Barbosa, V., Sá, M., & Carlos Rocha, J. (2014). Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. *Aging & Mental Health*, 18(3), 354-362. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.833164>
- Bonanno, G. A. (2001). Grief and emotion: A social–functional perspective. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (p. 493–515). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10436-021>
- Bonanno, G. A., & Lilienfeld, S. O. (2008). Let's be realistic: When grief counseling is effective and when it's not. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 377. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.3.377>

- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., & Nesse, R. M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and aging*, 19(2), 260. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.2.260>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., ... & Nickerson, A. (2014). Treating prolonged grief disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 71(12), 1332-1339. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Berardelli, I., Erbuto, D., Rogante, E., Sarubbi, S., Lester, D., & Pompili, M. (2020). Making sense of the unique pain of survivors: a psychoeducational approach for suicide bereavement. *Frontiers in psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01244>
- Boelen, P. A., de Keijser, J., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(2), 277. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.277>

- Breen, L. J., & O'Connor, M. (2011). Family and social networks after bereavement: Experiences of support, change and isolation. *Journal of Family Therapy*, 33(1), 98-120. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00495.x>
- Boelen, P. A., Eisma, M. C., Smid, G. E., Keijser, J. D., & Lenferink, L. I. (2020). Remotely delivered cognitive behavior therapy for disturbed grief during the COVID-19 crisis: challenges and opportunities. *Journal of Loss and Trauma*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1793547>
- Blakley, T. L., & Mehr, N. (2008). Common ground: The development of a support group for survivors of homicide loss in a rural community. *Social Work with Groups*, 31(3-4), 239-254. <https://doi.org/10.1080/01609510801980971>
- Briere, J. N., & Scott, C. (2014). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment (DSM-5 update)*. Sage Publications.
- Cervo, A. L., & Bervian, P. A. (1980). *Metodologia científica*. McGraw Hill.
- Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. *Psychological bulletin*, 134(5), 648. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.5.648>
- Constantino, R. E., Sekula, L. K., & Rubinstein, E. N. (2001). Group intervention for widowed survivors of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(4), 428-441.
- Constantino, M. J., & Westra, H. A. (2012). An expectancy-based approach to facilitating corrective experiences in psychotherapy. <https://doi.org/10.1037/13747-008>

- Carr, D. (2020). Mental health of older widows and widowers: Which coping strategies are most protective?. *Aging & Mental Health*, 24(2), 291-299. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1531381>
- Calhoun, L., Tedeschi, R., Cann, A., & Hanks, E. (2010). Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*, 50(1-2). <http://dx.doi.org/10.5334/pb-50-1-2-125>
- Chan, C. L., Chan, Y., & Lou, V. W. (2002). Evaluating an empowerment group for divorced Chinese women in Hong Kong. *Research on Social Work Practice*, 12(4), 558-569.
- Delalibera, M., Coelho, A. & Barbosa, A. (2011). Validação do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado para a População Portuguesa, *Acta Med Port.* 2011; 24(6):935-942
- Dodd, A., Guerin, S., Delaney, S., & Dodd, P. (2020). Complicated Grief: How is it Conceptualized by Professionals?. *Journal of Loss and Trauma*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1722460>
- Djelantik, A. M. J., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of affective disorders*, 265, 146-156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Douglas, P. K., Douglas, D. B., Harrigan, D. C., & Douglas, K. M. (2009). Preparing for pandemic influenza and its aftermath: mental health issues considered. *International journal of emergency mental health*, 11(3), 137-144.

- Dyregrov, K., Dyregrov, A., & Johnsen, I. (2014). Positive and negative experiences from grief group participation: A qualitative study. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 68(1), 45-62. <https://doi.org/10.2190/OM.68.1.c>
- Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2008). *Effective grief and bereavement support: The role of family, friends, colleagues, schools and support professionals*. Jessica Kingsley Publishers.
- Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glick-man, A., et al. (2020). Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19. *New England Journal of medicine*. <https://doi.org/10.1056/NEJMs b2005 114>
- Eisma, M. C., & Stroebe, M. S. (2017). Rumination following bereavement: An overview. *Bereavement Care*, 36(2), 58-64. <https://doi.org/10.1080/02682621.2017.1349291>
- Eisma, M. C., Tamminga, A., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of affective disorders*, 278, 54-56. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049>
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica* (Pereira, trad.). Lisboa:Monitor. Instituto de Segurança Social (2004). *O estudo dos semabrigo*.
- Fontana, A. & Frey, J. H. (1994). Interviewing: the Art of Science. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. (pp. 361-376). Thousand Oaks: Sage.
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal*

of affective disorders, 127(1-3), 352-358.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.008>

Ferreira, E. R. (2010). Luto complicado e regulação emocional em pais que perderam os filhos. (Dissertação de mestrado).

Folkman, S. F. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress.

Social Science Medicine, 45(8), 1207–1221. [https://doi.org/10.1016/S0277-](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00040-3)

[9536\(97\)00040-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00040-3)

Fernandes, E. & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In E. Fernandes & L. Almeida (Eds.), *Métodos e técnicas de avaliação. Contributos para a prática e investigação psicológicas*. Universidade

Fields, S. A., Johnson, W. M., & Mears, J. (2018). How to treat complicated grief.

Journal of Family Practice, 67(10), 637-640.

Freitas, J. L. D., & Michel, L. H. F. (2014). A maior dor do mundo: o luto materno em uma perspectiva fenomenológica. *Psicologia em estudo*, 19(2), 273-283.

<https://doi.org/10.1590/1413-737222324010>

Glickman, K., Shear, M. K., & Wall, M. M. (2017). Mediators of outcome in complicated grief treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 73(7), 817-828.

<https://doi.org/10.1002/jclp.22384>

Guillard, V. (2017). Understanding the process of the disposition of a loved one's possessions using a theoretical framework of grief. *Consumption Markets &*

Culture, 20(5), 477-496. <https://doi.org/10.1080/10253866.2017.1367677>

Gorer, G. (1965). *Death. Grief and Mourning in Contemporary Britain*, London: Cresset.

- Ghesquiere, A., Bagaajav, A., Ito, M., Sakaguchi, Y., & Miyashita, M. (2020). Investigating associations between pain and complicated grief symptoms in bereaved Japanese older adults. *Aging & mental health*, 24(9), 1472-1478. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1594166>
- Gallego-Alberto, L., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Cabrera, I., & Losada, A. (2019). Pilot study of a psychotherapeutic intervention for reducing guilt feelings in highly distressed dementia family caregivers (Innovative practice). *Dementia*, 1471301219886761. <https://doi.org/10.1177/1471301219886761>
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1594166>
- Goetter, E. M., Mauro, C. M., Qiu, X., Skritskaya, N. A., Reynolds III, C. F., Zisook, S., Shear, M.K & Simon, N. M. (2018). Treatment expectancy and working alliance in pharmacotherapy as predictors of outcomes in complicated grief. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(4), 367. <https://doi.org/10.1037/ccp0000294>
- Gonçalves, O. (1994). Cognitive narrative psychotherapy: The hermeneutic construction of alternative meanings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8(2), 105–125.
- Gonçalves, O. (2002a). *Psicoterapia cognitiva narrativa: Manual de terapia breve* [Cognitive narrative psychotherapy: Handbook of brief therapy]. Bilbao: Editorial Desclée.

- Gonçalves, O. (2002b). Viver narrativamente: A psicoterapia como adjetivação da experiência [Living narrative: The psychotherapy as adjective of experience]. Coimbra: Quarteto Editora.
- Greenberg, L. S. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy integration*, 12(2), 154. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.12.2.154>
- Hood, M. (2009). Case study. In J. Heigham & R. A. Croker (Eds.), *Qualitative research in applied linguistics: A practical introduction* (pp. 66-90). London, UK: Palgrave Macmillan.
- Hård Af Segerstad, Y., & Kasperowski, D. (2015). A community for grieving: Affordances of social media for support of bereaved parents. *New Review of Hypermedia and Multimedia*, 21(1-2), 25-41. <https://doi.org/10.1080/13614568.2014.983557>
- Hunt, S & Greeff, A. P. (2011). Parental Bereavement: A Panoramic View. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 64, 41-63. <https://doi.org/10.2190/OM.64.1.d>
- Harper, M., & Cole, P. (2012). Member checking: Can benefits be gained similar to group therapy. *The qualitative report*, 17(2), 510-517.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American psychologist*, 41(2), 159.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: science and practice*, 9(3), 329-343. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.329>

- Ho, Cyrus & Chee, Cornelia & Ho, Roger. (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 49, 1-3.
- Iglewicz, A., Shear, M. K., Reynolds III, C. F., Simon, N., Lebowitz, B., & Zisook, S. (2020). Complicated grief therapy for clinicians: An evidence-based protocol for mental health practice. *Depression and Anxiety*, 37(1), 90-98. <https://doi.org/10.1002/da.22965>
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G. (2020). Psychological intervention and COVID-19: what we know so far and what we can do. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09460-w>
- Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 180. <https://doi.org/10.1037/a0036836>
- Johnsen, I., Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2012). Participants with prolonged grief—How do they benefit from grief group participation? *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 65(2), 87-105. <https://doi.org/10.2190/OM.65.2.a>
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69–86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>

- Jané-Llopis, E., & Barry, M. M. (2005). What makes mental health promotion effective? *Promotion & education*, 12(2_suppl), 47-54.
<https://doi.org/10.1177/10253823050120020108>
- Kirsch, I., Wampold, B., & Kelley, J. M. (2016). Controlling for the placebo effect in psychotherapy: Noble quest or tilting at windmills?. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 121.
<https://doi.org/doi:10.1037/cns0000065>
- Klass, D. (1988). *Parental grief: Solace and resolution*. New York: Springer Publishing Company.
- Kang, H. Y., & Yoo, Y. S. (2007). Effects of a bereavement intervention program in middle-aged widows in Korea. *Archives of psychiatric nursing*, 21(3), 132-140.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.12.007>
- Klass, D. (1996). The deceased child in the psychic and social worlds of bereaved parents during the resolution of grief in Klass, D., Silverman, P. and Nickman, S.(eds) *Continuing Bonds, New Understandings of Grief*.
- Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K., & Wagner, B. (2013). Brief Internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(6), 372-381. <https://doi.org/10.1159/000348713>
- Knowles, L. M. (2019). *A Randomized Controlled Pilot Trial of a Mindfulness Intervention for Grief in Widows and Widowers*. (Masters dissertation).

- Kissane, D. W., Zaider, T. I., Li, Y., Hitchenberg, S., Schuler, T., Lederberg, M., ... & Del Gaudio, F. (2016). Randomized controlled trial of family therapy in advanced cancer continued into bereavement. *Journal of clinical oncology*, 34(16), 1921. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.63.0582>
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of affective disorders*, 131(1-3), 339-343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
- Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre a morte e o morrer* (Paulo Menezes, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L., & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1009–1016. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.5.1009>
- Kokou-Kpolou, C. K., Fernández-Alcántara, M., & Cénat, J. M. (2020). Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S94. <https://doi.org/10.1037/tra0000798>
- Lichtenthal, W. G., & Cruess, D. G. (2010). Effects of directed written disclosure on grief and distress symptoms among bereaved individuals. *Death Studies*, 34(6), 475-499. <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.483332>
- Lundorff, M., Bonanno, G. A., Johannsen, M., & O'Connor, M. (2020). Are there gender differences in prolonged grief trajectories? A registry-sampled cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 168-175. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.030>
- Lissoni, B., Del Negro, S., Brioschi, P., Casella, G., Fontana, I., Bruni, C., & Lamiani, G. (2020). Promoting resilience in the acute phase of the COVID-19 pandemic:

- Psychological interventions for intensive care unit (ICU) clinicians and family members. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000802>
- Lima, M. P. D. (2013). *Intervenção em grupo com adultos de idade avançada*.
Intervenção em grupo com adultos de idade avançada.
- Lobiondo-Wood, G. & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ªed. Rio de Janeiro: Gaunabara Koogan.
- Legido-Quigley, H., Mateos-García, J. T., Campos, V. R., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C., & McKee, M. (2020). The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *Lancet Public Health*. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30060-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30060-8).
- LeBlanc, N. J., Simon, N. M., Reynolds III, C. F., Shear, M. K., Skritskaya, N., & Zisook, S. (2019). Relationship Between Complicated Grief and Depression: Relevance, Etiological Mechanisms, and Implications. In *Neurobiology of Depression* (pp. 231-239). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813333-0.00020-2>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 212, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Leal, L., Silva, S. C., Sardinha, L. S., & de Lemos, V.A. (2019). A importância da psicoterapia no processo do luto. *Diálogos Interdisciplinares*, 8(1), 1-7.

- Mroz, E. L., & Bluck, S. (2019). In memory: Predicting preferences for memorializing lost loved ones. *Death studies*, 43(3), 154-163. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1440033>
- Minayo, M. C. D. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & saúde coletiva*, 17, 621-626.
- Maddrell, A. (2020). Bereavement, grief, and consolation: Emotional-affective geographies of loss during COVID-19. *Dialogues in Human Geography*, 10(2), 107-111. <https://doi.org/10.1177/2043820620934947>
- Mortazavi, S. S., Assari, S., Alimohamadi, A., Rafiee, M., & Shati, M. (2020). Fear, loss, social isolation, and incomplete grief due to COVID-19: a recipe for a psychiatric pandemic. *Basic and clinical neuroscience*, 11(2), 225. <https://doi.org/10.32598/bcn.11.covid19.2549.1>
- MacKinnon, C. J., Smith, N. G., Henry, M., Milman, E., Berish, M., Farrace, A., Korner, A., Chochinov, H.M & Cohen, S. R. (2016). A pilot study of meaning-based group counseling for bereavement. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 72(3), 210-233. <https://doi.org/10.1177/0030222815575002>
- Mitima-Verloop, H. B., Mooren, T. T., & Boelen, P. A. (2019). Facilitating grief: An exploration of the function of funerals and rituals in relation to grief reactions. *Death Studies*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1686090>
- Marques, M. (2005). Para a compreensão de um envolvimento musical – Experiências de alunos de guitarra clássica e de guitarra jazz no ensino superior. Unpublished master's thesis, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

- Mayland, C. R., Harding, A. J., Preston, N., & Payne, S. (2020). Supporting adults bereaved through COVID-19: a rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.012>
- Miller, M. D., Stack, J., & Reynolds III, C. F. (2018). A two-tiered strategy for preventing complications of bereavement in the first thirteen months post-loss: a pilot study using peer supports with professional therapist back-up. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(3), 350-357. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.05.011>
- Mason, T. M., & Toftagen, C. S. (2019). Complicated grief of immediate family caregivers: a concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 42(3), 255-265. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000243>
- Malkinson, R. (2019). REBT and Complicated Grief. In *REBT with Diverse Client Problems and Populations* (pp. 171-189). Springer, Cham.
- Neil-Urban, S., & Jones, J. B. (2002). Father-to-father support: Fathers of children with cancer share their experience. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 19(3), 97-103. <https://doi.org/10.1177/104345420201900304>
- Neimeyer, R. A. (2006). Complicated grief and the reconstruction of meaning: Conceptual and empirical contributions to a cognitive-constructivist model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 141-145. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00016.x>
- Norton, M. I., & Gino, F. (2014). Rituals alleviate grieving for loved ones, lovers, and lotteries. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(1), 266. <https://doi.org/10.1037/a0031772>

- Nakajima, S. (2018). Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170273. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0273>
- Ott, C. H. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death studies*, 27(3), 249-272. <https://doi.org/10.1080/07481180302887>
- Ogles, B. M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6, 134–166
- Oka, T., Tanaka, S., Ake, H., & Kuwabara, S. (2011). Self-help groups for family survivors of suicide in Japan: For empowerment, not grief care. In *Proceedings of 21st Asia-Pacific Social Work Conference* (pp. 526-533). <https://doi.org/10.1177/1049731502012004007>
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., & Rosie, J. S. (2002). Interpersonal predictors of group therapy outcome for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52(4), 511-535.
- Osterweis, M., Solomon, F., & Green, M. (1984). Bereavement intervention programs. In *Bereavement: Reactions, consequences, and care*. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/8>
- Possick, C., Buchbinder, E., Etzion, L., Yehoshua-Halevi, A., Fishbein, S., & Nissim-Frankel, M. (2007). Reconstructing the loss: Hantzacha commemoration following the death of a spouse in a terror attack. *Journal of Loss and Trauma*, 12(2), 111-126. <https://doi.org/10.1080/15325020600945947>
- Pascoal, M. (2012). Trabalho em grupo com enlutados. *Psicologia em Estudo*, 17(4), 725-729. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722012000400019>

- Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., Rosie, J. S., & Ogrodniczuk, J. S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *International journal of group psychotherapy*, 51(4), 525-552. <https://doi.org/10.1521/ijgp.51.4.525.51307>
- Parkes, C. M. (1998). *Luto estudos sobre a perda na vida adulta* (Vol. 56). Summus editorial.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., ... & Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American journal of Psychiatry*, 152(1), 22-30.
- Prigerson, H. (2004). Complicated grief: When the path of adjustment leads to a dead-end. *Bereavement Care*, 23(3), 38-40. <https://doi.org/10.1080/02682620408657612>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Franka, E., Doman, J & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59(1-2), 65-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rebelo, J. E. (2005). Importância da entreajuda no apoio a pais em luto. *Análise psicológica*, 23(4), 373-380.
- Robinson, C., & Pond, R. (2019). Do online support groups for grief benefit the bereaved? Systematic review of the quantitative and qualitative literature.

- Computers in Human Behavior, 100, 48-59.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.06.011>
- Rutherford, B. R., Wager, T. D., & Roose, S. P. (2010). Expectancy and the treatment of depression: a review of experimental methodology and effects on patient outcome. *Current psychiatry reviews*, 6(1), 1-10.
<https://doi.org/10.2174/157340010790596571>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 102066.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Rosner, R., Lumbeck, G., & Geissner, E. (2011). Effectiveness of an inpatient group therapy for comorbid complicated grief disorder. *Psychotherapy Research*, 21(2), 210-218. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.545839>
- Rolvjord, R. (2004). Therapy as empowerment: Clinical and political implications of empowerment philosophy in mental health practises of music therapy. *Nordic journal of music therapy*, 13(2), 99-111.
<https://doi.org/10.1080/08098130409478107>
- Rosner, R., Pfoh, G., Kotoučová, M., & Hagl, M. (2014). Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 167, 56-63.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.035>
- Roster, C. A. (2001). Letting go: the process and meaning of dispossession in the lives of consumers. *ACR North American Advances*.
- Root, B. L., & Exline, J. J. (2014). The role of continuing bonds in coping with grief: Overview and future directions. *Death Studies*, 38(1), 1-8.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2012.712608>

- Rando, T. A. (1985). Creating therapeutic rituals in the psychotherapy of the bereaved. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(2), 236. <https://doi.org/10.1037/h0085500>
- Supiano, K. P., & Luptak, M. (2014). Complicated grief in older adults: A randomized controlled trial of complicated grief group therapy. *The Gerontologist*, 54(5), 840-856. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt076>
- Santoni, G. (83). jogos psicológicos para dinâmicas de grupos. Um manual para psicólogos, professores, operadores sociais, animadores.
- Souza, A. M. D., Moura, D. D. S. C., & Corrêa, V. A. C. (2009). Implicações do pronto-atendimento psicológico de emergência aos que vivenciam perdas significativas. *Psicologia: ciência e profissão*, 29 (3), 534-545. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000300008>
- Shear, M. K. (2015). Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153-160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
- Samide, L. L., & Stockton, R. (2002). Letting go of grief. *Journal for Specialists in Group Work*, 27(2), 192-204.
- Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C., Duan, N., Lebowitz, B & Skritskaya, N. (2016). Optimizing treatment of complicated grief: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 73(7), 685-694. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0892>
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *Jama*, 293(21), 2601-2608. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>

- Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 71(11), 1287-1295. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242>
- Shear, M. K., Ghesquiere, A., & Glickman, K. (2013). Bereavement and complicated grief. *Current Psychiatry Reports*, 15, 406. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0406-z>
- Schut, H., & Stroebe, M. S. (2005). Interventions to enhance adaptation to bereavement. *Journal of palliative medicine*, 8(supplement 1), s-140. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-140>
- Siqueira, A. C., & Azevedo, D. F. (2020). Terapia do luto: Intervenções clínicas na elaboração do processo de luto. *Revista Farol*, 9(9), 341-355.
- Silva, A. V. (2013). " A partida da promessa": o rito de luto evangélico e os objetos dos mortos. *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares*, 15(1).
- Szanto, K., Prigerson, H., Houck, P., Ehrenpreis, L., & Reynolds III, C. F. (1997). Suicidal ideation in elderly bereaved: the role of complicated grief. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(2), 194-207. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1997.tb00291.x>
- Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social science & medicine*, 63 (9), 2440-2451. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012>
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)

- Szuhany, K. L., Young, A., Mauro, C., García de la Garza, A., Spandorfer, J., Lubin, R., ... & Zisook, S. (2020). Impact of sleep on complicated grief severity and outcomes. *Depression and anxiety*, 37(1), 73-80.
<https://doi.org/10.1002/da.22929>
- Shear, M. K. (2010). Complicated grief treatment: The theory, practice and outcomes. *Bereavement Care*, 29(3), 10-14.
- Silva, T. M. M. D. (2010). Luto complicado e regulação emocional em doentes psiquiátricos. (Dissertação de mestrado, Instituto universitário de ciências da Saúde).
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (2001). Models of coping with bereavement: A review. In MS Stroebe, W. Stroebe, & RO Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 375-403).
- Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 375-403). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Seidman, I. E. (2006). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and social sciences* (3rd Ed.). New York, USA: Teachers College Press.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. (pp. 273-285). Thousand Oaks: Sage.
- Tzur Bitan, D., & Lazar, A. (2019). What do people think works in psychotherapy: A qualitative and quantitative assessment of process expectations. *Professional*

Psychology: Research and Practice, 50(4), 272.

<https://doi.org/10.1037/pro0000241>

Toftagen, C. S., Kip, K., Witt, A., & McMillan, S. C. (2017). Complicated grief: risk factors, interventions, and resources for oncology nurses. *Clinical journal of oncology nursing*, 21(3), 331-337. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.331-337>

Turvey, C., Stromquist, A., Kelly, K., Zwerling, C., & Merchant, J. (2002). Financial loss and suicidal ideation in a rural community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 373-380. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02340.x>

Vahdani, B., Javadi, S. M. H., Sabzi Khoshnami, M., & Arian, M. (2020). Grief process and the Covid-19 pandemic: Wise intervention in vulnerable groups and survivors. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(2), e103855. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.103855>.

Vîslă, A., Constantino, M. J., Newkirk, K., Ogrodniczuk, J. S., & Söchting, I. (2018). The relation between outcome expectation, therapeutic alliance, and outcome among depressed patients in group cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 28(3), 446-456. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1218089>

Vale-Taylor, P. (2009). "We will remember them": a mixed-method study to explore which post-funeral remembrance activities are most significant and important to bereaved people living with loss, and why those particular activities are chosen. *Palliative Medicine*, 23(6), 537-544. <https://doi.org/10.1177/0269216309103803>

Vilar, B. S. (2019). Há tempo para o luto: o impacto da realização de tarefas pós-morte no processo de luto (Dissertação de Doutoramento, Lisboa).

- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(1), 69-78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., ... & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, behavior, and immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
- Wagner, B., Hofmann, L., & Maaß, U. (2020). Online-group intervention after suicide bereavement through the use of webinars: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 1-13.
- Worden, W.J. (2013). *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental* (4ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer publishing Company.
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief During the COVID 19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *Journal of pain and symptom management*, 60(1), e70 e76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
- Xiu, D., Chow, A. Y., & Tang, S. (2020). Predictive factors for differential changes in grief symptoms following group bereavement intervention for Chinese widowed older adults. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(3), 267-277. <https://doi.org/10.1002/cpp.2425>

- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic books (AZ).
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2014). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Bollati Boringhieri.
- Zisook, S., & Shuchter, S. R. (1993). Major depression associated with widowhood. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1(4), 316-326.
<https://doi.org/10.1097/00019442-199300140-00006>
- Zhang, B., El-Jawahri, A., & Prigerson, H. G. (2006). Update on bereavement research: Evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *Journal of palliative medicine*, 9(5), 1188-1203.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1188>
- Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2381. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>
- Zimerman, D. E. (2009). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Artmed Editora.
- Zech, E., & Rimé, B. (2005). Is talking about an emotional experience helpful? Effects on emotional recovery and perceived benefits. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 12(4), 270-287.
<https://doi.org/10.1002/cpp.460>
- Znoj, H. J., & Keller, D. (2002). Mourning parents: Considering safeguards and their relation to health. *Death studies*, 26(7), 545-565.
<https://doi.org/10.1080/074811802760191708>

Zisook, S., Shear, M.K., Reynolds, C.F., Simon, N.M., Mauro, C., Skritskaya, N.A., Lebowitz, B., Wang, Y., Tal, I., Glorioso, D., Wetherell, J.L., Iglewicz, A., Robinaugh, D., Qiu, X. (2018). Treatment of complicated grief in survivors of suicide loss: a HEAL report. *The Journal of clinical psychiatry*, 79(2), 0-0. <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11592>

Anexos e Tabelas

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra do grupo experimental de luto por viuvez (n=6)

Grupo experimental

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Género				
Feminino	5	83.3		
Masculino	1	16.7		
Idade			50.17	8.01
Estado Civil				
Viúvo	6	100		
Escolaridade				
4º ano	3	50.0		
6º ano	2	33.3		
12º ano	1	16.7		

Anexo I

Guião da entrevista semi-estruturada

QUESTÕES TEÓRICAS

Q1	O que o levou a participar no grupo de intervenção? (necessidades,
-----------	--

	expetativas)
Q2	Que aspetos eram mais difíceis de lidar para si, antes de iniciar a intervenção? (Sintomas , alterações de rotina, relação com os outros...)
Q3	As suas expetativas foram correspondidas?
Q4	Quais foram as maiores mudanças/benefícios que sentiu ou foi sentindo em si durante/ após a participação no grupo? O que contribuiu para isso?
Q5	Se encontrasse um amigo que este estivesse a passar pela perda de alguém muito querido, aconselhá-lo-ia a procurar ajuda nestes moldes ? Porquê?
Q6	De que forma é sente que a vivencia do grupo de intervenção está a ter impacto neste período que está a vivenciar de pandemia ? O processo trouxe mais valias para a vivência de situações difíceis?
Q7	Sente que se tornou mais resiliente e com estratégias para enfrentar este momento?

Anexo II

Consentimento informado



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Projeto:

“Intervenção de Grupo no Luto Complicado após perda de cônjuges”

Eu, _____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar nas duas unidades do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, que pretende descrever e avaliar a sintomatologia do luto complicado, bem como do projeto em que serei incluído(a) e garantido o direito de decidir livremente aceitar ou recusar participar na investigação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, métodos, benefícios previstos, riscos potenciais e eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no projeto, sem qualquer tipo de repercussões, devendo contactar a investigadora principal para informar dessa decisão (Dr.^a Noémia Carvalho). Foi-me de igual forma assegurado que a minha identidade permanecerá confidencial, garantindo a máxima privacidade e confidencialidade dos dados.

Assim, aceito responder às questões propostas no âmbito desta investigação - designadamente a realizar uma entrevista semi-estruturada no final do processo que será gravada em áudio e participar na intervenção de grupo.

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura do participante: _____

O Investigador Responsável:

Tabela 2

Categoria Sintomas e dificuldades prévias à intervenção

Sintomas e dificuldades prévias à intervenção

Subcategoria	Ações	Número de referências	Exemplos
--------------	-------	-----------------------	----------

Manifestações de nível social	Isolamento Social	2	“era não sair de casa” (A) “antes não ia sair com outras pessoas de fora” (C)
	Falar sobre o acontecimento	1	“O falar acerca do momento exato do que aconteceu, da morte, eu tinha muita necessidade de falar e em casa era mais difícil porque os miúdos também sofrem com tudo isto” (D)
Manifestações de nível emocional	Choro	1	“era chorar muito” (A)
	Irritação	1	“andava muito mais irritado” (E)
	Humor depressivo	2	“sentia-me muito em baixo” (B) “Ter mais força, mais ânimo” (F)
	Culpa	1	“antes sentia muita culpa pelo que aconteceu” (E)
Manifestações de nível físico	Tremores	1	“tremia com os nervos” (E)
	Dificuldades de sono	2	“não conseguia dormir..” (B) “já estava a dormir melhor” (C)
	Nervosismo	1	Enervava-me muito...” (E)
Manifestações de nível psicológico/comportamental	Recordação mnésica do acontecimento traumático	1	“Lembrava-me muitas vezes da minha mulher do acontecimento” (E)
	Pensamentos ruminativos	2	“sempre a pensar se realmente era ele que estava enterrado no cemitério...” (B) “Não ficar a cismar tanto” (F)
	Perda de interesse pela vida	2	“cheguei ao ponto de desistir.. não andamos aqui a

			fazer nada” (B) “eu antes pensava em acabar pela vida.. “ (A)
	Dificuldade em aceitar a perda	1	“não consigo aceitar que realmente ele faleceu e não está vivo” (B)
Manifestações nas atividades de vida diária	Gestão das tarefas domésticas	1	“tinha dificuldades na vida de casa...” (B)
Impacto financeiro	Gestão financeira	1	“tinha dificuldades na vida financeira..” (B)

Tabela 3

Categoria Expectativas formuladas pelos participantes antes da intervenção

Expectativas formuladas pelos participantes antes da intervenção			
Subcategoria	Ações	Número de referências	Exemplos

Bem-estar emocional	Choro	1	“Tentar não chorar tanto, tentar conseguir andar melhor” (A)
	Ânimo	2	“Encarar melhor a vida” (A) “Esperava ficar melhor e ter mais força, mais ânimo” (F)
	Culpa	1	“antes do grupo sentia muita culpa pelo que aconteceu” (E)
Bem-estar psicológico	Evolução do processo de luto	4	“Era tentar estar melhor psicologicamente” (A) “conseguir ultrapassar tudo isto, tentar compreender um pouco melhor a situação” (D) “Era ver se ultrapassava isto” (C) “tentar compreender um pouco melhor a situação” (D)
	Aceitação da perda	1	“conseguir encarar na cabeça a perda do meu marido e aceitar que realmente ele faleceu e não está vivo” (B)
	Domínio cognitivo	1	“Não ficar a cismar tanto” (F)
Partilha de experiências	Comparação de experiências	3	“Poder partilhar as nossas experiências com o objetivo de comparar” (D) “Em grupo cada um diz o que sente e às vezes percebemos que

		ainda há pessoas que estão piores, em situações piores” (F)
		“ver se com a experiência dos outros eu conseguia ultrapassar” (C)
Falar sobre o acontecimento	3	<p>“Queria falar para conseguir ficar melhor” (E)</p> <p>Conversar em grupo para ver se melhorava a situação... (F)</p> <p>“Conversar, ver a ideia de cada pessoa, o luto de cada um” (D)</p> <p>“esperava não guardar tanto as coisas para mim” (F)</p>

Tabela 4

Categoria Concretização das expectativas formuladas pelos participantes

Concretização das expectativas formuladas pelos participantes			
Subcategoria	Ações	Número de referências	Exemplos

		4	<p>“Sinto que as expectativas estavam a ser correspondidas no grupo.” (D)</p> <p>“Sim, com certeza que sim...” (A)</p> <p>“Sim, sim eu até comentei aqui em casa que me estava a sentir mais animada” (C)</p> <p>“Claro que sim, antes sentia muita culpa pelo que aconteceu e agora já não sinto que tive culpa” (E)</p>
Expetativas correspondidas	Sim		
Bem-estar emocional	Ânimo	1	<p>“Eu até comentei aqui em casa que me estava a sentir mais animada” (C)</p>
	Culpa	1	<p>“antes sentia muita culpa pelo que aconteceu e agora já não sinto que tive culpa” (E)</p>
Partilha de experiências	de Comparação de experiências	de 2	<p>“Poder ver que há situações muito mais complicadas” (F)</p> <p>“como as pessoas estão a passar por situações parecidas conseguimos falar mais à vontade e partilhar” (D)</p>
Expetativas correspondidas	Não	1	<p>“Eu ainda não consegui mesmo o que queria (B)</p>
Bem-estar psicológico	Aceitação da perda	1	<p>“ não consegui chegar á conclusão que eu esperava, aceitar que ele</p>

realmente faleceu”
(B)”

Tabela 5

Categoria Benefícios e mudanças decorrentes da intervenção de grupo percebidas pelos participantes

**Benefícios e mudanças decorrentes da
intervenção de grupo percebidas pelos**

participantes			
Subcategoria	Ações	Número de referências	de Exemplos
Bem-estar emocional	Expressão de sentimentos/emoções	2	<p>“sou sincera, fiz as sessões e o único momento em que eu me sentia mais leve era quando eu falava nas sessões..” (B)</p> <p>“Ao estar assim em grupo eu consigo abrir-me mais”(D)</p>
	Humor	2	<p>“dizem que já estou melhor mas que vou ficar melhor”... que houve uma melhoria a nível do humor” (A)</p> <p>“Sim, eu até comentei aqui em casa que me estava a sentir mais animada” (C)</p>
	Choro	1	“A nível do choro sim... estou melhor” (A)
	Culpa	1	“agora já não sinto que tive culpa” (E)
	Distanciamento emocional	3	<p>“Consigo falar das coisas com mais leveza” (F)</p> <p>“Já não me levantava de noite para arrumar as gavetas com as coisas do marido”(F)</p> <p>“Sim sinto que já melhorei e muito, agora já consigo mexer mais nas coisas do meu marido” (F)</p>
	Diminuição da dor emocional	3	<p>“já não estava a sentir tanto” (C)</p> <p>“Já</p>

			consigo...lembrarme de coisas boas que a gente passou" (F) "agora ainda me lembro mas já não é tanto já consigo pensar noutras coisas" (F)
	Dar lugar às memórias positivas	1	"Já consigo...lembrarme de coisas boas que a gente passou" (F)
Bem-estar Social	Relacionamentos	2	"houve uma melhoria a nível do humor, relações" (A) "Há certos momentos que já consigo estar mais à vontade com os filhos, conversar e brincar" (D)
	Convívio	2	"..a nível de sair de casa"(A) "Já ia sair com outras pessoas de fora, já convivia mais socialmente." (C)
Bem-estar Psicológico	Interesse pela vida	2	"Sim, eu antes pensava em acabar pela vida.. mas agora quando isso me passa pela cabeça eu digo não, não vais. Eu estou diferente nisso.."(A) Sim porque não podemos estar parados, temos de continuar, a vida é uma batalha, mas temos de a viver." (D)

	Sono	1	“já estava a dormir melhor..” (C)
Partilha de experiências	Reconhecimento da existência de experiências semelhantes	2	“como as pessoas estão a passar por situações parecidas conseguimos falar mais à vontade e partilhar” (D) “Por vezes, pensamos que estamos no limite mas depois de ouvir as outras pessoas percebemos que as coisas são muito diferentes” (F)
	Criação de um espaço de partilha da experiência individual de perda	2	“O facto de estarmos em grupo, poder partilhar as nossas experiências” (F) “Ao estar assim em grupo eu consigo abrir-me mais”(D)
	Desenvolvimento de novas perspetivas acerca da experiência individual de perda através da comparação	3	Poder partilhar as nossas experiências com o objetivo de comparar (D) “Poder ver que há situações muito mais complicadas” (F) “e às vezes percebemos que ainda há pessoas que estão piores, em situações piores” (F)
	Integração da	2	“conversar, rever

	experiência de grupo		fotos do passado como chegamos a fazer no grupo e eu dei continuidade a isso” (D) “Sim, eu lembro-me muitas vezes das coisas que vocês nos diziam e sim acho que está a ajudar” (E)
	Fortalecimento/empoderamento	1	“Ao ouvirmo-nos uns aos outros uma pessoa sempre tem mais coragem e mais força (F)
Estratégias de Coping psicológicas	Substituição de pensamentos	1	“agarro-me mais no pensamento das coisas boas” (A)
	Rituais religiosos	1	“Talvez me tenha agarrado um pouco mais à igreja, como um refúgio que a gente encontra” (D)
Estratégias Comportamentais	Ceder os pertences da pessoa falecida	1	“Sim ajudaram muito, já consegui fazer algumas tarefas que não tinha conseguido até aqui (ex. dar objetos que pertenciam ao marido: ofereceu uma pulseira do marido ao genro)” (F)
Poucas ou nenhuma mudanças/benefícios	Não	2	“Não sinto.. sou sincera” (B) “De momento como foi pouco tempo não sinto que tenha mudado grande coisa”(D)

Tabela 6

Categoria Recomendação da experiência de grupo a terceiros

Recomendação da experiência de grupo a terceiros

Subcategoria	Ações	Número de referências	Exemplos
Recomendação do grupo de intervenção a terceiros	Sim	5	<p>“Sim, sem dúvida alguma.. sim, sim recomendava de certeza absoluta” (A)</p> <p>“Sim, exatamente. aconselhava.. sinto que valia a pena.. estava a fazer-me muito bem...” (C)</p> <p>“Sim claro acho que sim e informava de tudo isso.” (E)</p> <p>“Sim como me fez bem a mim recomendava e até já aconteceu à uns dias estava a falar com uma amiga de infância que perdeu um filho e eu falei-lhe da minha situação e aconselhei a pedir ajuda” (F)</p> <p>“Sim sem dúvida” (D)</p>
Motivos/Razões	Oportunidade de falar sobre o acontecimento	1	<p>“Sim sem dúvida porque a gente por vezes em casa não consegue falar de tudo, do que se passou e aí no grupo como as pessoas estão a passar por situações parecidas conseguimos falar mais à vontade e partilhar experiências” (D)</p>

	Expressão de sentimentos	1	“era bom para as outras pessoas ter aquele espaço que eu tinha lá para exteriorizarem aquilo que sentem” (B)
Recomendação do grupo de intervenção a terceiros	Não	1	“Acho que não...” (B)

Tabela 7

Categoria Impacto da pandemia no processo de luto individual e na intervenção de grupo

Impacto da pandemia no processo de luto

individual e na intervenção de grupo

Subcategoria	Ações	Número de referências	Exemplos
Impacto positivo	Integração da experiência de grupo	1	Agora com toda esta situação que estamos a passar como estamos todos em casa falamos mais e é bom conversar, rever fotos do passado como chegamos a fazer no grupo e eu dei continuidade a isso, acho que foi positivo (D)
	Gestão de sentimentos	1	“Se não tivesse frequentado o grupo acho que agora nesta fase lidava com toda esta situação de uma forma muito pior, era muito mais difícil, agora consigo ver as coisas de uma outra perspectiva” (F)
	Mudança de atitude	2	“Sim talvez, por ter frequentado o grupo é que eu também tenho aguentado estar aqui, senão se calhar já não teria...” (C) “Se não tivesse frequentado o grupo acho que agora nesta fase lidava com toda esta situação de uma forma muito pior, era muito mais difícil, agora consigo ver as coisas de uma outra

		perspetiva” (F)	
Impacto negativo	Isolamento Social	1	“estamos parados a nível de tudo, também não ajuda” (A)
	Paragem do tratamento	2	“também paramos com o tratamento... está tudo contra nós.. a nível disso está tudo contra nós” (A) “Este tratamento é muito bom e importante é pena não se puder ir agora..” (C)
	Stress	1	“Ainda me causa mais stress.” (B)
	Desânimo	2	“mas agora com isto ainda fiquei pior, está o cemitério fechado..” (C) “...é assim, ainda para mais com esta fase, é mesmo muito devastadora, (B)

Manuscrito II

Impacto da Situação Pandémica na Experiência do Luto

Joana Soares^{1,4}, Andreia Magalhães¹, Ana Rita Gonçalves¹, Rosna Vieira¹, Noémia Carvalho², Daniela Mendes², Andreia Cabral³, José Carlos Rocha^{1,4}

¹ Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Gandra, Portugal

² Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

³ Universidade Sénior de Canelas

⁴ Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento do IUCS (CESPU)

IINFACTS (CESPU)

Resumo

Introdução: O luto é um processo adaptativo que acontece após uma perda significativa e inclui respostas emocionais, cognitivas e físicas. A forma como cada indivíduo se adapta ao processo de luto varia de indivíduo para indivíduo tendo em conta o significado ou a experiência da perda. As limitações e dificuldades associadas à pandemia trazem consigo imensos fatores de risco que podem ter um impacto particular nas experiências de luto, aumentando a probabilidade de se desenvolverem casos de luto prolongado.

Objetivo: O objetivo do nosso estudo é avaliar o impacto da pandemia na experiência de luto e nas variáveis envolvidas para fins de diagnóstico e intervenção.

Método: A amostra deste estudo é constituída por 63 indivíduos que vivenciaram, até ao momento, pelo menos uma perda durante a pandemia por COVID-19 ou por outros motivos. A amostra foi recolhida quer por meio de um inquérito online, quer em papel. O inquérito preenchido pelos participantes é constituído pelos seguintes instrumentos: Termómetro Emocional, Escala de Impacto de Acontecimentos-6 (IES-6), o Questionário Sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9), Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado (IPGDS-PT), Escala de Culpabilidade no Luto (ECL), *The Integration of Stressful Life Experiences Scale* (ISLES) e a Escala de Ansiedade face à Morte.

Resultados/ Conclusão: Os resultados deste estudo permitem concluir que a fase de pandemia está a influenciar o processo de luto assim como os pensamentos dos participantes em relação às suas perdas. Verificou-se a presença de sofrimento emocional elevado e a prevalência significativa de sintomas de luto prolongado nos participantes. Assim sendo, foi possível concluir que os enlutados em fase de pandemia revelam maior dor emocional, bem como maior evitamento relativamente à perda.

Palavras-chave: Luto Prolongado; Pandemia; Processos de Luto

Abstract

Introduction: Grief is an adaptive process that occurs after a significant loss and includes emotional, cognitive and physical responses. The way in which each individual adapts to the grieving process varies from individual to individual, taking into account the meaning or experience of the loss. The limitations and difficulties associated with the pandemic bring with it immense risk factors that can have a particular impact on bereavement experiences, increasing the likelihood of developing cases of prolonged bereavement.

Objective: The objective of our study is to assess the impact of the pandemic on the experience of grief and on the variables involved for the purpose of diagnosis and intervention.

Method: The sample of this study consists of 63 individuals who have experienced, at the moment, at least one loss during the pandemic by COVID-19 or for other reasons. The sample was collected either through an online survey or on paper. The survey completed by the participants consists of the following instruments: Emotional Thermometer, Event Impact Scale-6 (IES-6), the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), International Scale for Prolonged Grief Disorder (IPGDS- PT), The Bereavement Guilt Scale (GBS), The Integration of Stressful Life Experiences Scale (ISLES) and the Death Anxiety Scale.

Results / Conclusion: The results of this study allow us to conclude that the pandemic phase is influencing the grieving process as well as the participants' thoughts regarding their losses. It was found the presence of high emotional distress and the significant prevalence of symptoms of complicated grief in the participants. Thus, it was possible to conclude that mourners in a pandemic phase show greater emotional pain, as well as greater avoidance regarding loss.

Keywords: Complicated Grief; Pandemic; Mourning Processes

Índice de Anexos

Anexo A – Cálculos realizados para a obtenção da proporção de indivíduos que apresentam as três comorbilidades estudadas

Anexo B - Tabelas correspondentes à análise efetuada no antes e após pandemia.

Anexo C – Consentimento Informado

Anexo D – Protocolo de Avaliação

Siglas

ECL – Escala de Culpabilidade no Luto

IES-6 – Escala de Impacto de Acontecimentos

IPGDS – Escala Internacional de Perturbação de Luto Prolongado - Versão Portuguesa

ISLES – *The Integration of Stressful Life Experiences Scale*

PHQ-9 – Questionário sobre a Saúde do Paciente

PSPT – Perturbação *Stress* Pós-Traumático

TE – Termómetro Emocional

Capítulo I

Introdução

Viver uma perda em tempos de pandemia, associada ou não à presença de um diagnóstico de Covid-19, do próprio ou do familiar que partiu, constitui um enorme desafio para a saúde em geral e para o ajustamento psicológico e adaptação psicossocial do indivíduo em particular. São vários os desafios relacionados com a pandemia que fazem desta fase um momento particular da nossa existência; as constantes notícias e imagens que invadem os nossos sentidos através das diferentes redes de comunicação social, a consciência do risco de contágio iminente e o conhecimento do eventual desfecho de morte, as vivências de quem efetivamente experienciou a morte dos seus familiares ou a antecipa, constituem-se variáveis importantes e com esperado impacto no processo de luto dos indivíduos.

O luto é um processo adaptativo que acontece após uma perda significativa e inclui respostas emocionais, cognitivas e físicas (Worden, 2018). É considerada uma experiência comum a todos os indivíduos e é uma reação normal à morte de um ente querido. Comumente, face a uma perda os indivíduos tendem ajustar-se durante um período de 6 a 12 meses, de modo a desenvolverem uma nova normalidade na sua vida. Contudo, este processo pode tornar-se desafiante e problemático para alguns enlutados (Gesi et al., 2020).

A pandemia veio alterar a normalidade das nossas vivências, sobretudo, nas experiências individuais e sociais relativamente à morte e ao luto. Alguns autores, identificaram diferentes fatores que colocam o indivíduo em risco de desenvolver luto complicado, pois o contexto difere do que é culturalmente normativo em termos de duração, sintomas e intensidade do luto (Mayland et al., 2020; Wallace et al., 2020; Zhai, & Du, 2020)

A forma como cada indivíduo se adapta ao processo de luto pode ser prejudicial devido ao significado ou à experiência da perda. Os fatores de risco envolvidos nessa experiência de luto aumentam a probabilidade de desenvolver perturbação de luto prolongado e/ou problema de saúde mental. Estão associadas à especificidade da relação estabelecida com o falecido, especificamente, se a perda foi de um cônjuge ou dos pais, presença de comorbilidade psiquiátrica associada, como a presença de depressão e ansiedade, história de vínculos inseguros e presença de eventos ou perdas traumáticas.

Como ainda, fatores relacionados com as circunstâncias da morte, contexto da morte e a consequências da morte (Goveas & Shear, 2020).

De acordo com os estudos realizados no Reino Unido, os indivíduos que lidaram com a morte de entes queridos durante a pandemia vivenciaram um processo de luto mais difícil quando comparado com as perdas que ocorreram noutro período. Os membros familiares e amigos enlutados em fase de pandemia, vivenciam experiências mais negativas, revelam níveis superiores de luto e maior necessidade de apoio comparativamente com os que sofreram a perda de entes queridos por outras doenças, como por exemplo o cancro (Booth, 2020).

Neste contexto, apesar do impacto ser sobretudo associado à perda por morte de um indivíduo próximo, o ser humano é sujeito a múltiplas perdas significativas em contexto de pandemia, como a perda da sua saúde em geral e da mental em particular, perda da estabilidade económica, perda de conexões sociais e afetivas, perda de liberdade e possibilidade em planear o futuro (Wallace, et al, 2020). Até ao momento não existem estudos que verificam a presença de luto prolongado após uma pandemia. Porém, o surto de coronavírus tem várias características comuns a desastres naturais, no qual as observações estudadas nesses contextos, podem descrever a forma de como os enlutados irão experienciar os seus processos de luto após a pandemia por COVID-19 (Gesi et al., 2020).

Alguns estudos, mencionam ainda que o isolamento social, o estigma da doença, a impossibilidade de participar nos rituais fúnebres, o medo da morte, a falta de oportunidade de se despedir, o suporte social escasso e os sentimentos de culpa de ter contagiado o ente querido ou a família e a impossibilidade de não terem prestado ajuda o ente aos mesmos, são preditores para que as variáveis como a culpabilidade no luto, a ansiedade face à morte e o sofrimento emocional implicado no processo do luto final, venham a ser alterados (Pattison, 2020; Wallace et al., 2020; Zhai et al., 2020).

Numa situação de pandemia, inevitavelmente as questões da morte e do morrer fazem surgir sentimentos e emoções difíceis de gerir (Guedes, 2020). Perante esta ameaça infecciosa em larga escala, as pessoas estão sob uma crescente pressão psicológica responsável por desencadear estados de extremo pânico, desamparo e medo dentro da população (Tsamakis et al., 2020). A literatura indica-nos que no período de pandemia verifica-se um aumento significativo do luto prolongado, perturbação de

Stress pós-traumático, humor depressivo, irritabilidade, medo, nervosismo, tristeza e culpa (Brooks, et al., 2020; Douglas & Douglas, 2009; Ho, et al., 2020; Wang, et al., 2020; Wallace, et al., 2020; Zhang & Feei Ma, 2020).

É plausível que ocorra o aumento da taxa de casos com perturbação de luto prolongado consequente da ocorrência de muitas mortes por COVID-19. Vários autores, evidenciam que os sintomas de luto prolongado são especialmente elevados em mortes inesperadas, na ausência de rituais de luto tradicionais (e.g., dizer adeus, visualização e sepultamento do corpo) e a falta de apoio social físico (Eisma et al., 2020a; Eisma et al., 2020b). Outro estudo, verificou que 70% dos participantes que tiveram oportunidade de aceder aos rituais fúnebres, obtiveram uma avaliação positiva, associada com um sofrimento menos traumático (Selman & Burrell, 2020).

Os enlutados que não carecem de apoio psicossocial adequado, como o apoio dos familiares, amigos e de conselheiros religiosos ou a existência de fatores de risco predisponentes, como a depressão ou perturbação de ansiedade podem desenvolver complicações resultantes do processo de luto, tal como, a depressão grave relacionada ao luto, perturbação de stress pós-traumático e luto prolongado (Miller et al., 2020).

Apesar da ausência de investigação nesta área, a literatura refere que existem duas razões para relacionar a pandemia por COVID-19 com o aumento mundial de casos com perturbação de luto prolongado. Constatase que o número elevado de vítimas consequente de acontecimentos catastróficos, geralmente resultam em níveis altos de luto prolongado nos indivíduos que perderam os seus entes queridos comparativamente aqueles que naqueles que vivenciaram uma perda num contexto comum. A outra razão prende-se com a presença de enlutados com sintomas de luto prolongado, que estão associados a perturbações como o stress pós-traumático (PSPT) ou depressão (Eisma et al, 2020b; Inchausti et al., 2020; Kokou-Kpolou et al., 2020).

Com base nas múltiplas perdas referidas que podem ter um efeito cumulativo na experiência do indivíduo, estudos recentes, referem que o grupo de risco pode-se manifestar apenas vários meses a seguir ao pico da incidência do COVID-19 e não numa fase inicial como estava previsto. Pois, não é expectável que este grupo de indivíduos venha a desenvolver perturbações mentais decorrentes do impacto da pandemia. Contudo, uma percentagem significativa experienciará a necessidade de ajustes emocionais, como por exemplo, o medo de contágio, o impacto da duração da

quarentena, a morte de parentes ou o aumento da adversidade social (Inchausti, et al., 2020).

Os fatores traumáticos associados às causas de morte relacionadas à COVID-19 necessitam de uma especial atenção quanto às manifestações da sintomatologia de luto prolongado, bem como a definição das suas particularidades, no que diz respeito à avaliação e tratamento. O estudo realizado por Li et al., (2019), verificou que a culpa num período de 2 anos após a perda, foi associada a luto prolongado e a sintomas depressivos, e ainda a presença de ambas as condições 1 ano depois. Para além disso, foi evidenciado que a culpa é um dos principais preditores quando comparada com os sintomas básicos da perturbação de luto prolongado (como angústia persistente ou preocupação com o falecido) da gravidade da presença de sintomas de somatização após a perda. Nestes casos, podem ocorrer sintomas graves de sofrimento traumático, culpa, somatização, arrependimento e raiva (Kokou-Kpolou, et al., 2020).

No estudo de Gesi et al., (2020), com base em pesquisa recente e referente a desastres naturais, estimam que a prevalência de Luto Prolongado entre os enlutados avaliados até 18 meses após o acontecimento, varia entre os 9% a 80% relacionados à perda de um filho ou cônjuge.

O estudo de Booth (2020), embora permaneça em constante recolha de evidências, até ao momento, encontrou 70% de indivíduos enlutados devido à infeção de COVID-19. Desta forma, o contacto com o falecido foi reduzido nos últimos dias de vida, correspondendo a 85 % dos enlutados que não conseguiram se despedir como gostariam e 75% vivenciaram isolamento social e solidão. Em oposição, 43% das pessoas na qual os entes queridos morreram de cancro na mesma fase possuíram igualmente contato limitado, 39% ficaram incapazes de se despedir e 63% sentiram solidão.

No estudo de Eisma et al (2020a), foram analisadas as reações de luto agudo em pessoas enlutadas devido ao COVID-19 e comparou-se o luto entre pessoas que experimentaram uma perda natural e não natural. Verificou-se que o luto agudo está entre os indicadores mais fortes do desenvolvimento de perturbação de luto prolongado e os critérios de tempo de perturbação de luto prolongado (6 meses após a perda) e perturbação de luto complexo persistente (12 meses após a perda) impossibilitam o estabelecimento de diagnósticos entre os recém-enlutados por COVID-19.

A emergência de saúde pública ilustrada pela COVID-19 conduz a elevados índices de luto, bem como a desafios individuais que podem aumentar o risco de desenvolvimento de Perturbação de Luto Prolongado (Goveas & Shear, 2020).

Considerando que qualquer vivência de perda já ser, por si só, causadora de grande sofrimento acrescendo ao facto todas as limitações e dificuldades associadas ao período pandémico com impacto extensível ao mundo inteiro, consideramos fulcral avaliar o impacto da pandemia na experiência de luto e nas variáveis envolvidas para fins de diagnóstico e intervenção.

Capítulo II- Objetivos e Hipóteses de Estudo

O presente projeto de investigação pretende obter respostas nos diferentes efeitos da pandemia quanto à experiência do luto, tendo os seguintes objetivos de investigação:

1) Descrever as características gerais dos participantes que vivenciaram uma perda por morte durante a fase de pandemia e possíveis fatores associados a esta experiência;

2) Descrever os efeitos da pandemia na vivência de luto associados à presença de sintomas de luto prolongado, traumáticos e depressivos, de culpabilidade, associações entre a pandemia e a ansiedade face à morte e os processos de adaptação interna ao *stress*;

3) Descrever o impacto da pandemia no processo de luto prolongado, comparando os níveis de luto em indivíduos que vivenciaram perdas antes da pandemia e após a primeira vaga¹ desta, em Portugal.

A análise estatística dos dados recolhidos teve como finalidade atingir os objetivos propostos pela investigação e, para isso recorreu-se a variados métodos estatísticos. Deste modo, para alcançar os diferentes objetivos propõe-se um estudo descritivo, preditivo e correlacional.

Na presente monografia, considerem-se as hipóteses que serão motivo de análise ao longo desta investigação:

¹ Considera-se que o final da primeira vaga pandémica referente à COVID-19 ocorreu a meio do mês de maio de 2020 – Ver gráfico do Anexo A.

H₁: Existem diferenças significativas, entre géneros, nos processos de luto na fase de pandemia;

H₂: Os indivíduos que experienciaram uma perda em fase de pandemia, apresentam diferenças significativas nos processos de luto;

H₃: A causa de morte difere significativamente nos processos de luto na fase de pandemia;

H₄: A ocorrência de um ritual fúnebre encontra-se negativamente associada ao processo de luto, em fase de pandemia;

H₅: Existem diferenças significativas no Luto Prolongado consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido;

H₆: Existem diferenças significativas no Depressão consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido;

H₇: Existem diferenças significativas na Reação Pós-Traumática de *Stress* consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido;

H₈: Existem diferenças significativas da Culpabilidade no Luto consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido;

H₉: Existem diferenças significativas na Experiência de Vida *Stressante* consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido;

H₁₀: Existem diferenças significativas na Ansiedade Face à Morte consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido;

Para além disso, de modo a verificar a relação entre as variáveis do Luto Prolongado, Depressão, Reação Pós-traumática de *Stress*, Culpabilidade no Luto, Experiência de Vida *Stressante* e Ansiedade face à Morte, colocou-se a seguinte hipótese:

H₁₁: As variáveis explicativas Luto Prolongado, Depressão, Reação Pós-traumática de *Stress*, Culpabilidade no Luto, Experiência de Vida *Stressante* e Ansiedade face à Morte, estão correlacionadas umas com as outras.

A conjugação dos dados antes pandemia com a amostra dos inquiridos recolhidos durante a fase de pandemia, permitiu-nos verificar se existem diferenças no

que diz respeito aos dados sociodemográficos e à escala Internacional de Luto Prolongado (IPGS). Deste modo, colocou-se a seguinte hipótese:

H₁₂: A diferença das medianas entre o grupo antes da pandemia e após a primeira vaga pandémica, no processo de luto, é estatisticamente significativa.

De modo a complementar os objetivos elencados, pretende-se, também, identificar e discutir as necessidades emergentes no contexto clínico e de investigação. Pretende-se refletir sobre as medidas que contribuem para evitar a emergência e intensificação destes sintomas, assim como diminuir o seu impacto prejudicial no ajustamento dos processos de luto em indivíduos enlutados durante o período de pandemia por COVID-19.

Capítulo III - Metodologia

Instrumentos

No que refere à aplicação dos instrumentos de avaliação, todos os indivíduos que se disponibilizaram a participar neste estudo, consentiram responder ao protocolo disponível. Desta forma, os instrumentos utilizados foram, o Termómetro Emocional, Escala de Impacto de Acontecimentos-6 (IES-6), o Questionário Sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9), Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado (IPGDS-PT), Escala de Culpabilidade no Luto (ECL), The Integration of Stressful Life Experiences Scale (ISLES) e a Escala de Ansiedade face à Morte. Foi construído um consentimento informado com o objetivo de informar os indivíduos sobre os principais objetivos/natureza do estudo, dos riscos e benefícios garantindo a confidencialidade e anonimato dos dados, assim como o questionário sociodemográfico organizado em três grupos de questões: o primeiro grupo, diz respeito à caracterização sociodemográfica do entrevistado; o segundo grupo ocupa-se da contextualização da perda do ente querido; no último grupo foram incluídas questões em contexto pandémico.

Termómetro Emocional (TE)

Os TE's permitem avaliar as alterações emocionais dos participantes durante a última semana. É constituído por cinco níveis (sofrimento emocional, ansiedade, depressão, revolta e necessidade) alterando de 0 a 10, sendo (0 = “correspondente à ausência de sofrimento”; e 10 = “sofrimento extremo”). A versão utilizada é de Teixeira & Pereira (2011), da Universidade do Minho. Considera-se como significativos valores acima de 6 ao nível do Sofrimento Emocional (Oliveira, 2018). Para a integração deste protocolo, apenas recorreu-se ao termómetro do sofrimento emocional.

Escala De Impacto de Acontecimentos-6 (IES-6)

A IES-6 é constituída por 6 itens, com uma escala Likert (0 = “nunca”; 1 = “um pouco”; 2 “moderadamente”; 3 = “às vezes”; 4 “extremamente”), que medem de forma robusta e breve a avaliação das reações pós-traumáticas de *stress*. Os itens representam uma lista de dificuldades que podem ser sentidas pelos indivíduos relativamente a um acontecimento marcante que tenham vivido durante o período de pandemia. Foi encontrado um valor para o alfa de Cronbach de 0,842 para a IES-6. A pontuação média

da soma do IES-6 é 10,48 (DP = 5,852). Para além disso, o ponto de corte do IES-6 num estudo de validação para a população portuguesa foi de 12,5 (Lopes, 2013).

Questionário Sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9)

O PHQ-9 avalia a gravidade de sintomatologia depressiva de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) IV-TR (American Psychiatric Association, 2006). O questionário divide-se em 3 dimensões: a dimensão 1, inclui: humor deprimido e anedonia; dimensão 2, inclui: problemas de sono, fadiga, alterações no apetite, dificuldade na concentração e retardo e a dimensão 3, inclui: autoavaliação e ideação suicida. É composto por 9 itens medidos por uma escala Likert (0 = “nunca”; 1 = “vários dias”; 3 “em mais de metade do número dos dias”; 4 = “em quase todos os dias”) que descreve as dificuldades que sentidas durante os últimos 14 dias. O PHQ-9 apresenta uma consistência interna adequada com um valor alfa de Cronbach de .87. Este instrumento sugere que o uso do ponto de corte 9 como valor de referência para o diagnóstico de perturbação depressiva *major* (Ferreira et al, 2018).

Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado (IPGDS)

A IPGDS é um instrumento composto por 14 itens que avalia os sintomas do luto prolongado. É constituído por uma escala Likert (1 = “nunca”; 2 = “raramente”; 3 = “às vezes”; 4 = “frequentemente”; 5 = “sempre”) em que o indivíduo seleciona a opção que mais se adequa à sua situação e contém um item relacionado ao tempo desde a perda. Esta escala apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .93$), com alto índice de fiabilidade. O ponto de corte ≤ 38 indica uma boa capacidade de discriminação para Transtorno do Luto Prolongado (Rocha, et al., 2019).

Escala de Culpabilidade no Luto (ECL)

A ECL consiste numa escala com 14 itens, na qual é medida por uma escala Likert (0 = "não me descreve de todo"; 1 = "não me descreve bem"; 2 = "descreve-me em parte"; 3 = "descreve-me bem"; 4 = "descreve-me muito bem"). Os sentimentos de culpa são amplamente relatados pelos pacientes em processo de luto, desta forma, é importante garantir que a presença e a intensidade da culpa no luto sejam avaliadas de

forma válida e confiável. Esta escala apresenta uma boa consistência interna, com o alfa de Cronbach para todas as subescalas e para a escala total acima de .70 (Li et al., 2017).

The Integration of Stressful Life Experiences Scale (ISLES)

O ISLES pretende avaliar até que ponto uma experiência de vida *stressante* foi incorporada de modo adaptativo a uma história de vida mais ampla que pode promover um sentido de coerência interna e promover uma visão segura e esperançosa do futuro. O instrumento é constituído por 16 afirmações referentes ao acontecimento de vida mais *stressante* que o sujeito viveu nos últimos dois anos e é medida por uma escala Likert, de 1 a 5 (1 = “Concordo fortemente”; 5 = “Discordo fortemente”). Esta escala apresenta uma forte confiabilidade interna ($\alpha = 0,80$ a $0,92$). Na versão abreviada de 6 itens da ISLES uma pontuação total de ≥ 20 pode ser usada como ponto de corte para indicar dificuldades em dar significado à perda (Holland et al., 2010).

Escala de Ansiedade face à Morte (EAM)

A Escala de Ansiedade face à Morte avalia a ansiedade face à morte e é constituída por 11 itens que são avaliados por uma escala Likert com 5 modalidades de resposta, variando totalmente em desacordo ao totalmente de acordo. A escala apresenta uma boa consistência interna com um alfa de Cronbach de .86 para o total de quatro amostras de ambos os estudos de validação (duas amostras de alunos portugueses do secundário e universitário .86 e .88; duas amostras de alunos cabo-verdianos do ensino secundário e superior, .84 e .85) (Cabo et al., 2014).

Amostra

A amostra é composta por indivíduos que tenham vivenciado, até ao momento, pelo menos uma perda durante a pandemia, seja devido à COVID-19, seja por outros motivos. O grupo principal foi recolhido através de inquérito *online* na plataforma *Limesurvey*, aplicado em papel nos indivíduos que frequentam a consulta de luto e ainda, por via telefone. Os resultados dos inquéritos dos indivíduos que constituem a amostra foram obtidos a partir da plataforma *Limesurvey*, os quais responderam *online* ao inquérito proposto. Outra parte da amostra foi recolhida em contexto de consulta presencial, enlutados a frequentar a consulta de luto do Serviço de Psiquiatria e Saúde

Mental do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. Ainda, em registo presencial, procedeu-se à recolha de dados por investigadores do estudo. Assim, a amostra do estudo é composta por ($n_1 = 63$).

No que concerne à amostra obtida, esta é maioritariamente constituída por mulheres - 49 (77.8 %). A média amostral das idades dos indivíduos que responderam *online* é de 31.69 ($DP = 15.29$) e a gama de idades encontra-se compreendida entre os 18 e os 76 anos. Os participantes da amostra em causa, na sua maioria, são solteiros (54 %), empregados (17.5 %) e a principal causa de morte experienciada foi por causa natural (73 %) e moda na relação estabelecida com o falecido é a perda do avô/avó (38.1 %).

No presente estudo, recorreu-se ao histórico de dados anteriormente recolhidos por outros investigadores, para fins estatísticos e análise do comportamento das variáveis no antes e após pandemia. Deste modo, procedeu-se à junção dos 63 participantes acima descritivos a 252 indivíduos recolhidos noutra período temporal.

Assim, a amostra é composta por ($n_2 = 276$). No que concerne à junção das duas amostras, esta é maioritariamente constituída por mulheres - 223 (80.8 %). A média amostral das idades dos indivíduos correspondem a 33.93 ($DP = 13.26$) e a gama de idades encontra-se compreendida entre os 18 e os 76 anos. Os participantes da amostra em causa, na sua maioria, são solteiros (55.1 %). A tabela 1 ilustra os resultados amostrais obtidos.

Tabela 1

Características Sociodemográficas do Grupo Pandemia e Grupo Antes Pandemia.

<i>Características</i>	<i>Grupo Pandemia</i>				<i>Grupo Antes Pandemia</i>			
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Género								
Feminino	49	77.8			223	80.8		
Masculino	14	22.2			53	19.2		
Idade			31.69	15.29			33.93	13.96
Estado Civil								
Solteiro	34	54			152	55.1		
Casado /União de	22	34.9			99	35.9		

Facto				
Divorciado/Separado	3	4.8	16	5.8
Viúvo	4	6.3	9	3.3
Situação Profissional				
Empregado	40	63.5	-	-
Desempregado	8	12.7	-	-
Reformado	4	6.3	-	-
Estudante	7	11.1	-	-
Outros	4	6.3		
Causa da Morte				
Causa Natural	46	73	225	81.5
Acidente	7	11.1	29	10.5
Suicídio	1	1.6	8	2.9
Abuso de				
Substâncias	-	-	4	1.4
Homicídio	-	-	-	-
Catástrofes Naturais	1	1.6	1	.4
Guerra ou Ataque				
terrorista	-	-	-	-
Perda Perinatal	-	-	1	.4
COVID-19	8	12.7	8	2.9
Grau de Parentesco				
Avô / Avó	24	38.1		
Filho(s)	3	4.8		
Marido				
/Companheiro	2	3.2		
Esposa /				
Companheira	2	3.2		
Pais	11	17.6		
Irmãos	3	4.8		
Outros	18	28.6		

Procedimentos

Visto tratar-se de uma temática atualmente vivida e com várias limitações devido ao contexto muito particular que a mesma exige, no que concerne à recolha da amostra esta foi realizada em diferentes contextos.

Após a realização do protocolo, foi submetido numa plataforma *online* *Limesurvey*, de modo a alcançar o maior número de participantes e colmatar as dificuldades presentes na recolha presencial. Além disso, o protocolo também foi administrado em indivíduos que se encontravam a ter acompanhamento psicológico na consulta de luto, bem como por via telefónica

Para os participantes deste estudo foram elencados os seguintes critérios de inclusão:

- 1) ser adulto, com idade igual ou superior a 18 anos;
- 2) concordância em participar e possuírem conhecimentos e meios tecnológicos que permitam a sua participação, quer através do questionário *online* ou recolha de dados através do preenchimento do formulário;
- 3) tenham vivenciado pelo menos uma perda por morte, durante a fase da pandemia, independentemente de ser por COVID-19.

Para todos os participantes, quer na plataforma quer na recolha presencial, foi aplicado um consentimento informado com o objetivo de informar os indivíduos sobre os principais objetivos/natureza do estudo, dos riscos e benefícios garantindo a confidencialidade e anonimato dos dados, assim como de questionário sociodemográfico organizado em três grupos de questões: o primeiro grupo, diz respeito à caracterização sociodemográfica do entrevistado, o segundo grupo ocupa-se da contextualização da perda do ente querido e no último grupo foram colocadas questões sobre a pandemia.

Os dados foram recolhidos através dos questionários selecionados para o efeito, em presencialmente contexto de consulta, ou através de formulário *online*. A seleção dos indivíduos foi realizada a partir das consultas psicológicas, nas quais se consideraram aquelas em que os pacientes ficaram enlutados durante o período da pandemia Covid-19, tendo os seus entes queridos falecido, quer seja devido à COVID 19, quer por outras causas de morte. Desta forma, a recolha da amostra assenta em dois

grandes grupos: a) Grupo de enlutados respondentes através de uma plataforma *online* construída para o efeito; b) Grupo clínico constituído por enlutados a frequentar a consulta do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; e ainda, de um segundo grupo clínico, constituído por familiares enlutados de idosos a frequentar a Universidade Sénior de Canelas.

De modo a comparar a experiência de luto, quer em fase de pandemia, quer numa situação comum de perda em período não pandémico, procedeu-se à associação da amostra recolhida em fase de pandemia com os dados recolhidos por outros investigadores num período transato.

Para a respetiva análise das respostas dos participantes referentes ao momento da pandemia, foi criada uma base de dados na qual agruparam-se as respostas obtidas pela plataforma *online Limesurvey* e os dados recolhidos através dos protocolos aplicados em papel. Posteriormente, à base de dados dos participantes correspondentes à pandemia, foram adicionados os indivíduos anteriormente recolhidos que vivenciaram uma perda, mas não em contexto de pandemia. Para ambas matrizes, foi usado o SPSS versão 25.

Capítulo IV- Resultados

a) Descrever as características gerais dos participantes que vivenciaram uma perda por morte durante a fase de pandemia e possíveis fatores associados a esta experiência.

Na caracterização da amostra, procedeu-se ao estudo de carácter descritivo, que permitiu a análise dos dados sociodemográficos, verificando se os seguintes aspetos foram evidenciados:

- 1) se as cerimónias fúnebres foram de acordo com as suas expectativas;
- 2) se existiu um momento de despedida;
- 3) se houve possibilidade de visualizar o corpo do ente querido;
- 4) se o impacto da fase pandémica está a influenciar o processo de luto do indivíduo;
- 5) e o seu sofrimento emocional.

Tabela 2

Análise Descritiva das Cerimónias Fúnebres em Fase de Pandemia.

<i>Cerimónias fúnebres</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
As cerimónias fúnebres foram de encontro às suas expectativas.	Sim	47	74.6
	Não	16	25.4
Foi possível existir um momento de despedida.	Sim	44	69.8
	Não	19	30.2

Teve oportunidade de ver o corpo.	Sim, vi.	28	44.4
	Não vi, mas gostava de ter visto.	18	28.6
	Não vi, mas também não gostava de ter visto	17	27

Os dados sociodemográficos obtidos permitiram verificar que, maioritariamente, os participantes consideraram que as cerimónias fúnebres foram de encontro com as suas expectativas 74.6% ($n = 47$). Foi possível concluir que 69.8% dos participantes referiram que existiu um momento de despedida ($n = 44$). No entanto, 30.2% do universo amostral ($n = 19$) relatou não ter existido um momento de despedida.

Foi possível verificar que a maioria dos participantes tiveram a oportunidade de ver o corpo 44.4% ($n = 28$). A percentagem de indivíduos que referiram que não viram, mas gostavam de ter visto foi 28.6% ($n = 18$) e os restantes participantes que não viram, mas também não gostavam de ter visto, foi 27% ($n = 17$) (Tabela 2).

Tabela 3

Análise descritiva do processo de luto em fase de pandemia.

<i>Pandemia e Processo de Luto</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
A fase de pandemia está a prejudicar o processo de luto.	Sim	32	50.8
	Não	31	40.2
A pandemia está a fazê-lo pensar mais acerca da perda.	Sim	41	65.1
	Não	22	34.9

De acordo com as questões elaboradas acerca da pandemia, os dados sociodemográficos permitiram verificar que a fase pandémica está a prejudicar o

processo de luto para 50.8 % ($n = 32$) do universo amostral, enquanto 49.2 % da amostra não considerou importante.

Conclui-se ainda que a maioria dos participantes consideram que a fase de pandemia está a fazê-lo pensar mais acerca da perda 65.1% ($n = 41$) e para os restantes 34.9 %, não está a fazer pensar mais acerca da perda (Tabela 3).

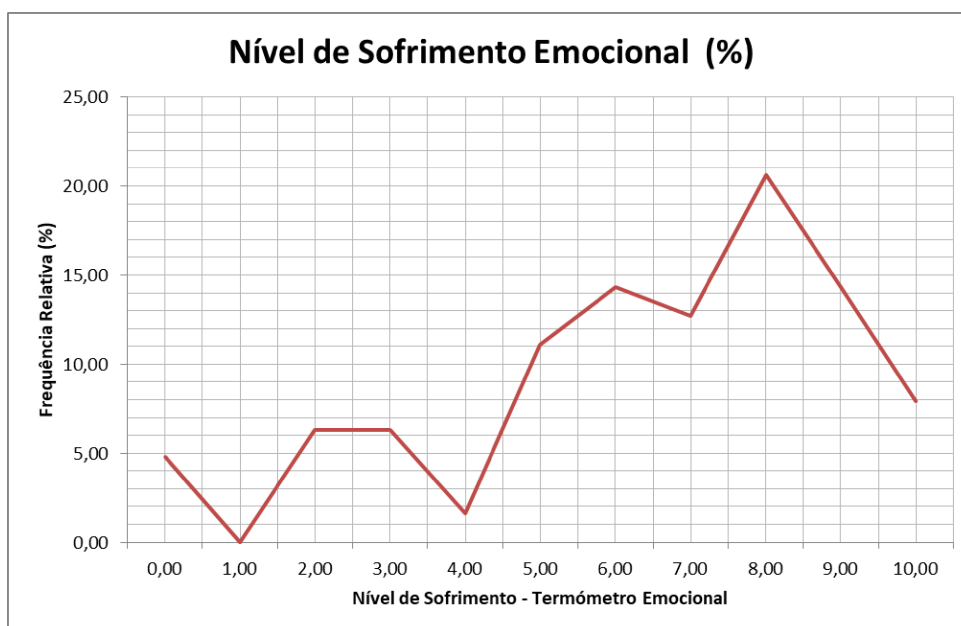
Tabela 4

Análise descritiva do Termómetro Emocional (Sofrimento Emocional).

<i>Sofrimento Emocional</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sem Sofrimento - 0	3	4.8
2	4	6.3
3	4	6.3
4	1	1.6
5	7	11.1
6	9	14.3
7	8	12.7
8	13	20.6
9	9	14.3
Máximo Sofrimento -10	5	7.9

Figura 1

Varição dos níveis de sofrimento emocional dos indivíduos referentes ao grupo pandemia



De acordo com a análise descritiva, verificou-se que 20,6 % (n = 13) dos participantes desta amostra atribuíram um nível de sofrimento 8, numa escala de 0 (“sem sofrimento”) a 10 (“máximo sofrimento”), como é possível constatar na tabela 4 e na figura 2.

b) Descrever os efeitos da pandemia na vivência de luto associados à presença de sintomas de luto prolongado, traumáticos e depressivos, de culpabilidade, associações entre a pandemia e ansiedade face à morte e os processos de adaptação interna ao *stress*.

Prevalência de Luto Prolongado, Trauma, Depressão e Processos de Adaptação interna ao *Stress*

Recorrendo ao ponto de corte sugerido pelos autores das versões originais de cada escala (Rocha, et al., 2019; Ferreira et al., 2018; Holland et al., 2010; Lopes, 2013),

realizou-se a análise do luto prolongado, da sintomatologia depressiva, traumática e dos processos de adaptação interna ao *stress*.

Tabela 5

Prevalência da IPGDS, IES-6, PHQ-9 e ISLES.

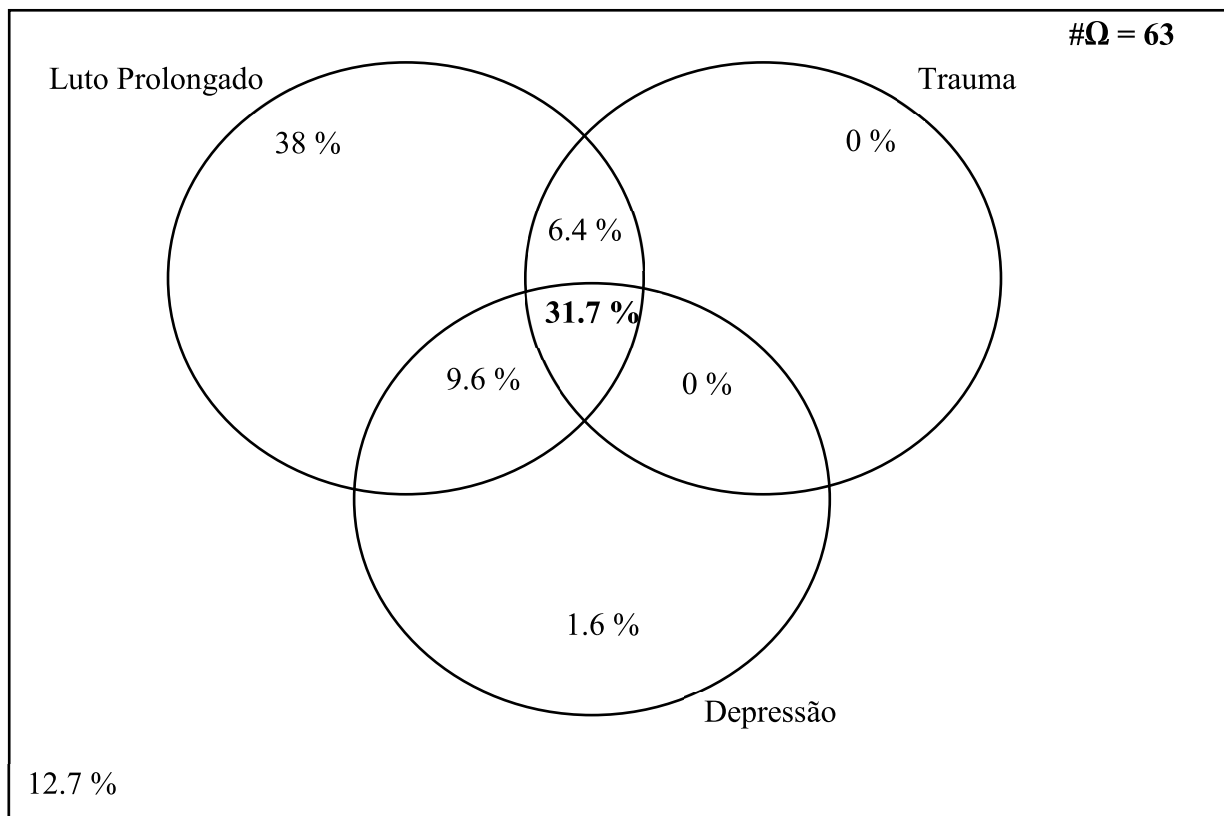
<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Luto Prolongado		
Com LP	54	85.7
Sem LP	7	11.1
Omissos	2	3.2
Depressão		
Com Depressão	27	42.9
Sem Depressão	29	46
Omissos	7	11.1
Trauma		
Com Trauma	24	38.1
Sem Trauma	35	55.6
Omissos	4	6.3
Experiência de Vida <i>Stressante</i>		
Com significado	53	84.1
Sem significado	2	3.2
Omissos	8	12.7

Desta forma, é notável a incidência da prevalência do Luto Prolongado nos indivíduos que constituem a amostra deste estudo, os quais corresponderam a um valor de IPGDS ≥ 38 , com a frequência relativa de 85.7 % (n = 54). Verificou-se ainda uma prevalência para a experiência de vida *stressante* (ISLES ≥ 20) de 84.1 % (n = 53).

Não se verificou a prevalência para o Trauma (IES-6 ≥ 12) e para a Depressão (PHQ-9 ≥ 9), tal como se pode constatar na tabela 5.

Figura 2

Diagrama de Venn com as Relações de Comorbilidade Entre o Luto Prolongado, Trauma e Depressão (n = 63).



De modo a aprofundar a análise, observaram-se as comorbilidades e existentes entre as três variáveis e procedeu-se à realização de um diagrama de *Venn*.

Assim, ao nível da comorbilidade entre o Luto Prolongado e o Trauma exclusivamente, verificamos uma prevalência de 6.4 %; apurou-se uma prevalência de 9.6 % para a comorbilidade entre os indivíduos que apresentam o Luto Prolongado e a Depressão exclusivamente. Curiosamente, verificou-se que ao nível da comorbilidade entre o Trauma e a Depressão exclusivamente, a prevalência foi de 0 %.

Além disso, é de realçar que a existência das três variáveis: Luto Prolongado, Trauma e a Depressão, nos indivíduos desta amostra referente à pandemia é de 31.7 %.

Para um nível de confiança a 95% e dada a dimensão amostral de 63, o intervalo de confiança² para a proporção real de indivíduos da população é:

$$\begin{aligned} &\approx]0.317 - 0.1149 ; 0.317 + 0.1149[\\ &=]20.21\% ; 43.19\%[\end{aligned}$$

No intervalo de confiança obtido, 31.7 % é a proporção amostral (estimada) das pessoas que devem ter as três comorbilidades em simultâneo. Os valores limítrofes do intervalo levam-nos a inferir que a proporção real de indivíduos da população que devem apresentar as três comorbilidades deverá encontrar-se entre 20.21% e 43.19 %, com 95% de confiança.

A margem de erro obtida neste caso é de 11.49%. Em síntese:

$$IC_{95\%} = 31.7\% \pm 11.49\%$$

Por sua vez, para um nível de confiança de 95%, é plausível concluir que metade da população não evidencia as três comorbilidades. Não é plausível que mais de 50% da população evidencie as três comorbilidades pois 0.50 não pertence ao $IC_{95\%}$ para a proporção.

Se considerar que a margem de erro ε é relativamente elevada ($\varepsilon = 11.49\%$), é possível estimar o número mínimo de indivíduos que deve conter a amostra para que esta diminua para um valor inferior a 5% (mantendo a proporção amostral e o nível de confiança usual de 95%). Para isso basta que:

$$n > 332.7 \Rightarrow n \geq \mathbf{333}$$

Deste modo, caso a amostra contenha pelo menos 333 indivíduos, a margem de erro³ não deverá ser superior a 5%. Assim, assumimos ≥ 333 inquiridos de forma a mitigar o valor da margem de erro.

² Vale a pena realçar que o intervalo de confiança para a proporção populacional p é dado a partir de $\left[\hat{p} - z_{\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\frac{\hat{p}(1-\hat{p})}{n}} ; \hat{p} + z_{\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\frac{\hat{p}(1-\hat{p})}{n}} \right]$, onde \hat{p} designa a proporção amostral verificada, n é a dimensão da amostra e $z_{\frac{\alpha}{2}} = 1.960$, para o nível de confiança de 95%.

³ Ressalva-se que se preservou a proporção amostral $\hat{p} = 0.317$. Caso não se preserve a proporção amostral, também é possível inferir que a dimensão máxima amostral é de 385, no caso de $\hat{p} = 0.50$.

Teste *T* para duas amostras independentes

O teste *t* para duas amostras independentes aplica-se usualmente quando se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de indivíduos e desconhecem-se as respetivas variâncias populacionais.

Para apurar se as diferenças observadas nas médias são estatisticamente significativas, procede-se aos testes *t* para a igualdade de médias em amostras independentes (Pestana & Gageiro, 2008).

Tabela 6

Testes *t* entre o IPGDS, IES-6, PHQ-9, ECL, ISLES, Escala de Ansiedade Face à Morte em Função do Género.

	Género Feminino		Género Masculino		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i> – <i>value</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
IPGDS I	35.40	15.05	30.29	10.59	1.189	61	.239
IPGDS II	43.11	19.06	35.36	12.34	1.430	59	.158
IES-6	11.09	6.66	10.38	6.45	.338	57	.737
PHQ-9	10.45	6.97	7.83	6.71	1.163	54	.250
ECL	7.91	9.90	7.42	5.58	.162	53	.872
ISLES	46.72	15.02	49.08	18.38	-.440	53	.662
EAM	39.74	12.06	34.00	8.64	1.538	53	.130

A tabela 6 apresenta as médias e os desvios padrões dos diversos instrumentos de avaliação usados no estudo em função do **género**.

Para todo o instrumento usado, correspondente a uma variável fundamental em estudo, obtivemos os valores de prova⁴ (*p-values*) acima de 5%, o valor do nível de significância considerado para o presente estudo. Assim, é plausível que em nenhum dos casos haja diferença significativa, no que concerne ao género de um indivíduo, em nenhum dos instrumentos/variáveis apresentadas, de acordo com a amostra obtida, ao nível de confiança de 95%.

⁴ De acordo com Pires (2018), dado o valor observado para uma estatística de teste, o *p-value* é o maior nível de significância (α) para o qual não se rejeita H_0 . Deste modo, estipulado *à priori* o nível de confiança $(1 - \alpha) \times 100\%$ para um determinado teste de hipóteses, então as decisões a tomar são: Rejeitar H_0 , se $p - value < \alpha$; Não rejeitar H_0 , se $p - value > \alpha$.

Tabela 7

Testes t entre o IPGDS, IES-6, PHQ-9, ECL, ISLES, Ansiedade Face à Morte em Função da Perda em Fase de Pandemia.

	<i>Sim</i>		<i>Não</i>		<i>T</i>	<i>gl</i>	<i>p – value</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
IPGDS I	37.53	14.80	28.61	11.51	2.486	61	.016
IPGDS II	44.33	18.83	36.00	15.25	1.771	59	.082
IES-6	12.26	6.94	8.35	4.97	2.236	57	.029
PHQ-9	11.23	6.88	6.82	6.25	2.265	54	.028
ECL	7.38	9.49	8.81	8.56	-.521	53	.605
ISLES	49.74	16.53	41.13	14.58	1.814	53	.075
EAM	39.10	12.13	37.00	10.35	.608	53	.546

A tabela 7, apresenta as médias e os desvios padrões dos diferentes instrumentos de avaliação usados no estudo em função da **perda em fase de pandemia**.

Da análise das diferenças, verificamos que existem diferenças significativas no que concerne à perda de um ente querido na pandemia, sendo que, a amostra representativa à perda desde do início da pandemia, apresenta valores mais elevados no IPGDS I ($t(61) = 2.486$; $p = .016$) quando comparados com os indivíduos que não perderam ninguém, bem como, os participantes que tiveram uma perda apresentam valores mais elevados para o IES-6 ($t(57) = 2.236$; $p = .029$) assim como, valores superiores para o PHQ-9 ($t(54) = 2.265$; $p = .028$) quando comparado com a amostra que referenciou não ter perdido ninguém durante a fase de pandemia.

Considerando o valor do nível de significância estimado anteriormente (p -value acima de .05), foi possível concluir que existe diferença significativa nos indivíduos que vivenciaram uma perda em fase de pandemia. Os resultados obtidos sugerem que os enlutados desenvolveram luto prolongado e presença de sintomas traumáticos e depressivos.

Tabela 8

Testes t entre o IPGDS, IES-6, PHQ-9, ECL, ISLES, Ansiedade Face à Morte em Função da Causa da Morte.

	<i>Causa natural</i>		<i>Covid-19</i>		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i> – <i>value</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
IPGDS I	33.52	14.26	36.75	12.49	-.600	52	.551
IPGDS II	40.60	17.69	38.86	10.56	.252	50	.802
IES-6	10.41	6.42	12.29	6.16	-.723	49	.473
PHQ-9	9.27	6.65	11.00	6.03	-.648	47	.520
ECL	7.64	8.69	7.43	8.06	.061	47	.952
ISLES	47.60	16.55	57.57	5.39	-1.569	47	.123
EAM	38.79	11.10	39.00	13.75	-.046	47	.964

A tabela 8 apresenta as médias e os desvios padrões dos distintos instrumentos de avaliação usados no estudo em função da **causa da morte**.

A partir dos resultados obtidos, considerado de novo o valor de $\alpha = 0.05$, isto é, com valores ao nível de confiança de 95%, foi possível concluir que não existe diferença significativa, no que concerne à causa de morte por morte natural relacionada com a saúde e morte por Covid-19.

Deste modo, é plausível concluir que a causa de morte não tenha um efeito negativo nos processos de luto em fase de pandemia. Assim, rejeita-se H_3 : A causa de morte difere significativamente nos processos de luto na fase de pandemia, para o nível de confiança a 95%, de acordo com a amostra utilizada.

Análise de variâncias através de uma One-Way ANOVA

A análise de variâncias através de uma One-Way ANOVA consiste em analisar o efeito de um fator na variável dependente, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si (Pestana & Gageiro, 2008).

Tabela 9

Análise de Diferenças entre Grupos e o Tipo de Visualização do Corpo do Falecido

	<i>Sim, vi.</i>		<i>Não vi, mas gostava de ter visto</i>		<i>Não vi, mas também não gostava de ter visto.</i>		<i>p</i> – value
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
IPGDS I	32.15	13.29	43.06	13.63	28.47	12.77	.004
IPGS II	41.22	18.20	49.82	19.01	33.00	12.61	.021
IES-6	10.28	7.04	15.00	5.11	7.82	5.23	.004
PHQ-9	9.30	6.99	12.88	6.39	7.56	6.70	.075
ECL	8.59	8.29	9.71	11.48	4.69	7.25	.258
ISLES	44.04	15.79	46.82	17.31	52.06	15.89	.331
EAM	39.18	8.56	41.24	11.95	34.63	14.25	.249

Para a ANOVA com um fator procura-se verificar, no que concerne à variável endógena, se os valores médios alusivos à mesma variável são iguais entre si, para qualquer subgrupo em análise, ou se existe pelo menos um dos subgrupos amostrais que tem um valor esperado distinto dos restantes. A hipótese nula é rejeitada sempre que exista pelo menos um subgrupo cujo valor médio seja distinto dos demais.

O estudo em causa, considere que a população pode ser dividida em três subgrupos: “*Sim, vi.*”, “*Não vi, mas gostava de ter visto.*” e “*Não vi, mas também não gostava de ter visto.*”. A aplicação do teste ANOVA, para cada um dos vários instrumentos apresentados atrás, permitirá determinar, com a confiança a 95%, se em cada um destes existe pelo menos um subgrupo que tenha valores esperados distintos dos restantes.

Deste modo, a análise da ANOVA para as variáveis em estudo, leva-nos a constatar que o subgrupo aparentemente distinto dos restantes: “*não vi, mas gostava de ter visto.*” tem impacto no Luto Complicado (IPGDS I) ($p = .004$) e nos itens culturais (IPGDS II) ($p = .021$), na Reação Pós-traumática de *Stress* (IES-6) ($p = .004$). Além de apresentarem valores de p abaixo de .05. mostram médias superiores nas variáveis analisadas: tem impacto no Luto Complicado (IPGDS I) ($M = 43.06$; $DP = 13.63$), para os itens culturais (IPGDS II) ($M = 49.82$; $DP = 19.01$) e na Reação Pós-traumática de *Stress* (IES-6) ($M = 15.00$; $DP = 5.11$).

No entanto, com base na análise realizada para um valor de p abaixo de .05, são rejeitadas as hipóteses em estudo. É plausível concluir que não existe diferença significativa nas variáveis da Depressão, Culpabilidade no Luto, Processo de Adaptação ao *Stress* e Ansiedade face à morte consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido.

Modelo Linear Simples

O modelo linear é um modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável dependente, a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza independentes, informando sobre a margem de erro dessas previsões (Pestana & Gageiro, 2008). Por sua vez, é possível verificar a adequação do modelo ao estudo em causa consoante o valor do coeficiente de correlação de Pearson: trata-se de um número real (r), compreendido entre -1 e 1 inclusive, o qual expõe a proximidade dos pontos que constituem a nuvem obtida a partir dos dados amostrais com o modelo estimado por regressão linear. Quanto mais próximo de 1 estiver o valor absoluto de r , melhor é a associação linear entre as variáveis endógenas, na explicação da variável explicada (Pestana & Gageiro, 2008).

Tabela 10

Análises de Correlação Entre as Variáveis IPGS, IES-6, PHQ-9, ECL, ISLES e Escala de Ansiedade Face à Morte.

<i>Variáveis</i>		<i>IPGS I</i>	<i>IPGS II</i>	<i>IES-6</i>	<i>PHQ-9</i>	<i>ECL</i>
IPGS I	Pearson's r	-	.893	.834	.741	.548
	$p - value$	-	.000	.000	.000	.000
IPGS II	Pearson's r	-	-	.783	.767	.573
	$p - value$	-	-	.000	.000	.000
IES-6	Pearson's r	-	-	-	.784	-
	$p - value$	-	-	-	.000	-

Com vista a perceber se o nível de luto prolongado, trauma, depressão, culpabilidade no luto, resinificado ao acontecimento e a ansiedade face à morte influencia as restantes variáveis, foi realizada uma análise de regressão linear simples.

Através de análise de correlações de Pearson entre as variáveis de estudo, verificámos existência de correlações significativas positivas fortes entre o IPGDS I e os seus itens culturais IPGDS II ($r = .893$; $p = .000$); com a escala IES-6 ($r = .834$; $p = .000$), com a escala PHQ-9 ($r = .741$; $p = .000$). Podemos afirmar que a correlação existente entre as variáveis IPGDS I e a ECL é positiva moderada ($r = .548$; $p = .000$). A subescala IPGDS II, demonstra ter uma correlação significativa positiva forte para a escala IES-6 ($r = .783$; $p = .000$), para a escala PHQ-9 ($r = .767$; $p = .000$). Foi possível encontrar uma correlação significativa positiva moderada entre a subescala IPGDS II e a ECL, ($r = .573$; $p = .000$). Para além disso, também foi possível verificar uma correlação positiva forte entre a escala IES-6 e a escala PHQ-9, ($r = .784$; $p = .000$).

Contudo, como se consta na tabela 10, não se verificaram correlações significativas entre a Escala de Ansiedade face à Morte (EAM) e o Luto Prolongado (IPGDS), Depressão (PHQ-9), Reação Pós-traumática de *Stress* (IES-6), Culpabilidade no Luto (ECL), Experiência de Vida *Stressante* (ISLES).

c) Descrever o impacto/efeito da pandemia no processo de luto complicado, comparando os níveis de luto em indivíduos que vivenciaram perdas antes da pandemia e durante a mesma.

Teste de *U* Mann-Whitney

Um teste não paramétrico tem como base um teste de hipóteses, na qual não requer que a população siga uma distribuição normal. Na estatística paramétrica, assume-se que as amostras são recolhidas a partir de distribuições específicas e caracterizadas por um ou mais parâmetro sobre o qual queremos inferir. Desta forma, o teste *U* Mann-Whitney, é um teste alternativo ao teste *t* para duas amostras independentes, e que pretende analisar duas amostras de modo a verificar diferenças entre as duas populações em estudo (Pestana & Gageiro, 2008).

De modo a verificar se existem diferenças no efeito da pandemia no processo de luto complicado, comparando os níveis de luto em indivíduos que vivenciaram perdas antes da pandemia e durante a mesma, recorreu-se ao teste *U* de Mann-Whitney. Para determinar se a diferença entre as medianas da população é estatisticamente significativa, comparou-se o valor de *p* com o nível de significância de 5%.

Tabela 11

Diferenças nos Itens da IPGDS em Função do Grupo Antes (n =213) e Após Pandemia (n= 63).

<i>Itens</i> (IPGDS Parte I)	<i>Antes</i>	<i>Após</i>	<i>U</i>	<i>p – value</i>
	<i>Pandemia</i> <i>Posto</i> <i>Médio</i>	<i>Pandemia</i> <i>Posto</i> <i>Médio</i>		
2. Estou preocupado com os pensamentos acerca do falecido ou circunstâncias da sua morte.	132.07	160.25	5359.50	.011
3. Tenho sentimentos intensos de pesar em relação ao falecido.	133.50	155.40	5645.00	.050
4. Sinto-me culpado pela morte ou pelas circunstâncias em que ocorreu.	134.52	151.97	5861.00	.019
6. Tento evitar coisas que me lembrem do falecido ou a sua morte tanto quanto possível (p. ex., fotografias, memórias).	130.84	164.40	5077.50	.001

Através dos resultados que se encontram sistematizados na tabela 11, observamos que para todos os itens 1, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14, descritos na tabela 11 do anexo A, verificou-se que $p - value > 0.05$, pelo que não foi rejeitada a hipótese nula, ou seja, é plausível concluir que não existem evidências na diferença entre as medianas obtidas na população em estudo não são estatisticamente significativas.

Como podemos visualizar na Tabela 11, existiram itens da IPGDS correspondente à parte I do instrumento que apresentaram $p - value < 0.05$, proporcionando a rejeição da hipótese nula: é plausível que hajam diferenças

significativas nestes itens, conforme o período temporal em causa. Deste modo, verificamos que o item 2: (“*Estou preocupado com os pensamentos acerca do falecido ou circunstâncias da sua morte*”), apresenta diferenças entre os indivíduos que viveram uma perda antes da pandemia de ($U = 5359.50$; $p = .011$); o item 3 (“*Tenho sentimentos intensos de pesar em relação ao falecido.*”), exhibe igualmente diferenças no que concerne aos valores medianos antes e durante pandemia ($U = 5645.00$.; $p = .050$); bem como o item 4. (“*Sinto-me culpado pela morte ou pelas circunstâncias em que ocorreu.*”) com valores ($U = 5861.00$; $p = .019$); por fim, o item 6 (“*Tento evitar coisas que me lembrem do falecido ou a sua morte tanto quanto possível (p. ex., fotografias, memórias).*”), nota-se que o valor p é também baixo ($U = 5077.50$; $p = .001$), levando à rejeição da hipótese nula – A diferença das medianas entre o grupo antes da pandemia e após a primeira vaga pandémica, no processo de luto, é estatisticamente significativa. Deste modo, é de esperar que existam diferenças também, entre os dois períodos temporais em causa.

Entre os quatro itens referenciados atrás, onde é plausível que existem diferenças significativas, o item 6 apresenta o menor valor de p -value. Assim, o evitamento evidenciado aparece com maior destaque entre os dois grupos. Desta forma, é plausível que os enlutados em fase de pandemia tendam a evitar cada vez mais, quando comparados com os indivíduos que perderam um ente querido antes da pandemia, a visualização de fotografias, memórias ou outros aspetos que os façam recordar o ente querido que perderam.

Tabela 12

Diferenças nos Itens Culturais da IPGDS em Função do Antes (n = 200) e Após Pandemia (n = 61).

<i>Itens Culturais (IPGDS Parte II)</i>	<i>Antes</i>	<i>Após</i>	<i>U</i>	<i>p – value</i>
	<i>Pandemia</i>	<i>Pandemia</i>		
	<i>Posto</i>	<i>Posto</i>		
	<i>Médio</i>	<i>Médio</i>		
6. O meu luto é tão intenso que me sinto preso(a) nele.	124.74	151.52	4848.50	.006

Relativamente aos resultados obtidos e apresentados de forma resumida na tabela 12, observamos que para os itens culturais apenas assumiu-se o item 6 com relevância estatística. Os restantes itens, são descritos na tabela 12 do anexo C, pois não se verificou um valor de p significativo na amostra obtida para um nível de significância .05, pela qual não foi rejeitada a hipótese nula, ou seja, é plausível constatar que não existem diferenças entre os valores das medianas obtidas entre os dois grupos em estudo, não sendo estatisticamente significativas.

No entanto, podemos visualizar que para o item 6 da IPGDS parte II, verifica-se um nível significativo na amostra obtida para um nível de significância .05 pela qual em consequência se rejeitasse a hipótese nula. Deste modo, verificamos que o item 6: (“*O meu luto é tão intenso que me sinto preso(a) nele.*”), apresenta diferenças entre os indivíduos que viveram uma perda antes da pandemia e durante a mesma ($U = 4848.50$; $p = .006$).

Este item acessório, parece sustentar a sintomatologia mais evidenciada nos itens da parte I da IPGDS.

Capítulo V- Discussão / Conclusão

O presente estudo sugere a discussão dos resultados com base na literatura existente até ao momento. Este projeto de investigação pretende aprofundar o estudo das diferentes implicações da pandemia quanto à experiência do luto.

A análise dos dados ao longo do estudo, permitiu num primeiro momento, descrever a população relativa à fase de pandemia, no que concerne às expectativas sobre as cerimónias fúnebres, sobre a existência de um momento de despedida, a importância de ver o corpo do ente querido, a influência no processo de luto e o impacto ao nível do sofrimento emocional.

No que refere às cerimónias fúnebres, o resultado obtido no grupo de pandemia apura que foram de acordo com as suas expectativas (74.6 %), tiveram a oportunidade de se despedir (69.8 %) e visualizaram o corpo do falecido (44.4 %). Uma das especificidades do processo de luto de quem perdeu um ente querido para a COVID-19, prende-se com imposição de limitações drásticas face às cerimónias fúnebres (Dantas et al, 2020). Contrariamente, ao que foi encontrado no estudo de Booth (2020), os enlutados que consideraram não terem despedido como gostariam, corresponde a 85 % e 75% vivenciou o isolamento social e solidão.

Não obstante, 50.8 % dos indivíduos da amostra principal mencionou que a fase de pandemia prejudicou o seu processo de luto. Este valor percentual vai de encontro com a literatura e o com o que seria esperado na nossa amostra. As circunstâncias trazidas pela pandemia COVID-19 conduziram a elevados índices de luto, bem como a determinados desafios individuais que poderão aumentar o risco do desenvolvimento no futuro de Perturbação de Luto Prolongado (Goveas & Shear, 2020). Se o luto tende a ser difícil em qualquer circunstância, tanto maior o será face a sucessivos óbitos na população geral (Robles-Lessa et al., 2020).

A causa de morte mais evidenciada na amostra em fase de pandemia é referente à causa de morte natural. Porém, no nosso estudo, não foram encontradas essas evidências quando comparada a causa de morte natural e morte por COVID-19. Apesar do número de mortes por COVID-19 ter sido relativamente mais baixo, era expectável que este acontecimento traumático, desencadeasse valores superiores para o luto prolongado, sintomatologia depressiva e traumática, quando comparado com os resultados obtidos por uma morte natural. Os estudos de Eisma et al., (2020a, 2020b), evidenciaram que os sintomas de luto prolongado são elevados em mortes inesperadas, na ausência de rituais de luto tradicionais e na falta de apoio social físico.

Neste sentido, os enlutados em período de pandemia, apresentaram níveis elevados relativamente ao sofrimento emocional, o que sugere que estes resultados vão

de acordo com a revisão de literatura. No estudo de Worden (2009), a incapacidade de tolerar a angústia emocional leva que os indivíduos desenvolvam reações disfuncionais de luto. No período da pandemia, as políticas de distanciamento social e todas as medidas impostas pelas circunstâncias acabam por influenciar o desequilíbrio emocional vulnerabilizando as experiências de dor e sofrimento dos enlutados (Thomas, 2020).

De forma a concretizar o segundo objetivo do estudo, verificaram-se os efeitos da pandemia na vivência de luto associados à presença de sintomas de luto prolongado, traumáticos e depressivos, de culpabilidade, associações entre a pandemia e ansiedade face à morte e os processos de adaptação interna ao *stress*. Primeiramente, procedeu-se à análise da prevalência para todos os instrumentos utilizados e a presença de comorbilidade existente entre o luto prolongado, e outros sintomas tais como, trauma e depressão nos indivíduos que vivenciaram uma perda em fase de pandemia.

De acordo com os pontos de corte descritos no capítulo III e efetuando a análise da prevalência de luto prolongado, trauma e depressão nos enlutados em fase de pandemia, foi possível constatar que existe presença de luto prolongado correspondente a 85.7 % da amostra total. Contudo, não se evidencia presença de prevalência para o trauma e depressão, o que não vai ao encontro com o que a literatura demonstra. A elevada presença de luto prolongado, é reportada pela literatura que refere que durante este período verifica-se um aumento significativo do luto prolongado, perturbação de *stress* pós-traumático, humor depressivo, irritabilidade, medo, nervosismo, tristeza e culpa. (Brooks, et al., 2020; Douglas & Douglas, 2009; Ho, et al., 2020; Wang, et al., 2020; Wallace, et al., 2020; Zhang & Feei Ma, 2020).

Porém, um estudo que avaliou famílias enlutadas em cuidados intensivos, demonstraram piores resultados com uma maior prevalência de PSPT (44%) e perturbação de luto prolongado (52%) em seis meses do que a observada na população em geral, que foi de cerca de 5-10 %. Na realidade, em contexto da pandemia, podemos esperar números ainda maiores de luto prolongado (Pattinson, 2020).

É importante referenciar que as possíveis razões para os resultados obtidos sobre a sintomatologia comórbida existente em enlutados em fase de pandemia sem a presença de Trauma e Depressão (0 %) ou só Trauma (0 %), pode ser sustentado pelo facto de não ser expectável que maioria das pessoas sofra de perturbações mentais

decorrentes do impacto pandémico, porém, um determinado número de indivíduos pode passar por determinadas reações decorrentes dos ajustamentos emocionais necessários. Como podemos constatar na análise a partir do Teste de *U* Mann-Whitney, observámos valores superiores de luto prolongado nos indivíduos que perderam um ente querido em fase de pandemia. O facto de atribuírem valores mais altos para o item 6 da IPGDS I, que avalia o evitamento, pode estar associado às regras de segurança, tal como manter o distanciamento e/ou isolamento. Por outro lado, é comum que os indivíduos tendem a evitar lembrar o falecido, visualizar imagens ou memórias de forma a diminuir o sofrimento emocional. É sugestivo que os enlutados em período de pandemia não direcionem o foco para a perda, mas para a sua sobrevivência individual e talvez estejam concentrados a resolver as tarefas que a fase da pandemia impõe, medidas de proteção pessoal, prestação de cuidados aos familiares de risco, ente outros. Os enlutados da amostra recolhida em fase de pandemia, são indivíduos que revelam estar num estado vígil e atento à situação vivenciada em torno das circunstâncias pandémicas, prevalecendo maiores preocupações ao nível do contágio do vírus ou estabilidade económica. Estas preocupações podem tornar o indivíduo mais concentrado em si mesmo, nas suas necessidades e em processo de adiamento da resolução do acontecimento negativo (a perda de um ente querido ou amigo próximo).

Através do intervalo de confiança analisado, com o objetivo em determinar um perfil possível destes inquiridos, foi plausível concluir que metade da população em estudo não evidencia as três comorbilidades (Luto Prolongado, Depressão e Trauma), aquando da perda um ente querido em fase de pandemia. Deste modo, é de esperar que a proporção real de indivíduos que apresentam as três comorbilidades em simultâneo esteja entre os 20% e os 43% aproximadamente, para um nível de confiança a 95%. Assim, é plausível que menos de metade da população deve evidenciar esta condição, em caso da perda de um ente querido.

Recorrendo à análise do teste *t*, não constamos na nossa amostra a existência de diferença significativa no que concerne ao estudo do género. Não foi possível concluir os dados obtidos, pois não há revisão de literatura atual.

No que diz respeito à perda em fase de pandemia, verificamos que aqueles que perderam um ente querido durante este período, apresentam valores mais elevados de luto, de depressão e de reações pós-traumáticas de *stress* comparados com aqueles que

não perderam ninguém nesta fase. Estudos já realizados vão de acordo com os nossos resultados ao referirem que no período de pandemia verifica-se um aumento significativo do luto prolongado, de perturbações de *stress* pós-traumático, depressão, irritabilidade, medo e sentimentos de culpa (Guedes, 2020; Ho et al., 2020; Pattison, 2020; Zhang & Feei Ma, 2020).

Quando analisada a causa de morte, através dos resultados da amostra obtida, verificamos que os indivíduos que perderam alguém por COVID-19 não apresentam valores significativos comparativamente aos indivíduos que perderam alguém por morte natural. A morte inesperada é uma característica presente em contexto da pandemia, e essa particularidade de luto pode levar ao confronto mal adaptativo e dificuldade em reajustar-se emocionalmente. No estudo de Gesi et al., (2020), estima-se que a prevalência de Luto Prolongado entre os enlutados avaliados até 18 meses após o acontecimento, varia entre os 9% a 80% relacionados à perda de um filho ou conjugue.

A falta de concordância entre os nossos resultados e o que a literatura sugere, parece estar relacionada com o facto de que o número de indivíduos que reportam uma perda por COVID-19 ser mais pequena do que o número de casos mencionados por uma causa de morte natural. Ainda, é possível atribuir o impacto da causa de morte com o grau de parentesco mais narrado na amostra do grupo de pandemia, pois, maioritariamente, o grau estabelecido entre o falecido e o enlutado era de relação de avô/avó e neto(a).

Em relação às cerimónias fúnebres, especificamente, na questão relacionada como o contacto com o corpo, o nosso estudo verificou valores mais altos de luto prolongado, de trauma e de depressão nos indivíduos que não viram o corpo do seu ente querido, mas que gostavam de ter visto. A literatura destaca a importância dos funerais e do apoio nos indivíduos enlutados. Encontrar-se enlutado na fase de pandemia por COVID-19 constitui um confronto, devido ao conjunto de tarefas desafiantes em todas as fases relativas às cerimónias fúnebres, desde o seu planeamento até aos rituais pós-fúnebres. Porém, a compreensão dos seus efeitos para a saúde pessoal e pública carecerá de futuras investigações (Burrell & Selma, 2020). As multiplicidades de perdas associadas às pandemias impactam as normas culturais, rituais e práticas sociais comuns relacionados à morte e ao luto, potenciando o aumento de luto prolongado (Mayland et al, 2020). Outro estudo, verificou que os indivíduos que tiveram oportunidade de

aceder aos rituais fúnebres, conseguiram uma avaliação positiva associada com um sofrimento menos traumático (Selman & Burrell, 2020).

Por último, a análise correlacional das variáveis estudadas permitiu verificar a correlação significativa entre o Luto Prolongado, o Trauma e a Depressão. Esta correlação sugere que estas variáveis influenciam-se entre si. Apesar do luto prolongado e a culpa revelar uma correlação significativa menos forte comparativamente às variáveis acima descritas, é plausível concluir que as variáveis de luto prolongado, depressão, trauma e culpabilidade, encontram-se correlacionadas umas com as outras. Estes resultados vão de encontro com a literatura existente, uma vez s a existência de sintomas elevados de depressão, de trauma e de culpabilidade nos casos de luto prolongado (Jordan & Litz, 2014).

De forma sintetizada, podemos concluir, de acordo com os resultados obtidos na amostra referente à fase de pandemia, que não se rejeita a segunda hipótese: “Os indivíduos que vivenciaram uma perda em fase de pandemia, apresentam diferenças significativas nos processos de luto”; não se rejeita a quarta hipótese: “A ocorrência de um ritual fúnebre encontra-se negativamente associada ao processo de luto, em fase de pandemia”; não se rejeita a hipótese cinco: “Existem diferenças significativas no Luto Prolongado consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido”; não se rejeita a hipótese seis: “Existem diferenças significativas no Depressão consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido”; não se rejeita a hipótese sete: “Existem diferenças significativas na Reação Pós-Traumática de *Stress* consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido” e por fim, também não se rejeita a décima primeira hipótese: “As variáveis explicativas Luto Prolongado, Depressão, Reação Pós-traumática de *Stress*, Culpabilidade no Luto, estão correlacionadas umas com as outras.”

Tal como evidenciado no terceiro objetivo, procedeu-se à análise da amostra referente ao período anterior à pandemia e o período após a mesma, de forma a verificar o efeito da pandemia no processo de luto prolongado, comparando os níveis de luto nas duas amostras.

A análise simultânea do Luto Prolongado nas duas amostras, apesar de não ter sido verificável para todo o instrumento avaliado, constatou-se que os enlutados em fase de pandemia revelaram valores mais altos para alguns itens incluídos na escala

internacional de luto prologado (IPGDS). Nomeadamente, os itens na qual foram evidenciadas pontuações mais altas comparativamente ao grupo de enlutados antes pandemia mencionados na análise das tabelas 11 e 12, foi plausível concluir que os enlutados em fase de pandemia revelam maior dor emocional, bem como maior evitamento relativamente à perda (Guedes et al., 2019).

O cenário que é caracterizado pela pandemia COVID-19 direciona-se a elevados índices de luto, por um lado, bem como o confronto com diferentes desafios de cada um, podendo aumentar o risco de desenvolvimento de perturbação de luto prolongado (Goveas & Shear, 2020).

Num trabalho realizado por Eisma & Tamminga, (2020), que se ocupou do primeiro estudo quantitativo de modo a comparar o luto antes e durante a pandemia por COVID-19 em indivíduos enlutados por outras causas de morte além do COVID-19. Os autores não encontraram diferenças significativas antes e após a perda durante a pandemia, contudo, os indivíduos que experimentaram uma perda após a pandemia, demonstraram valores superiores do que aqueles que vivenciaram uma perda recente antes da pandemia. Estes resultados sugerem que o luto é um forte indicador para o desenvolvimento de luto prolongado e sustenta que a pandemia irá levar a uma maior prevalência nas perturbações de luto. Os dados deste estudo revelam que a pandemia, embora com uma visão ainda pequena, venha a inferir efeitos negativos no ajuste psicológico durante e após a mesma. É assim, expectável, que a população em geral venha a ter respostas de luto efetivamente mais grave e, eventualmente, contribuir para uma prevalência de perturbação de luto prolongado e perturbação de luto complexo persistente (Eisma & Tamminga, 2020).

Para além disso, outro estudo, considerou que o desenvolvimento de luto, vai de acordo com os critérios de tempo de perturbação de luto prolongado (6 meses após a perda) e perturbação de luto complexo persistente (12 meses após a perda), dificultando a determinação dos diagnósticos entre os recém-enlutados por COVID-19 (Eisma et al., 2020a). Podemos considerar que existem questões que propõem que os indivíduos após a pandemia atribuam sintomatologia mais negativa do que os que vivenciaram a perda antes COVID-19, assim, respondendo à última hipótese colocada, não a rejeitamos: “A diferença da mediana entre o grupo antes da pandemia e após pandemia no processo de luto é estatisticamente significativa”.

Compreendemos que a conclusão deste projeto carece de estudos aprofundados que sustentem as variáveis implicadas na experiência de luto em fase de pandemia. Enfatizando os resultados demonstrados no diagrama de *Venn*, podemos realçar o dinamismo que pode nele evoluir há medida que o tempo avança, dado que os resultados obtidos foram uma “fotografia” num certo instante no tempo. Como investigadores, salientamos a importância de no futuro poder avaliar o modo como a passagem do tempo poderá ter impacto nas variáveis em análise: verificar a dinâmica que poderá fluir, determinar se ocorreu estagnação, se as variações proporcionais ocorreram à escala ou ainda se não existe qualquer dependência. Neste sentido parece-nos válida a premissa para a continuação deste estudo a curto ou médio prazo.

Ao longo do desenvolvimento do estudo, apontamos como limitações, a dimensão da amostra, sendo que esta é considerada como pequena e heterogênea, bem como a disparidade no que concerne ao número de elementos do género feminino e masculino. Poderia ainda ser efetuada uma análise *post hoc* referente ao teste ANOVA aplicado, de modo a determinar qual ou quais seriam os subgrupos que apresentaram diferentes médias populacionais no que concerne à aplicação dos vários instrumentos definidos para os subgrupos populacionais: “*Sim, vi*”, “*Não vi, mas gostava de ter visto.*” e “*Não vi, mas também não gostava de ter visto.*”, que compõem o segundo grupo de perguntas dos dados sociodemográficos, com o objetivo de recolher informação acerca da perda, mais especificamente, as cerimónias fúnebres.

De modo a colmatar as limitações mencionadas, as investigações, no futuro, devem ter em consideração o tamanho da amostra, a obtenção de dados mais homogêneos acerca do género e o período de perda, por exemplo.

Estudar o impacto da situação pandémica na experiência do luto, revelou ser uma ferramenta fundamental no que diz respeito ao desenvolvimento de futuras investigações na área do luto, bem como, quais os efeitos que estão implicados nos processos do mesmo numa fase de pandemia. Prevemos que desde o momento em que se realizou a análise dos dados até ao momento atual, sendo que passou um mês desde o último dado reportado na base de dados, terão surgido alterações significativas nas variáveis estudadas. Acreditamos que nesta altura e nos tempos vindouros as consequências e impactos decorrentes da pandemia deverão estar mais vincados na população em geral.

Referências Bibliográficas

- Bizarro, J., Patrão, I & Deep, C. (2012). Contributo para a validação do TE (Termómetro Emocional) numa amostra portuguesa com diagnóstico de cancro. In Pais-Ribeiro, JL et al. Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas: atas do 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: Placebo (pp. 152-159).
- Booth, R. (2020). UK's Covid bereaved suffer heightened grief, find study. *The Guardian*.
Disponível:<https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2020/nov/26/uks-26m-covid-bereaved-suffer-heightened-grief-finds-study>
- Burrell, A., & Selman, L. E. (2020). How do Funeral Practices impact Bereaved Relatives' Mental Health, Grief and Bereavement? A Mixed Methods Review with Implications for COVID-19. *OMEGA-Journal of Death and Dying*.
<https://doi.org/10.1177/0030222820941296>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cabo, L. J. L. D. M., & Farate, C. O. (2014). *Ansiedade em face da morte em Agentes Funerários* (Tese de Mestrado, ISMT).
<http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/622>
- Dantas, C. D. R., Azevedo, R. C. S. D., Vieira, L. C., Côrtes, M. T. F., Federmann, A. L. P., Cucco, L. D. M., ... & Cassorla, R. M. S. (2020). O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. *Revista Latinoamericana*

de Psicopatologia Fundamental, 23(3), 509-533. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p509.5>.

Douglas, P. K., Douglas, D. B., Harrigan, D. C., & Douglas, K. M. (2009). Preparing for pandemic influenza and its aftermath: mental health issues considered. *International journal of emergency mental health*, 11(3), 137–144.

Eisma, M. C., Tamminga, A., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of affective disorders*, 278, 54-56. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049>

Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief Before and During the COVID-19 Pandemic: Multiple Group Comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6), e1-e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004>

Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>

Ferreira, T., Sousa, M., Meira, L., Cunha, C., Santos, A., Silva, S., Couto, A.B., Gomes, P., Costa, L., Barbosa, E., Basto, I & Salgado, J. (2018). Brief assessment of depression: Psychometric properties of the portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Research gate*. <https://doi.org/10.33525/pprj.v1i2.36>

Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I. M., & Dell'Osso, L. (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 11, 489. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00489>

- Goveas, J. S., & Shear, M. K. (2020). Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1119–1125. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.021>
- Guedes, I., Nogueira, A., Soares, J., Killikelly, C & Rocha, J. (2020). Validation of the International Prolonged Grief Disorder Scale (IPGDS-PT): Portuguese Version. (tese de Mestrado não publicada). Instituto Superior Ciências da Saúde.
- Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore*, 49(1), 1-3.
- Holland, J. M., Currier, J. M., Coleman, R. A., & Neimeyer, R. A. (2010). The Integration of Stressful Life Experiences Scale (ISLES): Development and initial validation of a new measure. *International Journal of Stress Management*, 17(4), 325. <https://doi.org/10.1037/a0020892>
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G. (2020). Psychological Intervention and COVID-19: What We Know So Far and What We Can Do. *Journal of contemporary psychotherapy*, 1–8. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09460-w>
- Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 180. <https://doi.org/10.1037/a0036836>
- Kokou-Kpolou, C. K., Fernández-Alcántara, M., & Cénat, J. M. (2020). Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a steep rise in traumatic and

disenfranchised griefs? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S94. <https://doi.org/10.1037/tra0000798>

Li, J., Stroebe, M., Chan, C. L., & Chow, A. Y. (2017). The Bereavement Guilt Scale: Development and preliminary validation. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 75 (2), 166-183. <https://doi.org/10.1177/0030222815612309>

Lopes, A.L.T. (2013). Convergent Validity of Impact of Event Scale-Revised and Impact of Event Scale-6. Portuguese Versions. (Dissertação de mestrado, Instituto Universitário Ciências da Saúde) <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/280>

Mayland, C. R., Harding, A. J., Preston, N., & Payne, S. (2020). Supporting adults bereaved through COVID-19: a rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.012>

Miller, M. D., Stack, J., & Reynolds III, C. F. (2018). A two-tiered strategy for preventing complications of bereavement in the first thirteen months post-loss: a pilot study using peer supports with professional therapist back-up. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(3), 350-357. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.05.011>

Mitchell, A. J., Baker-Glenn, E. A., Granger, L., & Symonds, P. (2010). Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the Emotion Thermometers tool. *Psycho-Oncology*, 19(2), 125–133. <https://doi.org/10.1002/pon.1523>

- Pattison N. (2020). End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID19) pandemic. *Intensive & critical care nursing*, 58. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102862>
- Pestana, M. & Gajairo, J. (2008) *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*. 6º Edição. Lisboa. Edições Sílabo. <https://doi.org/978-972-618-498-0>
- Pires, A. (2018). *Estatística para a Qualidade*. 1ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo. <https://doi.org/978-972-618-957-2>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ... & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59(1-2), 65-79. [https://doi.org/10.1016/01651781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/01651781(95)02757-2).
- Robles-Lessa, M. M., Cabral, H. L. T. B., da Cruz, R. S., Monteiro, J. R., & Guimarães, D. N. (2020). Consequências do adeus negado às vítimas da covid-19. *Revista Transformar*, 14(2), 283-305.
- Selman, L., & Burrell, A. (2020). The effect of funeral practices on bereaved friends and relatives mental health and bereavement: implications for COVID-19.
- Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social science & medicine*, 63 (9), 2440-2451. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012>
- Teixeira & M.G. Pereira. (2010). Termómetros Emocionais.

- Tsamakis, K., Rizos, E., Manolis, A.J., Chaidou, S., Kypouropoulos, S., Spartalis, E. ... Triantafyllis, A.S. (2020). [Comment] COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 19, 3451-3453. <https://doi.org/10.3892/etm.2020.8646>
- Thoresen, S., Tambs, K., Hussain, A., Heir, T., Johansen, V.A & Bisson, JI. (2010). Brief measure of posttraumatic *stress* reactions: Impact of Event Scale-6. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 45:405-412.
- Thomas, G. (2020). Death in the time of coronavirus. *Indian journal of medical ethics*, (2), 1. <https://doi.org/10.20529/IJME.2020.036>
- WorldOMater Covid (20 janeiro 2020). Obtido de WorldOMater Covid: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/portugal/>
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief During the COVID 19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *Journal of pain and symptom management*, 60(1), e70e76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., ... & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, behavior, and immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
- Walter, T., & Bailey, T. (2020). How Funerals Accomplish Family: Findings From a Mass-Observation Study. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 82(2), 175-195. <https://doi.org/10.1177/0030222818804646>

Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer publishing Company.

<https://doi.org/10.1177/0030222819869396>

Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2381. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>

Zhai, Yusen & Du, Xue. (2020). Loss and Grief amidst COVID-19: A Path to Adaptation and Resilience. *Brain, Behavior, and Immunity*.

<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053>

Anexos e tabelas

Anexo A - Cálculos realizados para a obtenção da proporção de indivíduos que apresentam as três comorbilidades estudadas

$$\begin{aligned}
 & \left[\hat{p} - \frac{z_{\alpha}}{2} \sqrt{\frac{\hat{p}(1-\hat{p})}{n}}; \hat{p} + \frac{z_{\alpha}}{2} \sqrt{\frac{\hat{p}(1-\hat{p})}{n}} \right] = \\
 & = \left[0.317 - 1.960 \sqrt{\frac{0.317(1-0.317)}{63}}; 0.317 + 1.960 \sqrt{\frac{0.317(1-0.317)}{63}} \right] = \\
 & \approx]0.317 - \mathbf{0.1149}; 0.317 + \mathbf{0.1149}[\\
 & =]\mathbf{0.2021}; \mathbf{0.4319}[\\
 & =]\mathbf{20.21\%}; \mathbf{43.19\%}[
 \end{aligned}$$

Nota 1: A margem de erro obtida neste caso é de **11.49%**.

$$IC_{95\%} = 31.7\% \pm \mathbf{11.49\%}$$

Nota 2: Se considerar que a margem de erro ε é relativamente elevada ($\varepsilon = 11.49\%$), é possível estimar o número mínimo de indivíduos que deve conter a amostra para que esta diminua para um valor inferior a 5% (mantendo a proporção amostral e o nível de confiança usual de 95%). Para isso basta que:

$$\varepsilon < 0.05$$

$$\Leftrightarrow \frac{z_{\alpha}}{2} \sqrt{\frac{\hat{p}(1-\hat{p})}{n}} < 0.05$$

$$\Leftrightarrow 1.960 \sqrt{\frac{0.317(1 - 0.317)}{n}} < 0.05$$

$$\Leftrightarrow 1.960 \sqrt{\frac{0.216511}{n}} < 0.05$$

$$\Leftrightarrow \sqrt{\frac{0.216511}{n}} < \frac{0.05}{1.960}$$

$$\Leftrightarrow \frac{0.216511}{n} < \left(\frac{0.05}{1.960}\right)^2$$

$$\Leftrightarrow n > \frac{0.216511}{\left(\frac{0.05}{1.960}\right)^2}$$

$$\Leftrightarrow n > 332.7 \Rightarrow n \geq 333$$

Deste modo, caso a amostra contenha pelo menos 333 indivíduos, a margem de erro⁵ não deverá ser superior a 5%.

⁵ Deve-se ressaltar que se preservou a proporção amostral $\hat{p} = 0.317$. Caso não se preserve a proporção amostral também, é possível inferir que a dimensão máxima amostral é de 385, no caso de $\hat{p} = 0.50$.

Anexo B – Tabelas correspondentes à análise efetuada no antes e após pandemia.

Tabela 12

Diferenças nos itens da IPGDS em função dos Grupos Antes (n =213) e Após Pandemia (n= 63).

Itens (IPGDS Parte I)	Antes	Após	U	<i>p – value</i>
	Pandemia	Pandemia		
	Posto	Posto		
	Médio	Médio		
1. Estou com saudades do falecido.	139.15	136.29	6570.50	.794
2. Estou preocupado com os pensamentos acerca do falecido ou circunstâncias da sua morte.	132.07	160.25	5339.50	.011
3. Tenho sentimentos intensos de pesar em relação ao falecido.	133.50	155.40	5645.00	.050
4. Sinto-me culpado pela morte ou pelas circunstâncias em que ocorreu.	134.52	151.97	5861.0	0.19
5. Estou revoltado com a perda.	137.75	141.03	6550.00	.769
6. Tento evitar coisas que me lembrem do falecido ou a sua morte tanto quanto possível (p. ex., fotografias, memórias).	130.84	164.40	5077.50	.001

7. Eu culpo outros ou as circunstâncias pela morte (p.ex., um poder divino).	138.08	139.94	6619.00	.848
8. Eu tenho problemas em aceitar a morte ou simplesmente não quero fazê-lo.	139.04	136.68	6595.00	.832
9. Sinto que perdi uma parte de mim próprio.	138.95	136.98	6614.00	.861
10. Tenho problemas em sentir alegria e satisfação ou não tenho desejo de as sentir.	136.53	145.15	62.90	.430
11. Sinto-me emocionalmente adormecido.	137.15	143.08	6421.00	.585
12. Tenho dificuldades em envolver-me em atividades de que gostava antes da perda.	137.00	143.59	6389.00	.533
13. O luto interfere significativamente com a minha capacidade para trabalhar, socializar ou funcionar na minha vida do dia-a-dia.	135.39	149.02	6047.00	.199
14. O meu luto pode ser considerado como pior (ex., mais intenso, grave e/ou longo) do que outros na minha comunidade ou cultura.	140.98	130.11	6181.00	.305

Tabela 13

Diferenças nos itens culturais da IPGDS em função do Antes (n = 200) e Após Pandemia (n = 61).

Itens Culturais (IPGDS Parte II)	Antes	Após	U	<i>p – value</i>
	Pandemia	Pandemia		
	Posto Médio	Posto Médio		
1. Tenho sintomas físicos desde a perda (ex., dores de cabeça, falta de apetite).	128.35	139.68	5570.50	.254
2. Faria qualquer coisa para me sentir perto do falecido (ex., visitar a campa todos os dias, dormir com uma fotografia).	130.39	133.02	5977.00	.805
3. Desde a perda, o meu comportamento mudou drasticamente e de forma pouco saudável (ex., consumo excessivo de álcool).	129.33	136.49	5765.00	.380
4. A perda abalou a minha confiança na vida ou com a minha fé em Deus/num poder espiritual.	132.46	126.23	5809.00	.551
5. É impossível para mim concentrar-me.	127.23	143.37	5345.50	.118
6. O meu luto é tão intenso que me sinto preso(a) nele.	124.74	151.52	4848.50	.006

7. Parece que não consigo voltar à rotina.	127.53	142.37	5406.50	.119
8. Sinto-me paralisado(a) e desligado(a) (ex., como se não estivesse no meu próprio corpo).	129.79	134.97	5858.00	.569
9. Não tenho energia ou desejo de participar em atividades.	127.38	142.87	5376.00	.124
10. A vida não tem significado desde a perda.	128.45	139.35	5590.50	.271
11. Quero morrer para estar junto do falecido.	13.35	123.30	5630.50	.225
12. Não me sinto próximo(a) das outras pessoas ou não sinto satisfação quando estou com outras pessoas.	127.87	141.28	5473.00	.165
13. Sinto que perdi completamente o controlo.	130.08	134.02	5916.00	.661
14. Procuo pelo falecido com a esperança de o(a) encontrar.	129.92	134.56	5883.00	.620
15. Sinto que a vida não tem sentido por causa da perda.	131.14	130.53	6071.500	.950
16. Lembro-me constantemente da relação que tinha com o falecido.	129.90	134.62	5879.00	.659
17. Sinto-me desamparado desde que o(a) perdi.	129.04	137.42	5708.500	.426
18. Sinto que ele/ela está a meu lado.	132.54	125.94	5791.50	.538
19. Choro quando penso na perda.	130.84	131.52	6068.00	.949

20. Não consigo confiar nos outros desde a perda.	134.99	117.93	5302.50	.066
---	--------	--------	---------	------

Anexo C - Consentimento Informado

Consentimento Informado

Caro(a) participante,

Esta investigação tem o objetivo de avaliar o impacto da situação pandémica na(s) experiência(s) de luto. Pedimos a participação de toda a população, em especial, às pessoas que perderam um ente querido, para preenchimento dos inquéritos que se seguem.

Este protocolo inicia-se com um questionário organizado em três grupos de questões o **primeiro grupo**, diz respeito à caracterização sociodemográfica do entrevistado, o **segundo grupo** ocupa-se da contextualização da perda do ente querido e no **último grupo** serão colocadas questões sobre a pandemia. Depois seguem-se as escalas que avaliam o sofrimento emocional atual, os níveis de luto, trauma, sintomatologia depressiva, níveis de culpabilidade, integração de situações stressantes de vida e a ansiedade face à morte. As questões do protocolo estão elaboradas de forma breve, pelo que serão necessários apenas 15 minutos para o completar.

Os dados obtidos serão exclusivamente utilizados na investigação em questão, garantindo desta forma a confidencialidade e anonimato. A sua participação é voluntária, podendo recusar ou abondar a participação neste estudo a qualquer momento sem que haja qualquer tipo de prejuízo. Em caso de dúvida pode contactar através dos emails: anaritagocalves29@hotmail.com, andry.ms@hotmail.com ou rosananvieira@hotmail.com.

Assim, após ser devidamente informado(a) sobre os objetivos e protocolo de investigação, declaro que aceitei de livre vontade integrar o estudo que está a ser realizado no âmbito do mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário Ciências da Saúde, CESPU.

Anexo D – Protocolo de Avaliação

Dados Sociodemográficos

1. Idade:

(Espaço para escrever)

2. Género:

(Opções: Feminino/ Masculino)

3. Estado civil:

(Opções: Solteiro(a); Casado(a) / União de facto; Divorciado(a) / Separado(a) / Viúvo(a))

4. Número de conviventes (antes da morte)? Com quem vive atualmente?

(Espaço para escrever)

5. Habilitações literárias.

(Opções: Sem escolaridade / Ensino básico / Ensino Secundário / Licenciatura / Mestrado / Doutoramento)

6. Situação Profissional

(Opções: Empregado / Desempregado / Reformado / Outro)

7. Neste momento está a ter algum apoio psicológico? Se Sim, há quanto tempo?

(Opções: Sim / Não) e (Espaço para escrever)

8. Neste momento está a ter algum apoio psiquiátrico? Se Sim, há quanto tempo?

(Opções: Sim / Não) e (Espaço para escrever)

9. De que forma?

(Opções: Consulta não presencial / Consulta Presencial / Linha de Atendimento Psicológico / Outro)

Contextualização da Perda

1. Durante a fase de pandemia perdeu alguém?

(Opções: Sim/Não)

2. Além da perda mais significativa, perdeu mais alguém? Quantas pessoas e as suas causas?

(Espaço para escrever)

3. Há quanto tempo faleceu o seu ente querido, decorrente da perda mais significativa?

(Espaço para escrever)

4. Qual o grau de parentesco com a pessoa que faleceu?

(Opções: Marido /Companheiro; Esposa /Companheira; Filho (s); Avó/Avô; Outro)

5. Qual a idade do falecido?

(Espaço para escrever)

6. Qual a causa da morte?

(Opções: Causa natural relacionada com a saúde / Acidente / Suicídio / Abuso de Substâncias / Homicídio / Catástrofes naturais / Guerra ou ataque terrorista / Perda durante a gravidez / COVID-19)

7. Como teve conhecimento do óbito? Como se sentiu quando tomou conhecimento da perda?

(Opção: Espaço para escrever)

8. Esteve presente nas cerimónias fúnebres? Se não, quais as razões?

(Opções: Sim / Não / Esteve doente / Não foi permitido / Por opção própria / Por opção de outrem / Outra)

9. As cerimónias fúnebres foram de encontro às suas expectativas?

(Opções: Sim / Não)

10. Foi possível existir um momento de despedida?

(Opções: Sim / Não)

11. Gostaria de ter visto o corpo, mas não lhe foi dada a oportunidade?

(Opções: Sim, vi. / Não vi, mas gostava de ter visto. / Não vi, mas também não gostava de ter visto.)

12. Tive apoio? Sentiu que o apoio foi suficiente?

(Opções: (Sim / Não / Sim, senti-me satisfeito. / Sim, mas não fiquei satisfeito devido ao isolamento. / Não, não me senti satisfeito.)

13. Quem prestou apoio?

(Opções: Família / Amigos / Outro)

Questões acerca da Pandemia

1. Quais as principais preocupações que está a vivenciar neste período de pandemia? (Opções: Saúde física / Económica / Profissional / Familiar / Conjugal / Filhos / Filhos em situação pós-divórcio / Medo de ser contagiado / Medo de contagiar os outros / Outra)

2. Acha que esta fase de pandemia está a prejudicar o seu processo de luto?

(Opções: Sim / Não)

3. Que estratégias utiliza para minimizar o sofrimento da perda?

(Opções: Atividade Física/ Prática de yoga e/ou meditação/Diferentes hobbies/Atividade Social/Práticas Espirituais/Trabalho/Redes Sociais/ Outras

4. A pandemia está a fazê-lo(a) pensar mais acerca da perda?

(Opções: Sim/ Não)

5. Com quem tem partilhado as suas preocupações nesta fase?

(Opções: Conjugue / Amigos / Irmãos / Filhos / Profissional de Saúde / Redes Sociais / Outro)

6. Que outra preocupação vivencia?

(Opções: Sente que há mais conflitos familiares/conjugais / Sente que o ambiente familiar está mais tenso / Ficou desempregado nesta fase / Está com mais trabalho do

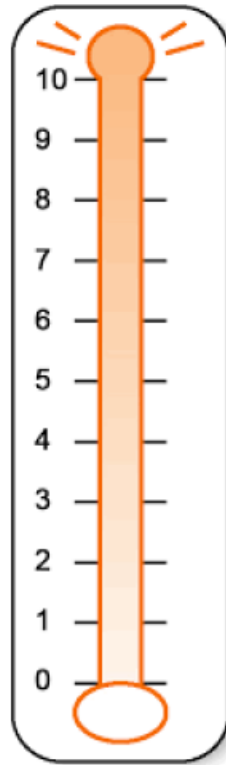
que o que tinha / Sente que não consegue pagar as suas despesas / Sente que futuramente irá ter dificuldades em pagar as suas despesas.

7. Que aspetos valoriza mais nesta Pandemia?

(Opções: Sente que dá mais valor à vida / Sente que valoriza mais as relações / Sente que o valor de cada pessoa tem o mesmo peso / Outra.)

Termómetro Emocional

Tendo em conta este acontecimento, como está a vivenciá-lo emocionalmente?
Numa escala de zero a dez, em que 0 é sem sofrimento algum e 10 o máximo de sofrimento que possa imaginar, qual o valor que sente no presente momento?



Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado: IPGDS-PT

(Rocha, Guedes, Nogueira, Soares & Killikelly, 2019)

Instruções: Na escala abaixo, por favor escolha a resposta que melhor descreve o modo como se sentiu durante a última semana.

PARTE I

	Nunca (1)	Raramente (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Sempre (5)
1. Estou com saudades do falecido.	1	2	3	4	5
2. Estou preocupado com os pensamentos acerca do falecido ou circunstâncias da sua morte.	1	2	3	4	5
3. Tenho sentimentos intensos de pesar em relação ao falecido.	1	2	3	4	5
4. Sinto-me culpado pela morte ou pelas circunstâncias em que ocorreu.	1	2	3	4	5
5. Estou revoltado com a perda.	1	2	3	4	5
6. Tento evitar coisas que me lembrem do falecido ou a sua morte tanto quanto possível (p. ex.,	1	2	3	4	5

fotografias, memórias).					
7. Eu culpo outros ou as circunstâncias pela morte (p.ex., um poder divino).	1	2	3	4	5
8. Eu tenho problemas em aceitar a morte ou simplesmente não quero fazê-lo.	1	2	3	4	5
9. Sinto que perdi uma parte de mim próprio.	1	2	3	4	5
10. Tenho problemas em sentir alegria e satisfação ou não tenho desejo de as sentir.	1	2	3	4	5
11. Sinto-me emocionalmente adormecido.	1	2	3	4	5
12. Tenho dificuldades em envolver-me em atividades de que gostava antes da perda.	1	2	3	4	5
13. O luto interfere significativamente com a minha capacidade para trabalhar, socializar ou funcionar na minha vida do dia-a-dia.	1	2	3	4	5
14. O meu luto pode ser considerado como pior (ex., mais intenso, grave	1	2	3	4	5

e/ou longo) do que outros na minha comunidade ou cultura.					
---	--	--	--	--	--

Selecione a opção que melhor se enquadra na sua situação.

15. Quando é que a perda ocorreu?

- a. Há menos de 6 meses
- b. entre há 6 e 12 meses
- c. entre há 1 e 5 anos
- d. entre há 5 e 10 anos
- e. entre há 10 e 20 anos
- f. há mais de 20 anos

PARTE II –

	Nunca (1)	Raramente (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Sempre (5)
1. Tenho sintomas físicos desde a perda (ex., dores de cabeça, falta de apetite).	1	2	3	4	5
2. Faria qualquer coisa para me sentir perto do falecido (ex., visitar a campa todos os dias, dormir com uma fotografia).	1	2	3	4	5
3. Desde a perda, o meu comportamento mudou drasticamente e de forma	1	2	3	4	5

pouco saudável (ex., consumo excessivo de álcool).					
4. A perda abalou a minha confiança na vida ou com a minha fé em Deus/num poder espiritual.	1	2	3	4	5
5. É impossível para mim concentrar-me.	1	2	3	4	5
6. O meu luto é tão intenso que me sinto preso(a) nele.	1	2	3	4	5
7. Parece que não consigo voltar à rotina.	1	2	3	4	5
8. Sinto-me paralisado(a) e desligado(a) (ex., como se não estivesse no meu próprio corpo).	1	2	3	4	5
9. Não tenho energia ou desejo de participar em atividades.	1	2	3	4	5
10. A vida não tem significado desde a perda.	1	2	3	4	5
11. Quero morrer para estar junto do falecido.	1	2	3	4	5
12. Não me sinto próximo(a) das outras pessoas ou não sinto satisfação quando estou com outras pessoas.	1	2	3	4	5

13. Sinto que perdi completamente o controlo.	1	2	3	4	5
14. Procuo pelo falecido com a esperança de o(a) encontrar.	1	2	3	4	5
15. Sinto que a vida não tem sentido por causa da perda.	1	2	3	4	5
16. Lembro-me constantemente da relação que tinha com o falecido.	1	2	3	4	5
17. Sinto-me desemparedado desde que o(a) perdi.	1	2	3	4	5
18. Sinto que ele/ela está a meu lado.	1	2	3	4	5
19. Choro quando penso na perda.	1	2	3	4	5
20. Não consigo confiar nos outros desde a perda.	1	2	3	4	5

IES-6 COVID

(Rocha, 2020)

Todos já vivemos consequências negativas relativas à crise do COVID-19. Pense em concreto num acontecimento mais marcante relativo a este período. A seguir encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, após este tipo de acontecimentos. Por favor, leia cada um dos itens e indique, com um círculo, a resposta que melhor descreve como se sente atualmente em relação a esse acontecimento.

	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Muitas vezes	Extremamente
1. Existem coisas que continuam a fazer-me pensar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
2. Penso sobre o que aconteceu, mesmo quando não o desejo.	0	1	2	3	4
3. Tento não pensar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
4. Percebo que ainda tenho muitos sentimentos sobre o que aconteceu, mas não os suporto.	0	1	2	3	4
5. Tenho dificuldades em concentrar-me.	0	1	2	3	4
6. Sinto-me defensivo ou em alerta.	0	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE- 9 (PHQ-9)

Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afetado/a por algum dos seguintes problemas? (Utilize "✓" para indicar a sua resposta)

	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas.				
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança.				
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais.				
4. Senti cansaço ou falta de energia.				
5. Tive falta ou excesso de apetite.				
6. Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a.				
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão.				
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual.				

9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma.				
--	--	--	--	--

Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?

Não dificultaram

Dificultaram um pouco

Dificultaram muito

Dificultaram extremamente

Escala de Culpabilidade no Luto

As seguintes frases são sobre sentimentos e pensamentos que as pessoas podem ter no processo de luto. Por favor, pense na sua experiência no mês passado e indique à frente, qual afirmação que coincide com a sua situação.

	0 Não me descreve de todo	1 Não me descreve bem	2 Descreve- me em parte	3 Descreve- me bem	4 Descreve- me muito bem
1.	Eu tratei-o/a com uma má atitude.				
2.	Eu penso que não deveria ser mais feliz dado que ele/a faleceu.				
3.	Eu sinto-me culpada/a por viver a minha vida desde a morte dele/a.				
4.	Eu não fiz tudo o que podia para melhorar a nossa relação.				
5.	Há muitas coisas que eu não fiz por ele/a.				
6.	Eu sinto que não consegui retribuir o suficiente por aquilo que ele/a me deu.				
7.	Ele/a estava infeliz por minha causa.				
8.	Sinto-me responsável pela sua morte.				
9.	Sinto-me mal acerca dele/a sempre que me sinto feliz, desde a sua morte.				
10.	Sinto-me perturbado quando penso em coisas que podia ter feito de forma diferente.				
11.	O meu coração dói quando recordo de coisas sobre as quais me sinto culpado.				
12.	Ele/a poderia estar vivo/a se eu tivesse feito melhor.				
13.	Eu não passei tempo suficiente com ele/a.				
14.	Eu penso que ele/a não teria morrido se naquele momento tivesse feito as coisas de um modo diferente.				

**The Integration of Stressful Life Experiences Scale (ISLES) (Holland, Currier,
Coleman & Neimeyer, 2010)**

Por favor, indique até que ponto concorda ou discorda com as afirmações que se seguem, referentes ao acontecimento de vida mais stressante que viveu nos últimos dois anos. Leia cuidadosamente cada afirmação e preste atenção ao facto de que uma resposta de concordância ou discordância pode não ter o mesmo significado ao longo de todos os itens.

Item	Concordo fortemente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Desde este acontecimento, o mundo parece um local confuso e assustador	1	2	3	4	5
2. Retirei sentido deste acontecimento	1	2	3	4	5
3. Se ou quando falo deste acontecimento, acredito que as pessoas me veem de modo diferente	1	2	3	4	5

4. Tenho dificuldade em integrar este acontecimento na minha compreensão acerca do mundo	1	2	3	4	5
5. Desde este acontecimento, sinto que estou numa crise de fé	1	2	3	4	5
6. Este acontecimento é incompreensível para mim	1	2	3	4	5
7. Os meus objetivos e esperanças anteriores para o futuro já não fazem sentido desde este acontecimento	1	2	3	4	5
8. Estou perplexo com o que aconteceu	1	2	3	4	5
9. Desde este acontecimento, não sei para onde vou a	1	2	3	4	5

seguir na minha vida					
10. Seria mais fácil falar acerca da minha vida se deixasse este acontecimento de fora	1	2	3	4	5
11. Desde este acontecimento, as minhas crenças e valores são menos claros	1	2	3	4	5
12. Desde este acontecimento já não me compreendo a mim mesmo	1	2	3	4	5
13. Desde este acontecimento, tenho dificuldade em sentir que faço parte de algo maior do que eu próprio	1	2	3	4	5
14. Este acontecimento fez-	1	2	3	4	5

me sentir com menos propósitos					
15. Desde este acontecimento, não consegui juntar novamente as peças da minha vida	1	2	3	4	5
16. Depois deste acontecimento, a vida parece mais aleatória	1	2	3	4	5

**QUESTIONÁRIO DE ANSIEDADE FACE À MORTE (Weiner & Plutchic, 1982,
adaptado por Simões & Neto, 1994 e readaptado por Barros, 1997)**

Este questionário procura sondar algumas atitudes face à morte. Responda sincera e espontaneamente a todas as perguntas, conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser. Não há respostas boas ou más; todas são boas, se sinceras.

O questionário é anónimo. Obrigado pela sua colaboração.

Faça um círculo (só um em cada resposta) em volta do número que melhor corresponda à sua situação (se possível, evite o “mais ou menos”), conforme esta chave:

1 = totalmente em desacordo (absolutamente Não) 2 = bastante em desacordo (Não) 3 = Nem de acordo, nem em desacordo (mais ou menos) 4 = Bastante de acordo (Sim) 5 = Totalmente de acordo (absolutamente sim)

Item	Totalmente em desacordo (absolutamente Não)	Bastante em desacordo (Não)	Nem de acordo, nem em desacordo (mais ou menos)	Bastante de acordo (Sim)	Totalmente de acordo (absolutamente sim)
Preocupo-me com a morte	1	2	3	4	5
Aflige-me pensar que posso morrer antes de fazer tudo o que queria	1	2	3	4	5
Preocupo-me	1	2	3	4	5

quando penso que posso ficar gravemente doente, durante muito tempo, antes de morrer					
Aflige-me pensar que os outros me podem ver sofrer antes de morrer	1	2	3	4	5
Preocupa-me a ideia de as pessoas mais chegadas a mim não estarem presentes na	1	2	3	4	5

hora da minha morte					
Aflige-me o pensamento de perder a razão (de enlouquecer) antes de morrer	1	2	3	4	5
Preocupa-me pensar que as despesas com a minha morte podem vir a ser um peso para as outras pessoas	1	2	3	4	5
Fico perturbado ao pensar que,	1	2	3	4	5

com a morte, vou deixar aqueles que amo					
Fico preocupado ao pensar que as pessoas que me são queridas podem não se lembrar de mim, depois da minha morte	1	2	3	4	5
Preocupa-me pensar que com a morte posso desaparecer para sempre	1	2	3	4	5
Preocupa-me não saber o	1	2	3	4	5

que me espera depois da morte					
--	--	--	--	--	--