

Validação da Escala de Culpabilidade no Luto: População Portuguesa

Rosana Nunes Vieira

Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Gandra, dezembro de 2020

Impacto da Situação Pandémica na Experiência do Luto

Rosana Nunes Vieira

**Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia**

Gandra, dezembro de 2020

Rosana Nunes Vieira

Número de aluna: 23492

Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Validação da Escala de Culpabilidade no Luto: População Portuguesa e Impacto da Situação Pandémica na Experiência do Luto

Trabalho realizada sob a orientação da Prof^a Dra. Joana Luz Soares e Corientador Prof^o Dr. ° José Carlos Rocha

Gandra, dezembro de 2020

Declaração de Integridade

Eu, Rosana Nunes Vieira, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, 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 um 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 **minha orientadora, Professora Doutora Joana Soares**, pela excelente orientação e ensino, pelo apoio incondicional e partilha de conhecimentos que permitiu a minha evolução académica e pessoal. Obrigada pelo seu reconhecimento, confiança e por percorrer esta etapa do meu lado!

Ao meu coorientador, **Professor Doutor José Carlos Rocha**, pela orientação e disponibilidade, bem como toda a partilha profissional e apoio. Obrigada pelo seu reconhecimento e voto de confiança!

Aos **meus pais**, pela paciência, pelo amor, pela força que me deram e esforço que fizeram para eu concretizar esta etapa. Pelos valores transmitidos, sem dúvida que foram os melhores e que fizeram a diferença!

Ao **meu irmão**, por me apoiar à maneira dele.

À **Marta**, por ajudar-me a ser mais racional nos momentos certos e por acreditar sempre em mim.

Ao mais pequeno e puro amor, à **Matilde**, por me ensinar tanto sobre amor e gratidão!

À **minha família**, pelo carinho.

Aos **meus amigos**, pelo carinho, amizade e motivação. Pelos desabafos e pela partilha das minhas conquistas. Obrigada por demonstrarem o verdadeiro valor da amizade.

Dedico,

Ao meu querido avô Carlos Nunes!

Índice

Manuscrito I.....	xi
Validação da Escala de Culpabilidade no Luto: População Portuguesa	xi
Capítulo I.....	1
Introdução.....	1
Capítulo II.....	5
Método.....	5
2.1. Instrumentos.....	5
2.1.1. Escala de Culpabilidade no Luto (ECL)	5
2.1.2. Inventário de Luto Complicado (ICG).....	5
2.1.3. Questionário de Trauma (ICD-11).....	6
2.1.4. <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)</i>	6
2.1.5. Escala de Crescimento Pós- Perda (ECPD).....	7
2.2. Amostra.....	7
2.3. Procedimentos	8
Capítulo III	10
Resultados.....	10
Características Gerais da Escala	10
Estudo de Fidelidade.....	10
Análise Fatorial Exploratória.....	10
Determinação do Ponto de Corte da ECL.....	14
Modelo de Regressão Linear Simples.....	18
Análise <i>Network</i>	20

Capítulo IV	22
Discussão e Conclusão.....	22
Referências Bibliográficas.....	26
Anexos	30

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características Sociodemográficas do Grupo Geral	7
Tabela 2. Resultados dos Testes de KMO e Esfericidade de Bartlett	10
Tabela 3. Comunalidades Para as Variáveis da Análise Fatorial Exploratória	11
Tabela 4. Relação Entre os Itens da ECL, Seus Autovalores; Explicação da Variância e Explicação da Variância Acumulada.....	12
Tabela 5. Análise Fatorial Exploratória.....	14
Tabela 6. Coordenadas da Curva de ROC – Valores de Sensibilidade e Especificidade.....	18
Tabela 7. Análises de Correlação da ECL com ICG, CES-D, PSPT-C, ECPP e PSPT	19

Índice de Figuras

Figura 1. Scree Plot Representativo dos Autovalores da ECL	13
Figura 2. Curva de ROC da ECL e Indicadores de Sensibilidade e Especificidade	16
Figura 3. Curva de ROC da ECL e Indicadores de Sensibilidade e Especificidade com o Correspondente Ponto de Corte (PC).	17
Figura 4. Análise <i>Network</i> da ECL (14 itens)	21

Índice de Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

Anexo B – Protocolo de Avaliação

Siglas

CES-D – *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*

ECL – Escala de Culpabilidade no Luto

ECPP – Escala de Crescimento Pós – Perda

GBS – *The Bereavement Guilt Scale*

ICD-11 – Questionário de Trama

ICG – Inventário de Luto Complicado

LC – Luto Complicado

PSPT – Perturbação *Stress* Pós-Traumático

PSPT-C – Perturbação *Stress* Pós-Traumático Complexo

Abreviaturas

et al – entre outros

e.g. – por exemplo

Resumo

Introdução: Concetualizar e medir a culpa nos processos de luto tem-se revelado uma tarefa difícil que conseqüentemente acaba por comprometer a investigação e a prática clínica. São vários os sentimentos de culpa relatados pelos pacientes a vivenciar uma situação de luto, sendo bastante importante e necessário criar formas de avaliar e quantificar de forma válida e confiável a presença e a intensidade da sintomatologia associada à culpa. Este contexto motivou a adaptação, tradução e conceptualização da escala de culpabilidade no luto.

Métodos: De modo a verificar as propriedades da escala na versão portuguesa foram recolhidos *online* 211 questionários de indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos. Como critérios de inclusão os participantes terão de ser maiores de idade e terem sofrido pelo menos a perda por morte de um ente querido. Procedeu-se a uma caracterização sociodemográfica da amostra e recorreu-se à aplicação dos seguintes instrumentos: Escala de Culpabilidade no Luto (ECL), Inventário do Luto Complicado (ICG), Questionário do Trauma (ICD-11), *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) e a Escala de Crescimento Pós – Perda (ECPD).

Resultados: Os resultados obtidos foram: 1) o ponto de corte da ECL, sendo ≥ 16 para a Culpabilidade no Luto; 2) os participantes com Culpabilidade no Luto apresentam valores significativamente mais positivos para o Luto Complicado e Perturbação *Stress* Pós-Traumático Complexo (PSPT-C).

Discussão/Conclusão: No presente estudo, a diferenciação metodológica usada, permitiu enfatizar a validação e a eficácia do uso da Escala de Culpabilidade no Luto para a prática clínica, na qual determinou-se o ponto de corte e aferição para população da mesma, que até ao momento não existe.

Palavras-Chave: Ponto de Corte; Culpa; Luto Complicado; Validação

Abstract

Introduction: Conceptualizing and measuring guilt in grieving processes has proved to be a difficult task that consequently ends up compromising research and clinical practice. There are several feelings of guilt reported by patients experiencing a grieving situation, and it is very important and necessary to create ways to assess and quantify in a valid and reliable way and the presence and intensity of the symptoms associated with guilt. This context motivated the adaptation, translation, and conceptualization of the scale of guilt in mourning.

Methods: To verify the scale properties in the portuguese version, they were collected online 211 questionnaires from individuals aged between 18 and 59 years. As inclusion criteria of the participants must be of legal age and have suffered at least the loss due to the death of a loved one. A sociodemographic characterization of the sample was carried out and the following instruments were used: The Bereavement Guilt Scale (BGS), Complicated Grief Inventory (ICG), Trauma Questionnaire (ICD-11), Depression Scale of the Center for Epidemiological Studies (CES-D) and Scale of Post - Loss Growth.

Results: The results obtained were: 1) the BGS cutoff point, being ≥ 16 for Culpability in Grief; 2) participants with guilt in grief have significantly more positive values for Complicated Grief and complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD).

Discussion / Conclusion: In the present study, the methodological differentiation used, allowed to emphasize the validation and effectiveness of using the The Bereavement Guilt Scale for clinical practice, in which the cut-off point and measurement for the population of the same was determined, which until now does not exist.

Keywords: Cutoff point; Guilt; Complicated Grief; Validity

Manuscrito I

Validação da Escala de Culpabilidade no Luto: População Portuguesa

Rosana Vieira¹, José Carlos Rocha^{1,2}, Ana Rita Gonçalves¹, Andreia Magalhães¹, Joana Soares¹

¹Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, Portugal e ²Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde (iifacts), Portugal

Capítulo I

Introdução

Considera-se que a culpa está ligada a sistemas motivacionais como o medo, o apego e o cuidado, bem como, com a capacidade nos sentirmos empáticos com o sofrimento do outro, com o sentimento de responsabilidade pela angústia e tentativa de reparo. No entanto, moldar ou fortalecer crenças de modo excessivo pode tornar a culpa como sendo patológica. De certa forma, a existência de comportamentos pró-sociais que resultam de uma preocupação por demonstrar empatia em excesso pelo outro, pode levar à autossabotagem e à redução do bem-estar psicológico (Faccini et al., 2020). Os comportamentos que adotamos em comunidade de modo a fornecer suporte à angústia do outro, pode tornar-se uma crença patológica, quando associada a uma situação interna (como por exemplo, medo, culpa ou vergonha) ou externa (como a perda de entes queridos, o sofrimento dos outros ou punição).

Várias teorias, como por exemplo a de Freud, reconheceu a culpa como uma emoção básica necessária para o desenvolvimento da consciência e do comportamento moral (Miles & Demi, 1983). Já outros autores do estudo citado anteriormente, admitem a presença de culpabilidade no luto, porém, levantam mais controvérsias quanto à frequência e intensidade da mesma (Miles & Demi, 1983).

Os autores Shuchter & Zisook (1993), consideram a culpa como uma reação normal, para outros autores, existe uma ligação com o sofrimento patológico. Segundo a revisão de literatura, a culpa é vista como uma expressão emocional de remorso, admitir o fracasso, não ter vivido os padrões e expectativas pessoais relativamente ao falecido e à causa da morte (Stroebe et al., 2014; Camacho et al., 2017; Camacho et al., 2018a; Li et al., 2017; Li et al., 2018; Camacho et al., 2018b). Também a associam a sentimentos de tensão, de arrependimento, de remorso e autoacusações (Duncan, & Cacciatore, 2015). De acordo com a definição, a culpa no luto é um construto multidimensional na qual envolve aspetos cognitivos e afetivos. Alguns autores, propõem um modelo relacionado com o trauma e a intensidade em sentir culpa acoplado com a ansiedade emocional e de quatro crenças cognitivas, 1) responsabilidade individual, 2) insuficientes justificações face à ação, 3) transgressão dos seus próprios valores ou hábitos e 4) crenças associadas à previsão do acontecimento negativo. Este modelo serve de explicação para o número de indivíduos que experienciam o luto acompanhado de sentimento de culpa após a morte de um ente querido (Camacho, et al., 2017; Camacho, et al., 2018a; Li, et al., 2018).

Alguns autores, não são da opinião da perspectiva adaptativa da culpa, e por isso, propõem que seja algo excessivo com correlação empática e o comportamento social esperado, na qual são desencadeados sentimentos que permitem aos indivíduos compensar o mal provocado (Duncan & Cacciatore, 2015; Camacho et al., 2018b). Outros estudos, verificaram que a culpa não está apenas associada à perda, mas também está relacionada com a depressão, com as perturbações alimentares, ansiedade, hostilidade, baixa autoestima e o suicídio (Stroebe et al., 2014; Duncan, & Cacciatore, 2015).

Nos estudos de Li et al., (2014) e Camacho et al., (2017), a prevalência varia entre os 7% (conjugues enlutados há 4 anos) e os 90%, mas com variações superiores nos 30% a 60%. Esta alternância, deve-se às diferenças nos subgrupos de investigação. Porém, a prevalência mais acentuada, acima dos 80%, advém de dois estudos que têm como amostra, pais de crianças hemofílicas e pais em grupos de autoajuda para a culpa. Esta discrepância também é resultado da medição da culpa e das suas fontes (por exemplo, não fazer o suficiente, responsabilizar-se pela morte e viver com culpa). É consensual na literatura, que o luto prolongado provoca sofrimento emocional intenso no ente querido, preocupações quanto à morte ou ao falecido, assim como dificuldade em aceitar a perda, planear o futuro, dúvidas na sua identidade e culpa (Simon et al., 2019).

A associação entre a culpa e o luto tem um efeito negativo, implica culpabilidade e falta de compreensão e pode ser uma das emoções experimentadas mais angustiantes durante o luto. Com base na literatura existente, particularmente em pais enlutados, há maior risco a sentimentos de culpa insistentes e profundos, devido à natureza da relação pai-filho (Miles & Demi, 1983). Um estudo referente ao suicídio, destaca a presença significativa de níveis altos de ideação suicida, com estigma associada à perda, sentimentos de responsabilidade pela morte ou culpa intensa, sucedendo a pensamentos ruminativos de expor as sensações da morte, forte sentimento de rejeição, sintomas de trauma e vergonha quanto à forma de morrer (Tal et al., 2016).

A culpa tem sido entendida como sendo uma estratégia de confronto, de cognições ou uma emoção que pertence ao luto (Li et al., 2017). Segundo alguns autores, está associada ao luto, no que concerne ser um dos sentimentos narrados pelos indivíduos enlutados e com possível via para desenvolver luto prolongado (Li et al., 2018; Camacho et al., 2018a). Um modo de o enlutado lidar com a perda passa pela atribuição que faz sobre a morte, apesar de existir uma clara incerteza das várias atribuições feitas face à perda (Weinberg, 1994). Com base na teoria de desamparo realizada pelos autores Abramson et al. (1978), as atribuições podem ser feitas ao longo da dimensão interna *versus* externa da causa. Isto é, os enlutados

decidem atribuir algo a eles ou a outras pessoas e/ou circunstâncias. Apesar da dimensão da atribuição, o seu impacto provoca sentimentos de culpa e aumenta o risco de depressão (Weinberg, 1994).

Ao longo da nossa vida, inevitavelmente experienciaremos a perda de alguém significativo (Silva, 2010; Rabins, 2019). O luto é uma resposta psicológica complexa, que compreende sentimentos, pensamentos, e comportamentos relacionados à perda. Durante este período, ocorre um sofrimento psíquico, físico, sentimentos de culpa, arrependimento e solidão (Lundorff et al, 2010). É iniciado um processo de luto na qual estão envolvidas múltiplas variáveis que poderão contribuir para a persistência de sentimentos e de quatro tipos de eventos, como as 1) manifestações afetivas, 2) a perda de outros significativos, 3) manifestações comportamentais e por fim, 4) manifestações fisiológicas (Camacho et al., 2017).

O luto normal é um processo multidimensional e de causas multifatoriais, na qual muitas vezes existe dificuldade em prever como é que o enlutado vai lidar com a sua experiência de perda. Apesar de ser um acontecimento extremamente significativo e doloroso, é previsto que os indivíduos procurem recursos internos e suporte externo, ou seja, comportamentos e rituais que auxiliam no processo (Glickman et al., 2016; Einav, & Margalit, 2020). É espectável que a resposta à perda de um ente querido termine num período de 2 a 6 meses, dada a necessidade de redefinição de objetivos, planos, responsabilidades e papéis para restabelecer uma vida significativa e satisfatória (Enez, 2018). Na presença de sentimentos e pensamentos desadaptativos associados, simultaneamente, à presença de problemas, pode ter um efeito cumulativo no processo de luto tornando-o mais complicado do que seria expectável e provocando a má eficácia do processo de adaptação (Sher, 2015). É considerado luto prolongado quando ocorre uma afetação da capacidade funcional no indivíduo, de tal modo, que este não consegue voltar ao seu funcionamento anterior à perda (Prigerson et al., 1995; Silva, 2010;). De maneira que, quando o processo de luto não vai de acordo com a norma cultural do indivíduo, presença de sintomatologia intensa e duração dos sintomas num período superior a 6 meses, o indivíduo está a viver um processo de luto prolongado (Prigerson et al., 1995; Silva, 2010; Crunck et al., 2015).

É uma condição que afeta cerca de 7% a 10% de todas as pessoas enlutadas (Glickman et al., 2016; Maccallum et al., 2017). Alguns estudos, verificaram sintomas no luto prolongado, associado com a carência familiar da pessoa enlutada, social e funcionamento ocupacional, mas também, é encontrada com outras perturbações, como por exemplo, a depressão e perturbação *stresse* pós-traumático (Love, 2007; Mancini et al, 2012; Crunk et al.,

2015; Lundorff, et al., 2017; Simon et al., 2019). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2006), refere que os principais sintomas são a ansiedade generalizada devido ao excesso de preocupação pelo falecido e acompanhado por um sofrimento emocional intenso (Love, 2007; Lundorff, et al., 2017).

Dada a falta de concordância na literatura quanto às correlações da culpa associadas ao luto e o método de avaliação em indivíduos enlutados, tem motivado a presença de lacunas importantes quanto à conceptualização e avaliação (Li et al., 2017; Li et al., 2018). Assim, a necessidade de contar com um instrumento que possa avaliar a culpa em indivíduos enlutados é essencial para as limitações acima mencionadas.

Capítulo II

Método

2.1. 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 na plataforma *online*. Desta forma, os instrumentos utilizados foram, o Inventário de Luto Complicado (ICG), o Questionário de Trauma (ICD-11), o *Center for Epidemiologia Studies Depression Scale* (CES-D), a Escala de Crescimento Pós- Perda, versão portuguesa (ECP), Escala de Culpabilidade no Luto (ECL) e um questionário sociodemográfico constituído por duas componentes principais, a primeira com informações sociodemográficas: como o sexo, a idade, estado civil, habilitações literárias e situação profissional. A segunda componente, com questões relacionadas com a pessoa falecida, a idade, o grau de parentesco, a causa de morte e os apoios após a perda.

2.1.1. 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 (Li et al., 2017).

O objetivo da validação desta escala para a população portuguesa, assenta na importância de contar com um instrumento válido para medir a culpabilidade no luto face às lacunas na literatura, quanto à sua concetualização.

2.1.2. Inventário de Luto Complicado (ICG)

O ICG, é composto por 19 itens, medidos por uma escala Likert (1= “nunca”; 2 = “raramente”; 3 = “às vezes”; 4 = “frequentemente”; 5 = “sempre”). Pretende avaliar a sintomatologia do luto e a distinção de luto normal e prolongado (ICG total \geq 30) (Guedes, 2020). Segundo Prigerson et al. (1995) o instrumento revela ser positivo a um único fator (eigenvalue = 10.01, $R^2 = .99$) e com uma consistência interna alta ($\alpha = .94$). Relativamente ao

estudo de Frade (2010) para a validação da escala para a população portuguesa, a amostra foi constituída por 127 estudantes universitários (com média de idades $\bar{x} = 19.0$; $DP = 1.90$), na qual verificou-se que o ICG detém de boas propriedades psicométricas com valores de fidelidade ($\alpha = .91$) e de validade bastante razoáveis (variância explicada = 68.9% e uma validade externa com forte correlação com sintomas depressivos $r = .50$ e com sintomas traumáticos $r = .53$) (Frade, 2010).

2.1.3. Questionário de Trauma (ICD-11)

O ICD-11 avalia sintomas de *stress* pós-traumático (PSPT) e o *stress* pós-traumático complexo (PSTP-C). A subescala PSPT inclui 7 itens e a subescala PSPT-C inclui 17 itens, que são avaliados usando uma escala Likert de cinco pontos, alternado "nunca" (0) a "extremamente" (4). Para a análise fatorial, os itens foram agrupados em cinco componentes: (F1) autoconceito negativo; (F2) Sintomas de PSPT; (F3) embotamento emocional; (F4) desregulação afetiva e (F5) controle de impulsividade. Os resultados, de acordo com o trabalho de Rocha, et. al. (2019), sugerem boas características psicométricas, evidenciando a aplicabilidade da escala no estudo, ao revelar valores de consistência interna relevantes ($\alpha = .83$) para a subescala PSPT, bem como para a subescala PSPT-C ($\alpha = .88$) (Rocha, et al., 2019).

2.1.4. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

O CES-D pretende avaliar a sintomatologia depressiva na população geral. É composta por 20 itens retirados em escalas de depressão, na qual são previamente validadas e que representam características da sintomatologia depressiva. São medidos por uma escala Likert de 4 pontos, variando da seguinte forma: 0 = “nunca ou raramente”; 1 = “ocasionalmente”; 2 = “com alguma frequência”; 3 = “com muita frequência ou sempre”. No estudo realizado por Radloff (1997), o valor de consistência interna (alfa de Cronbach) obtido numa amostra com população geral foi de .85.

Foram realizados três estudos para a situação portuguesa, nos quais a escala demonstrou ser sensível às variações na intensidade da sintomatologia depressiva. Os resultados psicométricos na versão portuguesa, revelam resultados que condizem quando comparados com o estudo da versão original, revelando assim uma notável consistência interna (alfa de Cronbach) seja de .92 para a amostra do estudo A, seja de .89 para a amostra do estudo B, ou ainda de .87 para a amostra do estudo C (Gonçalves & Fagulha, 2004).

2.1.5. Escala de Crescimento Pós- Perda (ECPD)

A ECPD visa a avaliar possíveis ganhos no que respeita ao desenvolvimento após uma perda significativa. É composta por 30 itens avaliados por uma escala Likert (0 = “nunca verdadeiro”; 1 = “muito raramente verdadeiro”; 2 = “raramente verdadeiro”; 3 = “por vezes verdadeiro”; 4 = “frequentemente verdadeiro”; 5 = “quase sempre verdadeiro”; 6 = “sempre verdadeiro”).

Relativamente à fidelidade, o instrumento apresenta valores de consistência interna ($\alpha = .96$) (Pinto, et al., 2019).

2.2. Amostra

Este estudo resultou de um grupo de participantes, maiores de idade, com história de, pelo menos, uma perda por morte de um ente querido. A grande maioria da amostra do estudo foi recolhida através de um inquérito *online* ($n_1 = 211$).

No que concerne à amostra obtida *online*, esta é maioritariamente constituída por mulheres - 172 (79.9 %). A média amostral das idades dos indivíduos que responderam *online* é de 30.15 ($DP = 8.63$) e a gama de idades encontra-se compreendida entre os 18 e os 59 anos. Os participantes da amostra em causa, na sua maioria, não são casados (66.8 %) e a principal causa de morte experienciada foi por causa natural (81.5 %) e moda na relação estabelecida com o falecido é a perda do avô/avó (59.2% dos casos obtidos *online*). A tabela 1 ilustra os resultados amostrais obtidos.

Tabela 1.

Características Sociodemográficas do Grupo Geral

<i>Características</i>	Grupo Geral			
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Género				
Feminino	172	81.5		
Masculino	39	18.5		
Idade			30.15	8.63
Estado Civil				

Grupo Geral				
<i>Características</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Solteiro	129	61.1		
Casado /União de Facto	70	33.2		
Divorciado	11	5.2		
Viúvo	1	.5		
Causa da Morte				
Causa Natural	172	81.5		
Acidente	7	3.3		
Suicídio	5	2.4		
Abuso de Substâncias	1	.5		
Homicídio	3	1.4		
Catástrofes Naturais	1	.5		
Perda Perinatal	2	.9		
Omissos	20	9.5		
Grau de Parentesco				
Avô / Avó	125	59.2		
Pai	27	12.8		
Mãe	19	9.0		
Filho	1	.5		
Marido /Companheiro	1	.5		
Esposa / Companheira	-	-		

2.3. Procedimentos

O procedimento para a adaptação e validação da Escala de Culpabilidade no Luto para a população portuguesa iniciou-se com a tradução do instrumento original “*The Bereavement Guilt Scale,*” (GBS) de Stroebe, Chan, & Chow, (2015) para a língua portuguesa e contou com três traduções individuais. Duas das traduções foram realizadas por dois profissionais de saúde, com formação em Psicologia Clínica, professores académicos e com conhecimento do propósito da tradução. No fim, foram revistas as três traduções, considerando as suas similaridades nos itens.

A versão traduzida em português foi facultada numa plataforma *online Limesurvey*, de forma a potencializar o número de participantes. Quanto à divulgação do protocolo *online* foi essencialmente aplicado através de redes sociais (mais especificamente grupos dirigidos ao

luto, grupos acadêmicos e encaminhado a enlutados conhecidos). Sempre que ocorria a partilha do *link* do inquérito, era fornecida uma breve explicação do objetivo e intenção do estudo. Juntamente ao protocolo, foi aplicado o consentimento informado de cada participante. O protocolo de pesquisa foi revisado pelo Instituto Comitê de Ética do Universitário de Ciências da Saúde, referência 31 / CE-IUCS / 2019.

Para a respetiva análise das respostas dos participantes, 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. Deste modo foram usados o SPSS versão 25, assim como o JASP – 2020. Estes *softwares* foram aplicados para a análise descritiva, geral e específica da ECL, análise do estudo de fidelidade, análise fatorial do instrumento, análise do ponto de corte, estudo da validade externa e análise *network* da ECL.

Capítulo III

Resultados

Características Gerais da Escala

A ECL é constituída por 14 itens que pretende avaliar a presença e a intensidade da culpa no luto. As análises das características gerais da escala apresentam um resultado médio de 11.40 ($DP = 8.90$).

Estudo de Fidelidade

Os resultados da análise de consistência interna para testar a fidelidade da escala, resultam num alfa de Cronbach de .87, de acordo com Pestana & Gageiro (2008), é considerado um valor significativo.

Análise Fatorial Exploratória

De modo a aplicar o modelo fatorial, deve-se proceder à sua análise e verificar a existência de correlação entre variáveis. De modo a considerar a correlação entre os itens, foi calculado o teste *Kaiser-Meyer-Olk* (KMO) que revelou um valor de .83 que mostra que há uma correlação boa entre as variáveis. O teste de *esfericidade de Bartlett* revela um nível de significância de $p < .000$ para $X^2=1350.955$, assegurando que existe correlação entre variáveis. Ambos os testes demonstram a adequação da amostra para a análise fatorial como podemos verificar na Tabela 2 (Pestana & Gageiro, 2008).

Tabela 2.

Resultados dos Testes de KMO e Esfericidade de Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		.833
	Aprox. Qui-quadrado	1350,955
Teste de esfericidade de Bartlett	gl	91
	Sig.	.000

Os índices de comunalidades das variáveis são determinantes, tendo em vista o número de fatores extraídos na análise fatorial exploratória, independentemente da rotação / não rotação das cargas fatoriais. A Tabela 3, apresenta a matriz de comunalidades, obtida a partir do SPSS. A terceira coluna refere-se aos índices de comunalidades atribuídos às variáveis (*extraction*) – que por definição, expressam a percentagem da variabilidade de cada variável que é explicada a partir dos fatores comuns em causa. Como pode ser observado na Tabela 3, a maioria dos indicadores apresentam valores acima de .60, o que sugere que na sua maioria têm boas cargas fatoriais (Pestana & Gageiro, 2008). O item melhor explicado é o item 12 (“*Ele/a poderia estar vivo/a se eu tivesse feito melhor.*”) com uma variância explicada de 86.1%, ou seja, 86.1% da variabilidade nesta variável é explicada à custa dos 4 fatores apresentados. Assim sendo, apresentam-se as condições necessárias para o procedimento de rotação de fatores de forma a explicar a variabilidade dos dados.

Tabela 3.

Comunalidades Para as Variáveis da Análise Fatorial Exploratória

<i>Variable</i>	<i>Initial</i>	<i>Extraction</i>
1. Eu trateio/a com má atitude.	1.00	.735
2. Eu penso que não deveria ser mais feliz dado que ele/a faleceu.	1.00	.742
3. Eu sinto-me culpada/o por viver a minha vida desde a morte dele/a.	1.00	.726
4. Eu não fiz tudo o que podia para melhorar a nossa relação.	1.00	.621
5. Há muitas coisas que eu não fiz por ele/a.	1.00	.698
6. Eu sinto que não consegui retribuir o suficiente por aquilo que ele/a me deu.	1.00	.678
7. Ele/a estava infeliz por minha causa.	1.00	.704
8. Sinto-me responsável pela sua morte.	1.00	.744
9. Sinto-me mal acerca dele/a sempre que me sinto feliz, desde a sua morte.	1.00	.567
10. Sinto-me perturbado quando penso em coisas que podia ter feito de forma diferente.	1.00	.657

<i>Variable</i>	<i>Initial</i>	<i>Extraction</i>
11. O meu coração dói quando recorde de coisas sobre as quais me sinto culpado.	1.00	.533
12. Ele/a poderia estar vivo/a se eu tivesse feito melhor.	1.00	.861
13. Eu não passei tempo suficiente com ele/a.	1.00	.591
14. Eu penso que ele/a não teria morrido se naquele momento tivesse feito as coisas de um modo diferente.	1.00	.834

A tabela 4, apresenta o número de fatores extraídos do instrumento. Pelo critério de autovalores somente os fatores maiores que “*um*” são considerados significantes (Pestana & Gageiro, 2008). Encontrou-se uma estrutura por extração de quatro fatores. Contudo, com base no critério para os valores próprios considerariamos apenas três fatores dado que o quarto fator não supera o valor de 1.00. Porém, o valor próprio deste fator é de .996, muito próximo de 1.000. Por esse motivo, verificamos que a variância explicada é direcionada a 4 fatores, 37.78%; 13.84%; 10.49% e 7.11%, respectivamente, num total acumulado de 69.225%.

Tabela 4.

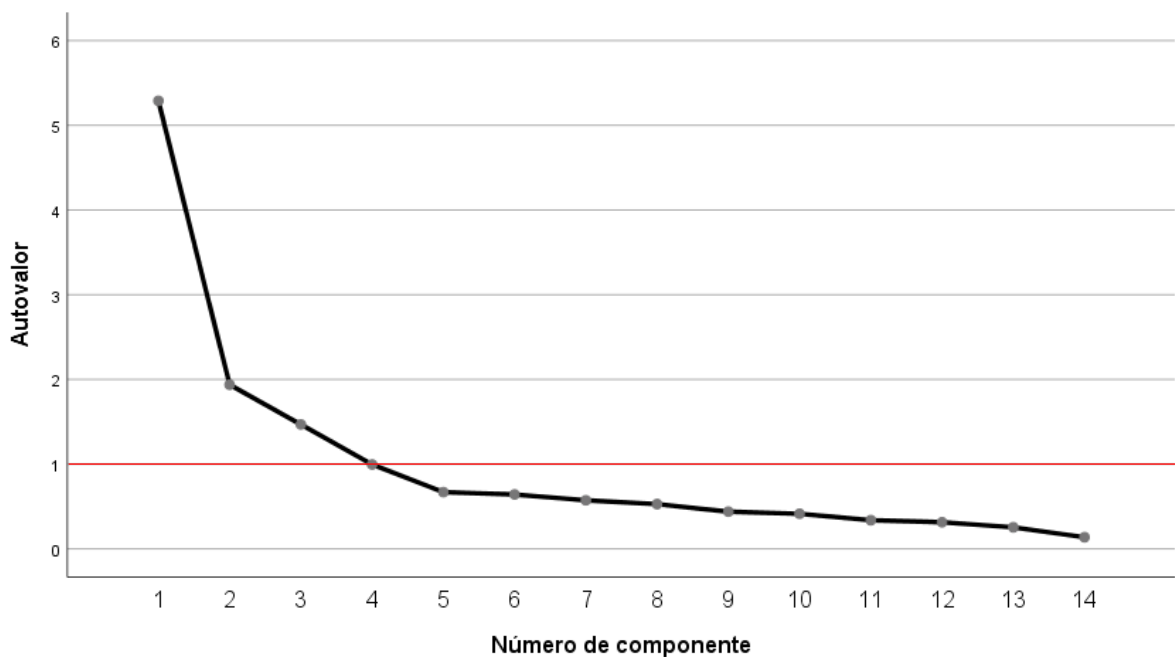
Relação Entre os Itens da ECL, Seus Autovalores; Explicação da Variância e Explicação da Variância Acumulada.

<i>Componente</i>	<i>Valores Próprios</i>		
	<i>Total</i>	<i>Explicação da variância (%)</i>	<i>Variância Acumulada (%)</i>
Item 1	5.289	37.782	37.782
Item 2	1.938	13.843	51.625
Item 3	1.468	10.486	62.110
Item4	.996	7.115	69.225
Item 5	.669	4.780	74.005
Item 6	.642	4.584	78.589
Item 7	.573	4.093	82.682
Item 8	.529	3.775	86.457
Item 9	.439	3.135	89.592

Componente	Valores Próprios		
	Total	Explicação da variância (%)	Variância Acumulada (%)
Item 10	.414	2.955	92.547
Item 11	.338	2.414	94.960
Item 12	.314	2.244	97.205
Item 13	.254	1.818	99.022
Item 14	.137	.978	100.000

Figura 1.

Scree Plot Representativo dos Autovalores da ECL



O objetivo da modelização de equações estruturais é o de testar estatisticamente um modelo. Para este efeito, o método estimação escolhido foi o *varimax* (Tabela 5). Nos resultados da rotação *varimax* foi possível extrair um conjunto de variáveis que compõem 4 fatores possíveis, não só de acordo a análise, mas também com base na literatura. Os itens que compõem a componente do F1 têm uma correspondência semântica a sentimentos de

reciprocidade com o falecido; os itens da componente do F2 correspondem as atitudes perante o falecido; os itens da componente do F3 descrevem a atribuição de culpa face à felicidade sentida pelo enlutado; e os itens da componente F4 referem-se ao sofrimento pela morte do ente querido.

Tabela 5.

Análise Fatorial Exploratória

	Fator 1 (F1)	Fator 2 (F2)	Fator 3 (F3)	Fator 4 (F4)	Singularidade
Item 1	.	.	.	.593	.549
Item 2	.	.	.748	.	.402
Item 3	.	.	.730	.	.335
Item 4	.588	.	.	.	.543
Item 5	.764	.	.	.	.376
Item 6	.706	.	.	.	.466
Item 7	.	.	.	.610	.468
Item 8	.	.696	.	.	.416
Item 9	.	.	.540	.	.550
Item 10	.616	.	.	.	.400
Item 11	.	.	.443	.	.594
Item 12	.	.888	.	.	.117
Item 13	.633	.	.	.	.522
Item 14	.	.833	.	.	.212

Determinação do Ponto de Corte da ECL

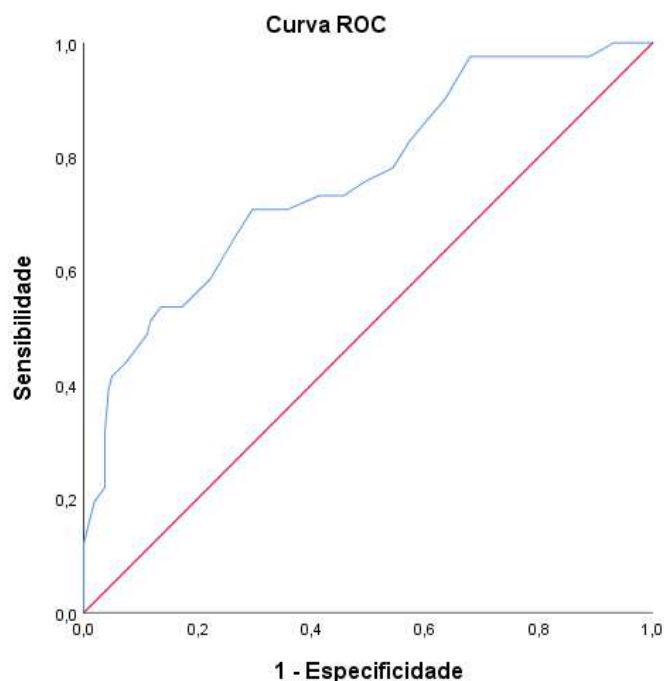
De modo a validar o instrumento para fins de diagnóstico, bem como verificar se este é fiável e claro na utilização clínica e/ou de investigação, é necessário avaliá-lo quanto à sua precisão e exatidão.

A precisão é a proximidade entre medições individuais seleccionadas aleatoriamente ou dos resultados dos testes. É um aspeto de medida que aumenta a capacidade de adaptação ou

de consistência quando um item é idêntico e medido várias vezes. A exatidão consiste na proximidade entre o resultado de um teste de medição e o valor verdadeiro ou de referência. Os conceitos de sensibilidade e especificidade de um teste de diagnóstico, encontram-se associados à proporção de verdadeiros positivos e falsos positivos. Estas medidas dependem dos critérios de diagnóstico ou do valor do ponto de corte, selecionado, pelo que a mudança de critério pode aumentar a sensibilidade em detrimento da especificidade. A análise da curva de ROC (*Receiver Operating Characteristic*) é uma técnica utilizada para colmatar estas dificuldades. É um procedimento realizado através de um gráfico bidimensional onde exhibe no eixo Ox a especificidade e no eixo Oy a sensibilidade (Frade, 2010).

Na construção da curva ROC da ECL, incluíram-se as informações relativas ao ponto de corte do ICG (>30), já determinados na literatura (Sousa, 2011) supracitada no capítulo II. Posto isto, a análise irá permitir medir e especificar o modo de desempenho do diagnóstico da ECL, destacando os dados da variação da sensibilidade e da especificidade, para os diferentes valores de corte.

Nesta análise, foram testados valores totais de ECL face ao ICG (variável estado). Na figura 2, encontra-se apresentada a curva de ROC, para o resultado total da ECL, relativa à população portuguesa. Com recurso ao SPSS, obteve-se a área total da região delimitada pela curva de ROC e o eixo horizontal, no respetivo domínio da especificidade, $[0,1]$: 0,762 (erro padrão = .043; $p=0,000$; 95% IC de 0,67 a .85). Deste modo, induz-se uma boa capacidade de discriminação de culpa. A curva de ROC encontra-se relativamente próxima do eixo vertical, verificando-se assim maior sensibilidade na deteção de participantes com culpa e com baixos falsos positivos. Com 95 % de confiança, podemos afirmar que é plausível que o classificador não responde aleatoriamente – caso todo o instrumento fosse respondido aleatoriamente por parte de cada indivíduo, seria de esperar uma área A próxima de 0.50. Sendo $A > 0.50$, para 95% do nível de confiança, então estamos perante um caso em que existe uma baixa incidência de falsos positivos.

Figura 2.*Curva de ROC da ECL e Indicadores de Sensibilidade e Especificidade*

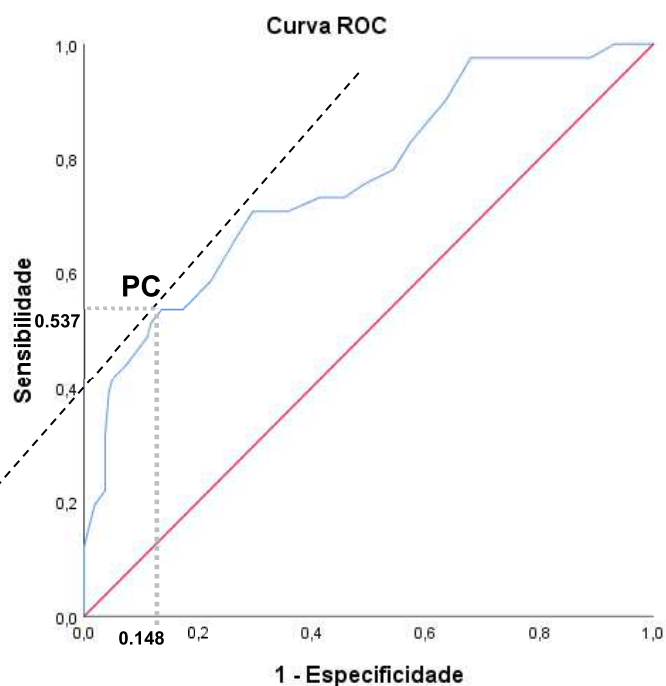
Através da análise da curva ROC, ilustrada na figura 2, para além de obter o comportamento da sensibilidade, em função da especificidade, é também possível efetuar uma estimativa do valor razoável para o ponto de corte relativo à escala ECL.

Procura-se assim obter o ponto do gráfico anterior no qual ocorra uma modificação no tipo de crescimento da curva: a noção intuitiva de ponto de corte consiste em verificar o par ordenado que, na sua fronteira, admite uma modificação nos crescimentos vertical e horizontal na curva ROC – o crescimento horizontal (relativo à especificidade) começa a superar o crescimento vertical (relativo à sensibilidade). Nestas condições, obteve-se para o ponto de corte o par ordenado:

$$PC = (\text{especificidade}, \text{sensibilidade}) \approx (0.148; 0.537)$$

Figura 3.

Curva de ROC da ECL e Indicadores de Sensibilidade e Especificidade com o Correspondente Ponto de Corte (PC).



Por conseguinte, correspondente ao par ordenado obtido, existe o valor de ECL associado. A tabela 6, obtida através do SPSS, sublinha o valor crítico na escala de ECL.

Para o valor total da ECL, para uma pontuação compreendida entre 0 e 16 pontos, é deduzido que valores do ICG sejam mais baixos, logo é plausível que exista baixa culpabilidade no luto. Porém, o valor total da ECL, para uma pontuação superior a 16 pontos, é deduzido que valores do ICG sejam mais altos, sendo assim plausível a existência de altos níveis de culpabilidade no luto.

Tabela 6.*Coordenadas da Curva de ROC – Valores de Sensibilidade e Especificidade*

Positivo se maior ou igual a	.50	1.50	2.50	3.50	4.50	5.50	6.50	7.50	8.50	9.50	10.50	11.50
Sensibilidade	1.000	.976	.976	.976	.976	.902	.829	.780	.756	.732	.732	.707
Especificidade	.932	.889	.827	.753	.679	.639	.574	.543	.494	.457	.414	.358
Positivo se maior ou igual a	12.50	13.50	14.50	15.50	16.50	17.50	18.50	19.50	20.50	22.50		
Sensibilidade	.707	.659	.585	.537	.537	.537	.512	.488	.463	.439		
Especificidade	.296	.265	.222	.173	.148	.136	.117	.111	.093	.074		
Positivo se maior ou igual a	23.50	24.50	25.50	26.50	27.50	28.50	29.50	31.50	34.50	37.50		
Sensibilidade	.415	.390	.317	.268	.220	.195	.146	.122	.098	.073		
Especificidade	.049	.043	.037	.037	.037	.019	.006	.000	.000	.000		
Positivo se maior ou igual a					38.50		41.50		45.50			
Sensibilidade					.049		.024		.000			
Especificidade					.000		.000		.000			

Modelo de Regressão Linear Simples

O modelo de regressão linear simples, procura obter uma relação linear, entre as variáveis endógenas ou explicativas, de modo a obter uma estimativa da variável resposta ou exógena.

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).

De acordo com a amostra aleatória usada, existe uma correlação linear moderada entre as variáveis ECL e ICG positiva, como se pode verificar na tabela 7. O aumento dos valores registados em ICG levam também a um crescimento dos valores ECL obtidos. Quanto maior forem os valores de luto complicado que um indivíduo apresente, é de inferir que maior devem ser os níveis registados na sua correspondente escala de culpabilidade no luto. Nota-se que ($r^2 = .552^2 \cong .3047$, 30.47% da variabilidade dos níveis registados na escala ECL deve ser explicada pela variável ICG.

Também foi possível verificar uma correlação linear moderada positiva entre as variáveis ECL e a PSPT-C. O aumento dos valores registados em PSPT-C levam também a um crescimento dos valores ECL. Quanto maior forem os valores de perturbação de *stress* pós-traumático - complexo que um indivíduo exiba, é de deduzir que maior devem ser os níveis registados na sua correspondente escala de culpabilidade no luto. Nota-se que ($r^2 = .531^2 \cong .2820$), 28.20% da variabilidade dos níveis registados na escala ECL deverão ser explicados pela variável PSPT-C.

O resultado das restantes variáveis sugere que não existe relação positiva entre a ECL o que nos parece razoável concluir que não existe interferência a partir destas variáveis.

Tabela 7.

Análises de Correlação da ECL com ICG, CES-D, PSPT-C, ECPP e PSPT

Variáveis		ECL	ICG	CES-D	PSPT-C	ECPP	PSPT
ECL	Pearson's	—					
	r	—					
	p-value	—					
ICG	Pearson's	.552	—				
	r						
	p-value	< .001	—				

Variáveis		ECL	ICG	CES-D	PSPT-C	ECPP	PSPT
CES-D	Pearson's r	.353	.559	—			
	p-value	< .001	< .001	—			
PSPT-C	Pearson's r	.531	.653	.618	—		
	p-value	< .001	< .001	< .001	—		
ECPP	Pearson's r	.043	.007	.045	-.186	—	
	p-value	.579	.930	.563	.015	—	
PSPT	Pearson's r	.427	.578	.541	.744	-.119	—
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	.123	—

Análise *Network*

A abordagem de rede considera a perturbação mental como um sistema causal de sintomas funcionalmente interrelacionados, que se estabeleceram em um equilíbrio patológico (Borsboom & Cramer, 2013). Esta metodologia ganhou uma posição substancial e tem vindo a ser utilizada em diferentes campos da psicologia (Epskamp, et al., 2018).

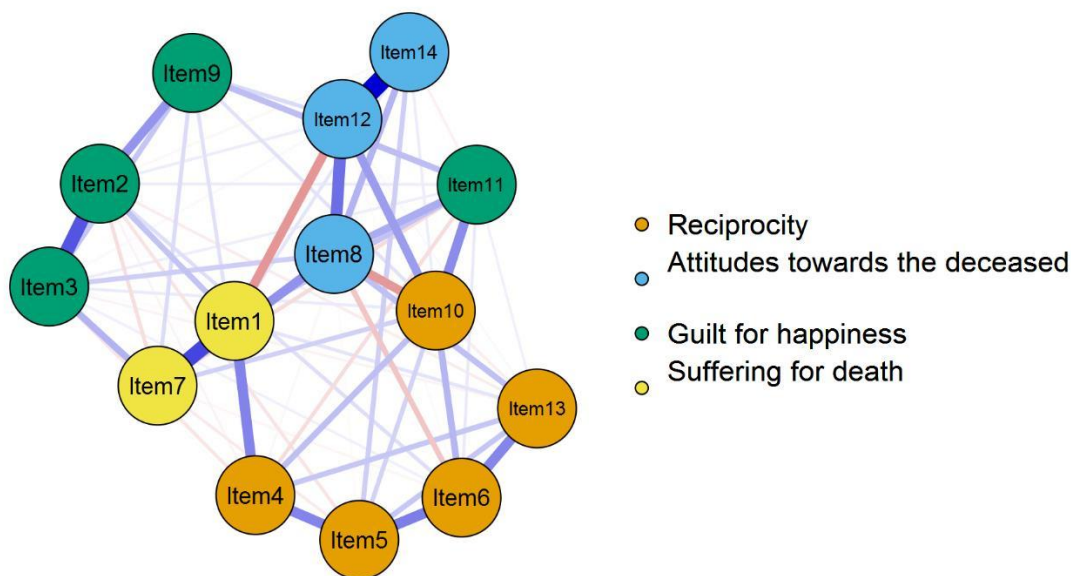
Num grafo denominado *Network*, é possível efetuar a atribuição de uma cor a cada vértice, consoante o fator que lhe é correspondente. Essa mesma correspondência é conseguida através da análise da literatura, que pode mencionar o número teórico de fatores possíveis, bem como através da análise fatorial exploratória, com recurso ao JASP, por exemplo. Foi deste modo atribuída uma cor a cada vértice, consoante o fator a que ele se insere. Com base nos fatores que condicionam o estudo e a distribuição dos itens por esses mesmos fatores, foi feita a seguinte análise (Figura 4).

Conjugando com os fatores supracitados no capítulo III, as colorações nos itens a laranja estão associadas ao fator 1 (“*reciprocity*”), a azul encontramos os itens correspondentes ao fator 2 (“*attitudes towards the deceased*”) a verde os itens que pertencem ao fator 3 (“*guilt for happiness*”) e por último, a amarelo os itens que compõem o fator 4 (“*suffering for death*”).

Com base na análise realizada, os 14 itens estabeleceram 66 das 91 conexões possíveis. Um nó (vértice) central de proximidade é aquele que possivelmente será afetado por mudanças em outros nós de modo direto ou indireto (Maccallum, et al., 2017). É possível visualizar que a posição dos vértices não é, usualmente, aleatória: esta revela a magnitude da relação entre itens distintos. A magnitude e o sinal da relação são esclarecidos pelas arestas que unem os vértices. As arestas mais espessas nos diagramas de rede representam maior correlação entre os itens. Deste modo, **as arestas a azul** revelam correlação positiva e a **vermelho** relação negativa. Os três itens que evidenciaram maior centralidade¹ foram o item 1 (“*suffering for death*”) e os itens 8 e 12 (“*attitudes towards the deceased*”) e ainda o item, 10 (“*reciprocity*”).

Figura 4.

Análise Network da ECL (14 itens)



¹ A centralidade de um item corresponde ao grau do vértice que lhe é associado no grafo Network. O grau de um vértice, por sua vez, é o número de arestas que lhe são incidentes.

Capítulo IV

Discussão e Conclusão

Os resultados obtidos serão discutidos tendo em consideração a revisão da literatura bem como o estudo da qualidade psicométrica do instrumento ECL. O principal objetivo é fornecer um instrumento que permita avaliar por um lado e alcançar o ponto de corte através do qual se poderá distinguir a presença de culpabilidade no luto, dado que até ao momento não existe para a população portuguesa uma escala que avalie o construto estudado.

Verifica-se que o resultado obtido demonstra que ECL apresenta uma análise de consistência interna boa ($\alpha = .87$) quando comparada com o valor da consistência interna da escala original ($\alpha = .93$). Sugere ser uma medida fiável para avaliar as demonstrações de culpa no luto (Li et al., 2017).

A análise fatorial exploratória revela que o instrumento é multifatorial, o que indica que a divisão dos itens em 4 fatores mostra ser um modelo fatorial apropriado. Estes resultados vão de acordo com a assunção de que a culpa é um construto multidimensional e que engloba várias componentes (Camacho et al., 2017; Camacho et al., 2018a; Li et al., 2018). Com base no estudo de Li et al., (2017), verifica-se que a construção das subescalas da ECL vão de acordo com o estudo principal, sendo plausível a ligação às seguintes variáveis: F1, sentimentos de reciprocidade associado ao F4 do estudo (culpa por estar em dívida com o ente querido); F2, atitudes face ao falecido associado ao F1 do estudo (responsabilidade pela morte); F3, atribuir culpa a si próprio por sentir felicidade associado ao F3 do artigo (culpa do enlutado). Não se verificaram ligações ao F4 da ECL. Ao mesmo tempo, a literatura refere-nos um modelo multidimensional da culpa, composto por 4 crenças cognitivas, que relaciona o trauma e a intensidade em sentir culpa emparelhado com a ansiedade emocional (Camacho et al., 2017; Camacho et al., 2018a; Li et al., 2018). É possível verificar ligações entre os fatores e as crenças cognitivas, tais como: a) a responsabilidade individual com o F1 e/ou F2; b) a transgressão dos seus próprios valores/hábitos ao F3; c) crenças associadas à previsão do acontecimento negativo com o F2; e por último, d) insuficientes justificações face à situação ao F1.

A metanálise realizada por Duncan, & Cacciatore, (2015), verifica que no estudo realizado por Kubany & Watson, (2003), o reforço do modelo multidimensional, assenta na magnitude da culpa que um indivíduo enfrenta, combinado com o sofrimento e as crenças associadas. Acrescenta que a culpa e a vergonha estão ligadas entre si, na qual os enlutados

atribuem papéis significativos face ao resultado dos acontecimentos trágicos e irreparáveis. Para além disso, concluíram que os resultados dos mesmos refletem em si, na sua personalidade e carácter.

Tal como foi referenciado na revisão de literatura, existem dificuldades na concetualização da culpa o que conseqüentemente compromete as evidências dos estudos realizados neste âmbito. Embora a escassez de estudos de investigação com o instrumento GBS de Li et al., (2017), um estudo recente, verificou que a causa da morte tem impacto na culpa, nomeadamente a morte por suicídio quando comparada com a morte por acidente, morte natural esperada ou morte natural inesperada. Os enlutados de uma perda por suicídio registam maiores níveis de culpa pela morte do que outros indivíduos em luto (Camacho et al, 2018a). Apesar do nosso estudo não evidenciar factos para esta conclusão, é importante salientar que o fator 1 e o fator 2 encontrados a partir da análise fatorial, sugerem itens capazes de avaliar os relatos dos enlutados. Os indivíduos que apresentam níveis altos de culpa devido a uma perda por suicídio, podem estar associados a crenças generalistas de que este podia ter sido evitado (Camacho et al., 2018b). Um estudo de Tal et al., (2016), referente ao suicídio, destaca a presença significativa de alta ideação suicida, com estigma associada à perda, sentimentos de responsabilidade pela morte ou culpa intensa levando a efeitos negativos no processo de luto.

No estudo de Sunkan et al., (2006), quando analisado o género, verificou-se que as mães (15.7%) revelaram sentimentos de culpa superior aos pais (14.1%), embora pouco significativo entre si. Num modo geral, os estudos encontrados nesta metanálise, revelam que a culpa é comum na sintomatologia ansiosa, depressiva e pós-trauma em pais enlutados. Após a perda, verificaram-se correlações positivas significativas para os sintomas pós-trauma. Ainda, concluiu-se que, a culpa está associada ao risco de desenvolvimento de perturbações depressivas e maior risco de desenvolver sintomas de ansiedade (Duncan, & Cacciatore, 2015). A literatura diz-nos que há maior risco a sentimentos de culpa insistentes e profundos nas perdas que estabelecem relação entre pai e filho (Miles & Demi, 1983).

Outro estudo, com base na administração de dois dos instrumentos referentes nesta investigação (ICG e BGS), conclui que a culpa tem correlação positiva com o LC e a depressão, e que níveis altos de culpabilidade estão associados a sintomas de LC. Para além disso, verificaram que o grau de culpa prevê sintomatologia de LC mais tarde. Os resultados constataram que a culpa no luto está mais intimamente associada ao LC, visto que os coeficientes de regressão do ICG nos diferentes tipos de culpa foram significativamente maiores do que na depressão (Li et al., 2018).

Assim, podemos verificar nos resultados obtidos no modelo de regressão linear efetuado, que as conclusões destes estudos vêm sustentar e justificar a presença das correlações positivas significativas encontradas na análise realizada. As variáveis de LC e trauma do nosso estudo, apresentam relação entre os níveis de culpabilidade com o LC e a PSPT-C. Tal é mencionado na literatura, a depressão, PSPT e a ansiedade são sintomas presentes num indivíduo com LC (Love, 2007; Mancini et al., 2012; Crunk et al., 2015; Lundorff et al., 2017; Simon et al., 2019).

Um estudo longitudinal, realizado pelos autores Stroebe et al., (2014), verificaram a presença de relação entre duas manifestações (autoculpa e remorso; tristeza e depressão) em diferentes períodos temporais após a perda: 4 a 7 meses, 14 meses e 2 anos. Conclui-se que no início do estudo, os altos níveis de culpa estão associados a níveis igualmente altos de dor e diminuição da sintomatologia do luto ao longo do tempo. Este padrão demonstrou ser consistente, supondo que a culpa desempenha um papel desencadeador na determinação do curso dos sintomas de luto no decorrer do tempo. Estes resultados, parecem justificar a presença de correlação significativa encontrada com a LC (Stroebe et al., 2014) Ainda, com base na literatura, o período temporal referido vai de encontro com o que é espectável ser o tempo de resposta para a diminuição da sintomatologia da perda (Silva, 2010; Prigerson et al., 1995; Crunk et al., 2015). Durante este período, o indivíduo passa por sofrimento psíquico, físico, sentimentos de culpa, arrependimento e solidão (Silva, 2010; Lundorff et al., 2017).

No presente estudo, a diferenciação metodológica usada, permitiu enfatizar a validação e a eficácia do uso da ECL para a prática clínica, na qual determinou-se o ponto de corte da ECL para a população portuguesa. Constatou-se que o ponto de corte é de uma pontuação igual ou superior a 16 para determinar a presença de culpa num indivíduo. Esta evidência estatística vem fortalecer a validade de diagnóstico da ECL, considerando-se assim, uma boa ferramenta para o diagnóstico de pessoas com culpa no luto.

Até ao momento, não se averigua investigação realizada no âmbito da culpa com base na análise *Network*.

A análise *Network* revelou que os itens mais centrais da ECL referem a sintomas mais direcionados ao sofrimento pela morte do ente querido e às atitudes do enlutado face à pessoa falecida.

Quanto às limitações deste estudo, no futuro, as investigações devem ter atenção à dimensão da amostra e integrar uma faixa etária mais heterogénea, de modo a que esta seja mais representativa e evidente da população portuguesa, proporcionar a exploração dos

comportamentos das respostas nas diferentes faixas etárias e incluir participantes do sexo masculino, a fim de comparar os dois géneros. Será pertinente incluir um estudo comparativo com outro grupo, mais especificamente, um grupo clínico, de modo a identificar diferentes fatores.

A ECL detém de boas qualidades psicométricas, com valores altos para a consistência interna, assim demonstra ser uma escala fiável para avaliar indivíduos com culpa no luto.

A validação desta escala revelou ser uma contribuição necessária para a investigação, visto que vem sustentar a literatura quanto à sua concetualização, bem como a utilidade na prática clínica e eficiência para diagnosticar a presença de culpa. As conclusões deste estudo, demonstram ser promissoras para a intervenção na área.

Referências Bibliográficas

- Borsboom D., & Cramer A. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9:91-121. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608
- Crunk, A. E., Burke, L. A., & Robinson III, E. M. (2017). Complicated grief: An evolving theoretical landscape. *Journal of Counseling & Development*, 95(2), 226-233. doi: 10.1002/jcad.12134
- Camacho, D., Nieto, M. P., & Gordillo, F. (2017). Guilt and Bereavement: Effect of the cause of Death, and Measuring Instruments. *Illness, Crisis & Loss*, 0(0) 1–15. doi: 10.1177/1054137316686688
- Camacho, D., Nieto, M. P., & Gordillo, F. (2018a). Cause of death and guilt in bereavement: The role of emotional regulation and kinship. *Journal of Loss and Trauma*, 23(7), 546-558. doi: 10.1080/15325024.2018.1485277
- Camacho, D., Nieto, M. P., & Gordillo, F. (2018b). The role of rumination in the guilt associated with bereavement according to cause of death. *Psychiatry research*, 270, 1053-1058. doi: 10.1016/j.psychres.2018.04.065
- Duncan, C., & Cacciatore, J. (2015). A systematic review of the peer-reviewed literature on self-blame, guilt, and shame. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 71(4), 312-342. doi: 10.1177/0030222815572604
- Einav, M., & Margalit, M. (2020). Hope, Loneliness and Sense of Coherence among Bereaved Parents. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2797. doi: 10.3390/ijerph17082797
- Enez, Ö. (2018). Complicated grief: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(3), 269-279. doi: 10.18863/pgy.358110
- Epskamp, S., Borsboom, D., & Fried, E. (2018). Estimating psychological networks and their accuracy: A tutorial paper. *Behavior Research Methods*, 50(1), 195–212. doi: 10.3758/s13428-017-0862-1

- Faccini, F., Gazzillo, F., Gorman, B. S., De Luca, E., & Dazzi, N. (2020). Guilt, Shame, Empathy, Self-Esteem, and Traumas: New Data for the Validation of the Interpersonal Guilt Rating Scale–15 Self-Report (IGRS-15s). *Psychodynamic Psychiatry*, 48(1), 79-100. doi: 10.1521/pdps.2020.48.1.79
- Frade, B. (2009). *Validação e Adaptação para a Língua Portuguesa do Inventário de Luto Complicado* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, Gandra-Portugal. https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/32/tese_Full.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese version of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 339-348. doi: 10.1027/1015-5759.20.4.339
- Guedes, I. (2020). *Validation of the International Prolonged Grief Disorder Scale (IPGDS): Portuguese Version*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, Gandra-Portugal.
- Glickman, K., Shear, M. K., & Wall, M. M. (2016). Mediators of outcome in complicated grief treatment. *Journal of clinical psychology*, 73(7), 817-828. doi: 10.1002/jclp.22384
- JASP Team (2019). JASP (Version 0.13.1) [Computer software].
- Li, J., Stroebe, M., Chan, C. L., & Chow, A. Y. (2014). Guilt in bereavement: A review and conceptual framework. *Death Studies*, 38(3), 165-171. doi: 10.1080/07481187.2012.738770
- 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. doi: 10.1177/0030222815612309
- Li J, Tendeiro JN, Stroebe M. (2018) Guilt in bereavement: Its relationship with complicated grief and depression. *Int J Psychol*, 54(4):454-461. doi: 10.1002/ijop.12483
- 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. doi: 10.1016/j.jad.2017.01.030

- Love, A. W. (2007). Progress in understanding grief, complicated grief, and caring for the bereaved. *Contemporary Nurse*, 27(1), 73-83. doi: 10.5172/conu.2007.27.1.73
- Maccallum, F., Malgaroli, M., & Bonanno, G. A. (2017). Networks of loss: Relationships among symptoms of prolonged grief following spousal and parental loss. *Journal of abnormal psychology*, 126(5), 652–662. doi: 10.1037/abn0000287
- Mancini, A. D., Griffin, P., & Bonanno, G. A. (2012). Recent trends in the treatment of prolonged grief. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(1), 46-51. Doi: 10.1097/YCO.0b013e32834de48a
- Miles, M. S., & Demi, A. S. (1984). Toward the development of a theory of bereavement guilt: Sources of guilt in bereaved parents. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 14(4), 299-314. doi: 10.2190/F8PG-PUN4-8VW6-REWQ
- Pestana, M. & Gajreiro, J. (2008) *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*. 6ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo. doi: 978-972-618-498-0
- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newsom, J., Fasiczka, A. ... Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59: 65-79. doi: 10.1016/0165-1781(95)02757-2
- Rocha, José & Veiga, Elisa & Maia, A. & Santos, Emanuel & Queirós, Cristina. (2018). Livro de Resumos do 1º Congresso de Psicologia do Trauma e do Luto. doi: 10.13140/RG.2.2.22308.12161.
- Rocha, J., Rodrigues, V., Santos, E., Azevedo, I., Machado, S., Almeida, V., ... & Cloitre, M. (2019). The first instrument for complex PTSD assessment: psychometric properties of the ICD-11 Trauma Questionnaire. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 00:000-000. doi: 10.1590/1516-4446-2018-0272
- Rabins, P. V. (2019). Studying grief. *International psychogeriatrics*, 31(8), 1075-1076. doi: 10.1017/S1041610219000450
- Silva, T. (2010). *Luto Complicado e Regulação Emocional em Doentes Psiquiátricos*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte,

Gandra-Portugal. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/56?locale-attribute=it>

- Simon, N. M., Hoepfner, S. S., Lubin, R. E., Robinaugh, D. J., Malgaroli, M., Norman, S. B., ... & Bui, E. (2019). Understanding the impact of complicated grief on combat related posttraumatic stress disorder, guilt, suicide, and functional impairment in a clinical trial of post-9/11 service members and veterans. *Depression and anxiety*, 37(1), 63-72. Doi: 10.1002/da.22911
- Sousa, R. (2011). *Validação de Metodologias de Diferenciação Clínica Entre Luto Saudável e Luto Complicado*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, Gandra-Portugal. Disponível: <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/176>
- Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153–160. doi: 10.1056/NEJMcp1315618
- Stroebe, M., Stroebe, W., van de Schoot, R., Schut, H., Abakoumkin, G., & Li, J. (2014). Guilt in bereavement: the role of self-blame and regret in coping with loss. *PloS one*, 9(5), e96606. doi: 10.1371/journal.pone.0096606
- Tal, I., Mauro, C., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Simon, N., Lebowitz, B., ... & Glorioso, D. (2016). Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. *Death studies*, 41(5), 267-275. doi: 10.1080/07481187.2016.1265028
- Weinberg, N. (1994). Self-blame, other blame, and desire for revenge: Factors in recovery from bereavement. *Death Studies*, 18(6), 583-593. doi: 10.1080/07481189408252702

Anexos

Consentimento Informado

Caro participante,

Esta investigação pretende validar um instrumento para a população portuguesa que avalia a culpa associada à problemática do luto.

Para a realização deste estudo, é pedido, apenas às pessoas que perderam um ente querido, que preencha os questionários que se seguem - todos os dados recolhidos através do questionário são confidenciais e anónimos, serão apenas usados para os objetivos do estudo, não podendo ser usados para outros fins. Os participantes têm possibilidade de abandonar a investigação, sem qualquer tipo de repercussões, antes de finalizar o inquérito.

Se tiver alguma questão, pode contactar através do email: **rosananvieira@hotmail.com**.

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

Dados Sociodemográficos

1. Idade:

2. Género:

(Opções: Feminino/ Masculino)

3. Habilitações literárias.

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

4. Profissão

5. Estado civil:

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

6. Já teve apoio psicológico/psiquiátrico?

(Opções: Sim / Não)

7. Já viveu a perda de algum ente querido (familiar ou amigo próximo)?

(Opções: Sim / Não)

8. Qual a perda que sofreu?

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

9. 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; Outro)

10. Há quanto tempo faleceu o ente querido? (ano e meses)

11. Que tipo de apoio teve?

(Opções: Não teve apoio; Apoio Especializado (Psicológico ou Psiquiátrico); Outro)

12. Toma fármacos?

(Opções: Sim / Não)

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.				

ICG

Inventário de Luto Complicado (Frade & Rocha, 2010)

Instruções: A seguir encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após a perda de um ente querido. Por favor, leia cada um dos itens e indique, com um círculo, a resposta que melhor descreve como se sente atualmente em relação a uma situação de luto.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Regularmente	Sempre
1. Eu penso tanto nesta pessoa que é difícil fazer as coisas que normalmente faço...					
2. As memórias da pessoa que morreu perturbam-me...					
3. Eu sinto que não aceito a morte da pessoa que morreu...					
4. Eu dou por mim a sentir a falta da pessoa que morreu...					
5. Eu sinto-me atraído às coisas e lugares associados à pessoa que morreu...					
6 Não consigo evitar sentir-me zangado com a sua morte...					
7. Eu sinto descrença sobre o que aconteceu...					
8. Eu sinto-me atordoado ou confuso com o que aconteceu...					
9. Desde que ele(a)morreu é-me difícil confiar nas pessoas...					
10. Desde que ele(a) morreu, sinto que perdi a					

capacidade de me interessar com outras pessoas ou sinto-me distante das pessoas de que gosto...					
11. Eu sinto dor na mesma parte do corpo ou tenho alguns dos sintomas da pessoa que morreu...					
12. Eu desvio-me do meu caminho para evitar lembranças da pessoa que morreu...					
13. Sinto a minha vida vazia sem a pessoa que morreu...					
14. Eu ouço a voz da pessoa que morreu falar-me....					
15. Eu vejo a pessoa que morreu diante de mim...					
16. Eu sinto que é injusto que eu deva viver enquanto esta pessoa morreu...					
17. Eu sinto-me amargo sobre a morte desta pessoa...					
18. Eu sinto inveja daqueles que não perderam ninguém próximo...					
19. Eu sinto-me só grande parte do tempo desde que ele(a) morreu...					

ICD-11 Questionário de Trauma

(Soares & Rocha, 2015)

Instruções: Em baixo encontra uma lista de problemas e queixas que as pessoas por vezes têm após um acontecimento traumático ou experiências de vida stressantes. Por favor, responda às questões que se seguem considerando o que sente face à perda que viveu. Por favor, leia cada item com cuidado, depois faça círculo num dos números à direita para indicar o quanto tem sido incomodado por esse problema no último mês.

	Nunca	Às vezes	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Sonhos perturbadores que repetem parte do acontecimento ou estão claramente relacionados com ele?					
2. Imagens intensas ou memórias que por vezes lhe surgem na mente, que fazem com que sinta que o acontecimento está a ocorrer de novo, aqui e agora?					
3. Sentir-se muito perturbado quando algo lhe recorda o acontecimento?					
4. Evitar memórias internas do acontecimento (por exemplo, pensamentos, sentimentos ou sensações físicas)?					
5. Evitar estímulos/coisas que fazem lembrar o acontecimento (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, objetos, atividades ou situações)?					
6. Estar “super-alerta”, vigilante ou na defensiva?					

7. Sentir-se nervoso ou facilmente assustado?					
---	--	--	--	--	--

Em baixo encontra uma **lista de problemas e queixas** que as pessoas por vezes têm em resposta a um acontecimento traumático ou a experiências de vida stressantes. As questões **referem-se aos modos como normalmente se sente**, como normalmente **pensa sobre si** e como normalmente **se relaciona com os outros**. Responda às questões considerando até que ponto cada afirmação é verdadeira para si.

Quão verdade isto é para si?	Nunca	Às vezes	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Eu reajo intensamente a coisas que parecem não afetar assim tanto as outras pessoas.					
2. Quando estou perturbado/chateado/preocupado, necessito de muito tempo para me acalmar.					
3. Os meus sentimentos ficam facilmente magoados.					
4. Tenho episódios de raiva descontrolada.					
5. Eu faço coisas que as pessoas dizem ser perigosas ou imprudentes (por exemplo, conduzir a elevada velocidade).					
6. Sinto-me interiormente adormecido ou emocionalmente desligado.					
7. Eu sou o tipo de pessoa que tem dificuldade em sentir prazer ou alegria.					
8. Quando estou sob stresse ou tenho lembranças do meu					

trauma, sinto frequentemente que o mundo está distante ou parece que tudo fica diferente (por exemplo, o tempo passa mais devagar, as coisas parecem diferentes).					
9. Quando estou sob stresse ou tenho lembranças do meu trauma, sinto frequentemente como que se estivesse fora do meu corpo ou sinto algo estranho no meu corpo.					
10. Eu tenho dificuldade em saber o que estou a sentir e a descrever os meus sentimentos.					
11. Eu sinto-me um fracasso.					
12. Eu sinto-me sem valor.					
13. Eu frequentemente sinto vergonha de mim, mesmo que isso faça ou não qualquer sentido.					
14. Eu sinto-me culpado de coisas que fiz ou que deixei de fazer.					
15. Sinto-me distante ou cortei relação com as pessoas.					
16. Eu acho difícil manter-me emocionalmente próximo das pessoas.					
17. Eu evito relacionamentos porque eles acabam por ser demasiado difíceis ou dolorosos.					

Em baixo estão **problemas** ou **sintomas** que por vezes as pessoas têm e **que podem ou não estar relacionados com experiências de vida traumáticas**. Simplesmente responda se para si é verdade, ou não.

Para si isto é verdadeiro?	Não	Sim
1. Frequentemente ficou agitado quando pensou que alguém que amava o ia deixar?		
2. As relações com as pessoas que ama têm muitos altos e baixos extremos?		
3. Mudou subitamente a noção de quem é e dos seus objetivos?		
4. A noção de quem é muda frequentemente de forma dramática?		
5. Age de forma diferente com pessoas diferentes ou em diferentes situações de modo que por vezes não sabe quem realmente é?		
6. Tem tido muitas mudanças súbitas nos seus objetivos, planos de carreira, crenças religiosas, entre outras?		
7. Faz frequentemente coisas de forma impulsiva? (por exemplo, gastar dinheiro, sexo, abuso de substâncias, condução perigosa, comer demasiado)		
8. Tentou magoar-se ou matar-se ou ameaçou fazê-lo?		
9. Alguma vez se cortou, queimou ou arranhou de propósito?		
10. Tem frequentemente mudanças súbitas de humor?		
11. Sente-se frequentemente vazio por dentro?		
12. Frequentemente tem explosões temperamentais ou fica tão zangado que perde o controlo?		
13. Quando fica zangado bate nas pessoas ou atira coisas?		
14. Quando está sob muito stresse, fica desconfiado em relação aos outros ou sente-se especialmente desorientado.		

CES-D – Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

(Gonçalves & Fagulha, 2003)

Instruções: Nesta página encontra uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido durante a última semana. Coloque uma cruz na coluna que melhor se identifica com o que sentiu na última semana, tendo em conta que as opções significam:

Nunca ou raramente - menos de 1 dia da semana passada;

Ocasionalmente – 1 ou 2 dias da semana passada;

Com alguma frequência – 3 ou 4 dias da semana passada;

Com muita frequência ou sempre – 5 ou 7 dias da semana passada

Durante a semana passada	Nunca ou raramente (< 1 dia)	Ocasionalmente (1 a 2 dias)	Com alguma frequência (3 a 4 dias)	Com muita frequência ou sempre (5 a 7 dias)
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem				
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite.				
3. Senti que não consegui livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda dos amigos ou da família.				
4. Senti que valia tanto como os outros.				
5. Tive dificuldades em manter-me concentrado no que estava a fazer.				
6. Senti-me deprimido.				
7. Senti que tudo do que fazia era um esforço.				

8. Senti-me confiante no futuro.				
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso.				
10. Senti-me com medo.				
11. Dormi mal.				
12. Senti-me feliz.				
13. Falei menos do que o costume.				
14. Senti-me sozinho.				
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo.				
16. Senti prazer ou gosto na vida.				
17. Tive ataques de choro.				
18. Senti-me triste.				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.				
20. Senti falta de energia.				

Escala de Crescimento Pós-Perda (E CPP)

Versão de Investigação de Rocha, J.C., Teixeira, R.J., Almeida, V. & Remondes-Costa, S.,
Leite, M. (2017)

Instruções: Abaixo vai encontrar um conjunto de afirmações. Por favor, avalie quão verdadeira é para si cada afirmação fazendo um círculo no número correspondente.

	Nunca verdadeiro	Muito raramente verdadeiro	Por vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro	Sempre verdadeiro
1. Após a perda passei a aceitar melhor as emoções mais difíceis.						
2. Após a perda passei a comunicar melhor sobre mim mesmo.						
3. Após a perda tornei-me mais perspicaz face às minhas emoções.						
4. Passei a valorizar mais as pessoas que gosto.						
5. Hoje compreendo bem o sofrimento da minha perda.						
6. Agora partilho mais com os outros sobre aquilo						

que sinto.						
7. Após a perda refleti muito sobre o que significa aquela pessoa.						
8. Revi o sentido da vida.						
9. Passei a compreender melhor o sofrimento dos outros.						
10. Passei a compreender melhor o meu sofrimento.						
11. Tornei-me mais claro a comunicar o que sinto.						
12. Usei a criatividade para entender o que aconteceu.						
13. Sei melhor o que os outros necessitam quando estão em luto						
14. Estou muito mais capaz de me ligar aos						

outros.						
15. Depois da perda, a minha vida faz mais sentido.						
16. Sou criativo enquanto penso ou falo sobre o que aconteceu.						
17. Depois da perda fiquei mais próximo dos outros.						
18. Aprendi a controlar melhor as minhas reações emocionais mais intensas.						
19. No futuro, vou procurar aceitar melhor as perdas						
20. Agora compreendo bem as reações dos outros às perdas.						
21. Aceito que por vezes necessito de pensar e falar na pessoa que						

perdi.						
22. É possível expressar o significado daquilo que vivi.						
23. Sei que tenho liberdade de escolher o que pensar sobre a perda.						
24. Agora tenho uma melhor noção do significado da minha vida.						
25. Hoje sou mais capaz de entender o significado das relações que tenho						
26. Agora sinto que tenho propósito na minha vida.						
27. Sinto que hoje sou mais capaz de ser feliz.						
28. Agora sinto que o mundo é um local cheio de esperança.						

29. Já consigo pensar em novos projetos e ter novas expectativas de futuro.						
30. Sei que hoje sou capaz de aproveitar melhor a vida.						

Manuscrito II**Impacto da Situação Pandémica na Experiência do Luto**

Joana Soares¹, Rosana Vieira¹, Ana Rita Gonçalves¹, Andreia Magalhães¹, Andreia Cabral⁴,
Noémia Carvalho³, Daniela Mendes³, José Carlos Rocha^{1,2}

¹Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, Portugal; ²Instituto de
Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde (iifacts), Portugal;

³Centro Hospitalar Tâmega e Sousa e ⁴Universidade Sénior de Canelas.

Índice

Manuscrito II	i
Impacto da Situação Pandémica na Experiência do Luto.....	i
Capítulo I	1
Introdução	1
Capítulo II.....	5
Objetivos e Hipóteses de Estudo	5
Capítulo III	7
Método.....	7
3.1. Instrumentos.....	7
3.1.1. Termómetros Emocionais (TE'5)	7
3.1.2. Escala De Impacto de Acontecimentos-6 (IES-6)	7
3.1.3. Questionário Sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9)	8
3.1.4. Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado (IPGDS)	8
3.1.5. Escala de Culpabilidade no Luto	9
3.1.6. <i>The Integration of Stressful Life Experiences Scale</i> (ISLES).....	9
3.1.7. Escala de Ansiedade face à Morte (EAM).....	9
3.2. Amostra.....	10
3.3. Procedimentos.....	12
Capítulo IV	14
Resultados.....	14
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.....	14

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 <i>stress</i>	17
Prevalência de Luto Prolongado, Trauma, Depressão e Processos de Adaptação interna ao <i>Stress</i>	17
Teste <i>T</i> para duas amostras independentes	20
Análise de variâncias através de uma One-Way ANOVA	23
c) Descrever o impacto/efeito da pandemia no processo de luto prolongado, comparando os níveis de luto em indivíduos que vivenciaram perdas antes da pandemia e durante a mesma.	266
Teste de <i>U</i> Mann-Whitney.....	26
 Capítulo V	 29
Discussão e Conclusão	29
 Referências Bibliográficas.....	 36
 Anexos	 41

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características Sociodemográficas do Grupo Pandemia e Grupo Antes Pandemia.	11
Tabela 2. Análise Descritiva das Cerimónias Fúnebres em Fase de Pandemia.	14
Tabela 3. Análise Descritiva do Processo de Luto em Fase de Pandemia.	15
Tabela 4. Análise Descritiva do Termómetro Emocional (Sofrimento Emocional).	16
Tabela 5. Prevalência da IPGDS, IES-6, PHQ-9 e ISLES.	17
Tabela 6. Teste <i>t</i> Entre o IPGDS, IES-6, PHQ-9, ECL, ISLES, Escala de Ansiedade Face à Morte em Função do Género.	20
Tabela 7. Teste <i>t</i> Entre o IPGDS, IES-6, PHQ-9, ECL, ISLES, Ansiedade Face à Morte em Função da Perda em Fase de Pandemia no Processo de Luto.	21
Tabela 8. Teste <i>t</i> Entre o IPGDS, IES-6, PHQ-9, ECL, ISLES, Ansiedade Face à Morte em Função da Causa da Morte.	22
Tabela 9. Análise de Diferenças Entre Grupos e o Tipo de Visualização do Corpo do Falecido	23
Tabela 10. Análises de Correlação Entre as Variáveis IPGS, IES-6, PHQ-9, ECL, ISLES e Escala de Ansiedade Face à Morte.	255
Tabela 11. Diferenças nos Itens da IPGDS em Função do Grupo Antes (<i>n</i> = 213) e Após Pandemia (<i>n</i> = 63).	26
Tabela 12. Diferenças nos Itens Culturais da IPGDS em Função do Antes (<i>n</i> = 200) e Após Pandemia (<i>n</i> = 61).	28

Índice de Figuras

Figura 1. Variação dos Níveis de Sofrimento Emocional dos Indivíduos Referentes ao Grupo Pandemia	16
Figura 2. Diagrama de Venn com as Relações de Comorbilidade Entre o Luto Prolongado, Trauma e Depressão (<i>n</i> = 63).	18

Índice de Anexos

Anexo A – Informação do Total de Casos de COVID-19 e de Casos Ativos em Portugal

Anexo B – Cálculos Realizados Para a Obtenção da Proporção de Indivíduos que Apresentam as Três Comorbilidades Estudadas

Anexo C – Tabelas Correspondentes à Análise Efetuada no Antes e Após Pandemia

Anexo D – Consentimento Informado

Anexo E – Protocolo de Avaliação

Siglas

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019*

ECL – Escala de Culpabilidade no Luto

EAM – Escala de Ansiedade Face à Morte

IES-6 – Escala de Impacto de Acontecimentos

IPGDS – PT – 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

Abreviaturas

et al – entre outros

e.g. – por exemplo

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

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 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 (Douglas & Douglas, 2009; Wallace et al., 2020; Zhang & Feei Ma, 2020; Wang et al., 2020; Brooks, et al., 2020; Ho, et al., 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. Constatam-se 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 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; Kokou-Kpolou et al., 2020; Inchausti 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 vaga² 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:

H_1 : Existem diferenças significativas, entre géneros, nos processos de luto na fase de pandemia;

H_2 : Os indivíduos que experienciaram uma perda em fase de pandemia, apresentam diferenças significativas nos processos de luto;

H_3 : A causa de morte difere significativamente nos processos de luto na fase de pandemia;

H_4 : A ocorrência de um ritual fúnebre encontra-se negativamente associada ao processo de luto, em fase de pandemia;

H_5 : Existem diferenças significativas no Luto Prolongado consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido;

² 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.

H_6 : Existem diferenças significativas no Depressão consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido;

H_7 : Existem diferenças significativas na Reação Pós-Traumática de *Stress* consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido;

H_8 : Existem diferenças significativas da Culpabilidade no Luto consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido;

H_9 : Existem diferenças significativas na Experiência de Vida *Stressante* consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido;

H_{10} : 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:

H_{11} : 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:

H_{12} : 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

Método

3.1. 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.

3.1.1. Termómetros Emocionais (TE'5)

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 de Ajuda) 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.

3.1.2. 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 0.84 para a IES-6. A pontuação média da soma do IES-6 é 10,48 (DP = 5.85). Para além disso, o ponto de corte do IES-6 num estudo de validação para a população portuguesa foi de 12.5 (Lopes, 2013).

3.1.3. 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).

3.1.4. 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 individuo 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 Perturbação do Luto Prolongado (Guedes, et al., 2019).

3.1.5. Escala de Culpabilidade no Luto

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).

2.1.6. *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).

3.1.7. 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)

3.2. 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 213 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 Facto	22	34.9			99	35.9		
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								

<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>
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						

2.3. 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).

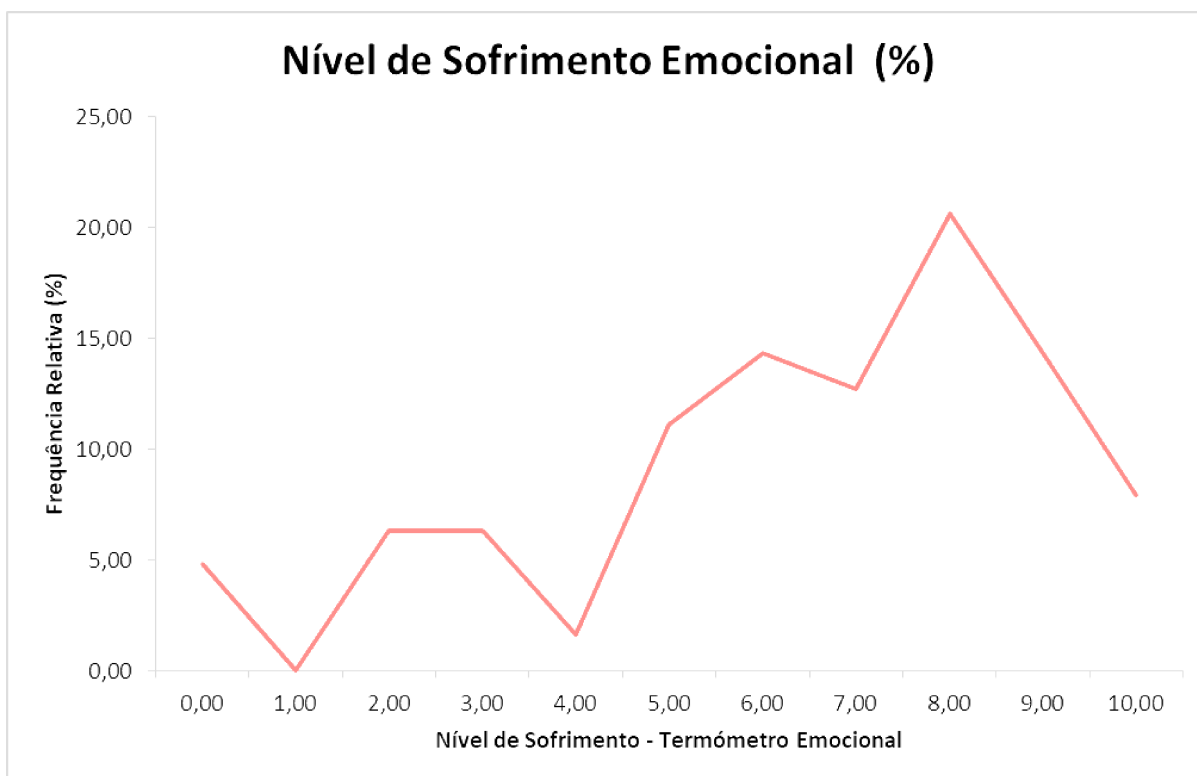
Tabela 4.

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 (LP)		
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
Stressante

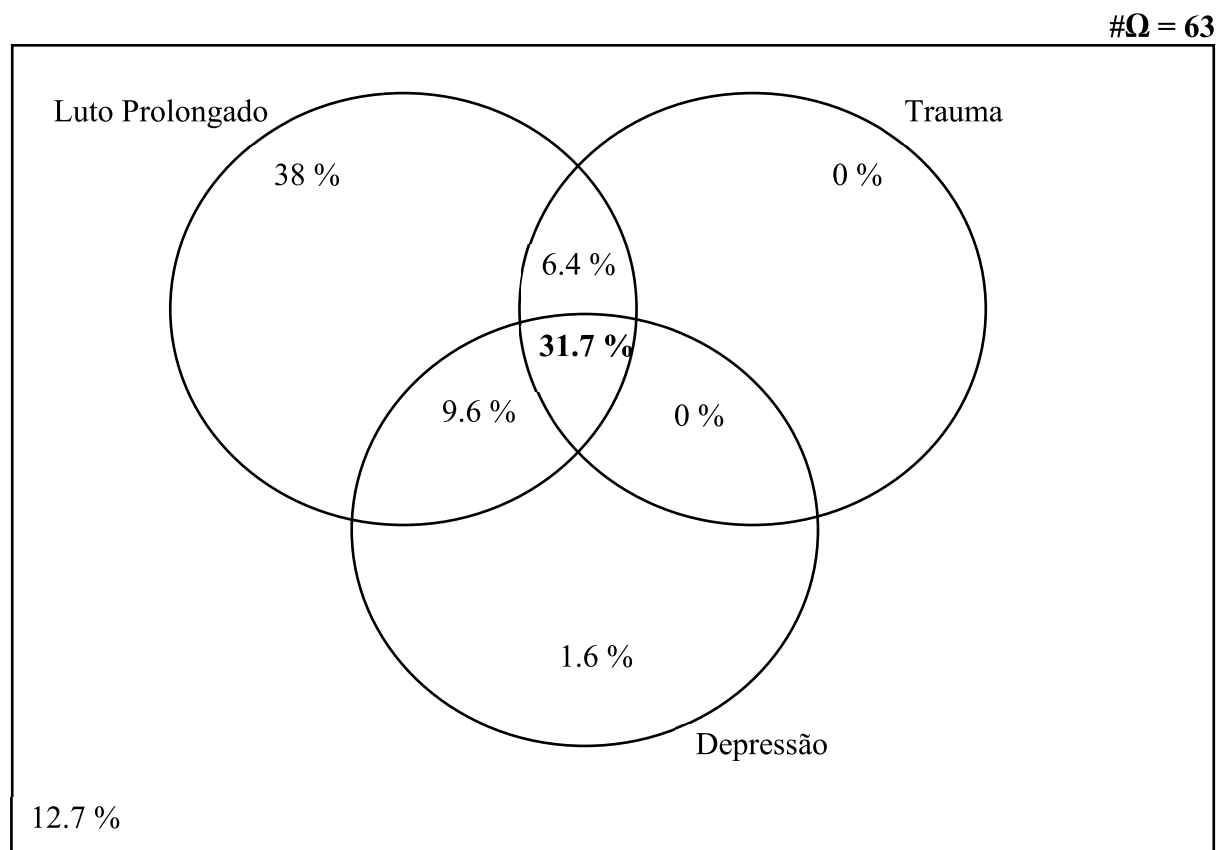
Com Significado	53	84.1
Sem Significado	2	3.2
Omissos	8	12.7

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 existentes entre as três variáveis e procedeu-se à realização de um diagrama de *Venn*, figura 2.

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 confiança³ 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:

³ Vale a pena realçar que o intervalo de confiança para a proporção populacional p é dado a partir de $\left[\hat{p} - \frac{z_{\alpha/2} \sqrt{\hat{p}(1-\hat{p})}}{n}; \hat{p} + \frac{z_{\alpha/2} \sqrt{\hat{p}(1-\hat{p})}}{n} \right]$, onde \hat{p} designa a proporção amostral verificada, n é a dimensão da amostra e $z_{\alpha/2} = 1.960$, para o nível de confiança de 95%.

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

Deste modo, caso a amostra contenha pelo menos 333 indivíduos, a margem de erro⁴ não deverá ser superior a 5%. Assim, assumimos ≥ 333 inquiridos de forma a mitigar o valor da margem de erro.

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.

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

	<i>Género Feminino</i>		<i>Género Masculino</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	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**.

⁴ 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 $\hat{p} = 0.50$.

Para todo o instrumento usado, correspondente a uma variável fundamental em estudo, obtivemos os valores de prova⁵ (*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 gênero de um indivíduo, em nenhum dos instrumentos/variáveis apresentadas, de acordo com a amostra obtida, ao nível de confiança de 95%.

Tabela 7.

Teste t Entre o IPGDS, IES-6, PHQ-9, ECL, ISLES, Ansiedade Face à Morte em Função da Perda em Fase de Pandemia no Processo de Luto.

	<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 no processo de luto**.

Da análise das diferenças, verificamos que existem diferenças significativas no que concerne ao processo de luto pela 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 consideraram que a pandemia prejudicasse o seu processo de luto, 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

⁵ 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 $p - value > \alpha$.

comparado com os indivíduos que não consideraram que a pandemia prejudicasse o seu processo de luto.

Considerando o valor do nível de significância estimado anteriormente (*p-value* acima de .05), foi possível concluir que existe diferença significativa no processo de luto 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.

Teste 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 – 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 – value</i>
	<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
IPGDS 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 Prolongado (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 Prolongado (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>
IPGDS I	Pearson's r	-	.893	.834	.741	.548
	<i>p – value</i>	-	.000	.000	.000	.000
IPGDS II	Pearson's r	-	-	.783	.767	.573
	<i>p – value</i>	-	-	.000	.000	.000
IES-6	Pearson's r	-	-	-	.784	-
	<i>p – value</i>	-	-	-	.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 IPGS 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 prolongado, 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 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>Pandemia</i>		
	<i>Posto</i>	<i>Posto</i>		
	<i>Médio</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 haja 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.*”), exibe 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 haja 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 e 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 influencia 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, Cabral, da Cruz, Monteiro & Guimarães, 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 evidencias 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 (Wallace, et al., 2020; Zhang & Feei Ma, 2020; Douglas & Douglas, 2009; Wang, et al., 2020; Brooks, et al., 2020; Ho, et al., 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 consideram que o processo de luto prolongado, apresentam valores mais elevados de luto, de depressão e de reações pós-traumáticas de *stress* comparados com aqueles que não consideram que a pandemia prejudicou o seu processo de luto. 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 (Zhang & Feei Ma, 2020; Ho et al., 2020; Pattison, 2020; Guedes, 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 heterogénea, 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 homogéneos 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. *Research Gate*.
- 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*. doi: 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*. doi: 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 Latino americana de Psicopatologia Fundamental*, 23(3), 509-533. doi: 10.1590/14154714.2020v23n3p509.5
- 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. (2020a). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of affective disorders*, 278, 54-56. doi: 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. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004

- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2020b). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031. doi: 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*. doi: 0.33525/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. doi: 10.3389/fpsyt.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. doi: 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, 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.
- 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. doi: 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. doi: 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, 180-187). doi: 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. doi: 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. doi: 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*. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.05.012
- Miller, M. D., Stack, J., & Reynolds, C. F., 3rd (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: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 26(3), 350–357. doi: 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. Doi: 10.1002/pon.1523
- Oliveira, M. (2018). *Luto antecipatório em familiares de doentes oncológicos em cuidados paliativos: Estudo exploratório numa amostra portuguesa*. (Tese de mestrado não publicada). Instituto Universitário de Ciências da Saúde. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/2937>
- Pattison N. (2020). End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID19) pandemic. *Intensive & critical care nursing*, 58. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102862

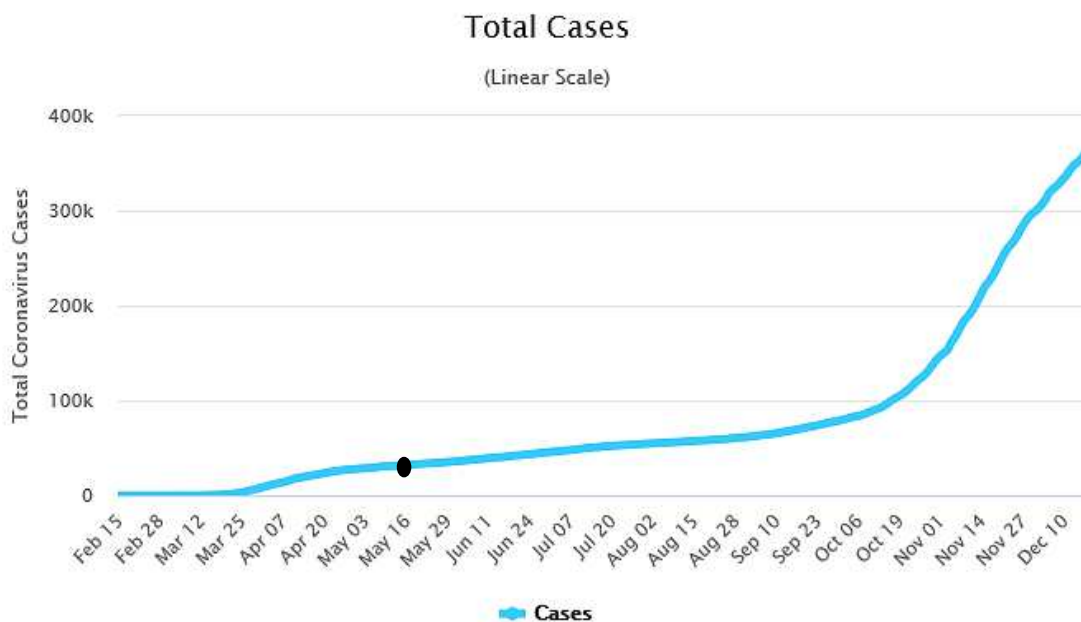
- Pestana, M. & Gajairo, J. (2008) *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*. 6ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo. doi: 978-972-618-498-0
- Pires, A. (2018). *Estatística para a Qualidade*. 1ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo. doi: 978-972-618-957-2
- Robles-Lessa, M. M., Cabral, 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.
- 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. doi: 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. doi: 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. doi: 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*. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.028
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental healthpractitioner*. springer publishing Company.

- 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. doi: 10.3390/ijerph17072381
- Zhai, Yusen & Du, Xue. (2020). Loss and Grief amidst COVID-19: A Path to Adaptation and Resilience. *Brain, Behavior, and Immunity*. doi: 10.1016 / j.bbi.2020.04.053

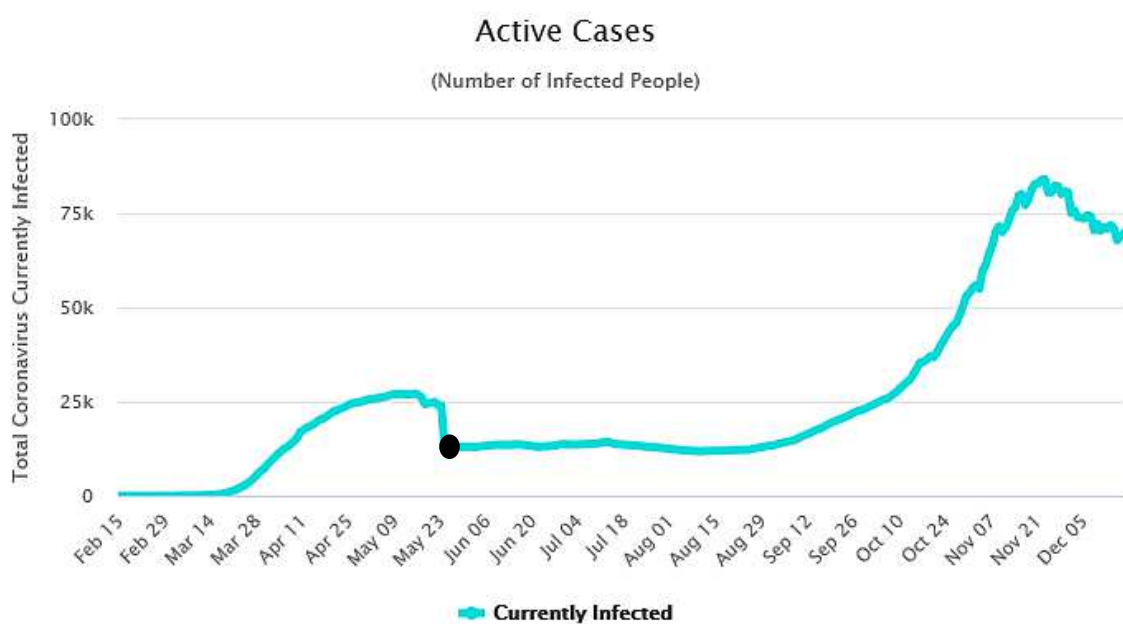
Anexos

Anexo A – Informação do Total de Casos de COVID-19 e de Casos Ativos em Portugal

Total de Casos de Coronavírus em Portugal



Casos Ativos em Portugal



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

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

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

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

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:

$$\begin{aligned}
 & \varepsilon < 0.05 \\
 \Leftrightarrow & z_{\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\frac{\hat{p}(1-\hat{p})}{n}} < 0.05 \\
 \Leftrightarrow & 1.960 \sqrt{\frac{0.317(1-0.317)}{n}} < 0.05 \\
 \Leftrightarrow & 1.960 \sqrt{\frac{0.216511}{n}} < 0.05 \\
 \Leftrightarrow & \sqrt{\frac{0.216511}{n}} < \frac{0.05}{1.960}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\Leftrightarrow \frac{0.216511}{n} &< \left(\frac{0.05}{1.960}\right)^2 \\ \Leftrightarrow n &> \frac{0.216511}{\left(\frac{0.05}{1.960}\right)^2} \\ \Leftrightarrow n > 332.7 &\Rightarrow n \geq 333\end{aligned}$$

Deste modo, caso a amostra contenha pelo menos 333 indivíduos, a margem de erro⁶ não deverá ser superior a 5%.

⁶ 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 C – Tabelas Correspondentes à Análise Efetuada no Antes e Após Pandemia.

Tabela 11. Diferenças nos Itens da IPGDS em Função dos Grupos Antes (n =213) e Após Pandemia (n= 63).

Itens (IPGDS Parte I)	Antes	Após	U	p – value
	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	136.53	145.15	62.90	.430

alegria e satisfação ou não tenho desejo de as sentir.				
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 12. 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	p – value
	Pandemia	Pandemia		
	Posto	Posto		
	Médio	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	129.33	136.49	5765.00	.380

comportamento mudou drasticamente e de forma 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.	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 D - 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 abandonar 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 E – 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?

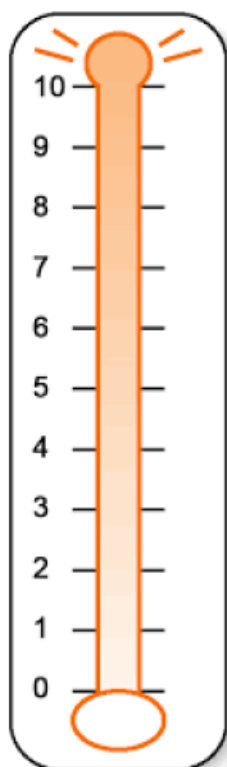
(Opções: Sente que há mais conflitos familiares/conjugais / Sente que o ambiente familiar está mais tenso / Ficou desempregado nesta fase / Está com mais trabalho do que o que tinha / Sente que não consegue pagar as suas despesas / Sente que futuramente irá ter dificuldades em pagar as suas despesas.

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., fotografias, memórias).	1	2	3	4	5
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 e/ou longo) do que outros na minha comunidade ou cultura.	1	2	3	4	5

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 pouco saudável (ex., consumo excessivo de álcool).	1	2	3	4	5
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 deseparado 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	1	2	3	4	5

futuro já não fazem sentido desde este acontecimento					
8. Estou perplexo com o que aconteceu	1	2	3	4	5
9. Desde este acontecimento, não sei para onde vou a seguir na minha vida	1	2	3	4	5
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-me sentir com menos propósitos	1	2	3	4	5
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)
1. Preocupo-me com a morte	1	2	3	4	5
2. Aflige-me pensar que posso morrer antes de fazer tudo o que queria	1	2	3	4	5
3. Preocupo-me quando penso que posso ficar gravemente doente, durante muito tempo, antes de morrer	1	2	3	4	5

4. Aflige-me pensar que os outros me podem ver sofrer antes de morrer	1	2	3	4	5
5. Preocupa-me a ideia de as pessoas mais chegadas a mim não estarem presentes na hora da minha morte	1	2	3	4	5
6. Aflige-me o pensamento de perder a razão (de enlouquecer) antes de morrer	1	2	3	4	5
7. 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
8. Fico perturbado ao pensar que, com a morte, vou deixar aqueles que amo	1	2	3	4	5

9.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
10.Preocupa-me pensar que com a morte posso desaparecer para sempre	1	2	3	4	5
11.Preocupa-me não saber o que me espera depois da morte	1	2	3	4	5