

O Luto Complicado e suas comorbilidades: Do diagnóstico às particularidades dos enlutados

Ana Rita Da Cruz Gonçalves

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

Gandra, Março de 2021

Impacto da Situação Pandémica na Experiência do Luto

Ana Rita da Cruz Gonçalves

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

Gandra, Março de 2021

Ana Rita da Cruz Gonçalves

Número de aluna: 24001

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

O Luto Complicado e suas comorbilidades: Do diagnóstico às particularidades dos enlutados e Impacto da Situação Pandémica na Experiência do Luto

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

Gandra, Março de 2021

Declaração de Integridade

Eu, acima identificado, 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

Ao longo de todo o meu percurso académico surgiram vários momentos, alguns melhores do que outros, momentos felizes mas também momentos de dúvidas e de algumas dificuldades e é nestes vários momentos que se realçam as pessoas que nos ensinam, que nos dão apoio e que acreditam em nós. Assim, quero agradecer a quem fez parte deste percurso, nomeadamente:

À Professora Doutora Joana Soares pela sua disponibilidade e esclarecimentos de dúvidas que se revelaram muito importantes.

Ao Professor Doutor José Carlos Rocha pela disponibilidade e ajuda prestada.

Ao centro Hospitalar do Tâmega e Sousa pela oportunidade de realização do estágio que se revelou uma experiência muito positiva e enriquecedora.

Muito obrigada a todos aqueles que se demonstraram disponíveis, compreensíveis e que acreditaram que este momento seria possível! Aqueles que estiveram sempre presentes e que demonstraram apoio e compreensão nesta etapa.

Obrigada por tudo! Um profundo agradecimento a todos.

Índice Geral

Manuscrito I - O Luto Complicado e suas comorbidades: Do diagnóstico às particularidades dos enlutados	7
Manuscrito II - Impacto da Situação Pandémica na Experiência do Luto	50

Manuscrito I- O Luto Complicado e suas comorbilidades: Do diagnóstico às particularidades dos enlutados

Ana Rita Gonçalves¹, José Carlos Rocha^{1,2}, Noémia Carvalho³, Joana Soares^{1,2}

¹ Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Gandra, Portugal

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

³ Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Resumo

Introdução: O luto é definido como um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais que surgem como resposta a uma perda de alguém significativo. Os indivíduos que sofrem um luto apresentam maiores riscos a nível da saúde física e mental. No entanto, cada indivíduo vive de forma diferente o seu luto e há muitos determinantes que influenciam a forma como o luto é vivido e ultrapassado.

Método: A amostra deste estudo é constituída por 127 participantes, pacientes a frequentar o serviço de psiquiatria e psicologia de diferentes hospitais. Encaminhados para receber um apoio especializado na área do luto. Foi aplicado um protocolo de avaliação constituído pelos seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico e clínico, Inventário de Luto Complicado (ICG), Center for epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Questionário de Trauma (ICD-11), a Escala de Culpabilidade no Luto (ECL) e Escala de Crescimento Pós Perda (ECPD).

Resultados/ Conclusão: Através da análise dos resultados verificou-se a presença de elevados sintomas de depressão e de trauma associados a um processo de luto complicado. Variáveis como a causa de morte, o grau de parentesco e o tempo decorrido desde a morte apresentam influência nos valores de luto complicado, no entanto, essa influência não tem um significado estatístico. Para além disso, concluiu-se que os valores de luto complicado são mais elevados nas perdas de indivíduos jovens e na perda de idosos e que existe uma correlação negativa entre os níveis de luto complicado e a idade da pessoa enlutada, o que significa que quanto mais idade tem a pessoa enlutada mais baixo é o valor de luto complicado.

Palavras-chave: Perfil de enlutados, sintomatologia depressiva, traumática e de luto complicado.

Abstract

Introduction: Grief is defined as a set of emotional, physical, behavioral and social reactions that arise as the loss of someone significant. The risks that protect a bereavement present greater risks in terms of physical and mental health. However, each individual lives differently from their grief and there are many determinants that influence how grief is experienced and overcome.

Method: The sample of this study is found by 127 participants, patients attending the psychiatry and psychology service of different hospitals. Forwarded to receive specialized support in the area of mourning. An evaluation protocol consisting of the following instruments was written: sociodemographic and clinical questionnaire, Complicated Grief Inventory (ICG), Depression Scale of the Center for Epidemiological Studies (CES-D), Trauma Questionnaire (CID-11), the Mourning Guilt (ECL) and Post Loss Growth Scale (ECPG).

Results / Conclusion: Through the analysis of the results it was verified the presence of high symptoms of depression and trauma associated with a complicated grieving process. Variables such as the cause of death, the degree of kinship and the time elapsed since death offer complicated grief values, however, this influence has no statistical significance. Furthermore, it is concluded that the values of complicated grief are higher in the loss of young people and in the loss of the elderly and that there is a negative correlation between the levels of complicated grief and the age of the bereaved person, which means that the lower the bereaved person's age is the complicated grief amount.

Keywords: Profile of bereaved, depressive, traumatic and complicated grief symptoms.

Siglas

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

ECL – Escala de Culpabilidade no Luto

ECPP - Escala de Crescimento Pós- Perda

ICD-11- Questionário de Trauma

ICG - Inventário de Luto Complicado

PSPT – Perturbação Stress Pós-Traumático

PSTP-C- Perturbação Stress Pós-Traumático Complexo

Abreviaturas

et al – entre outros

Índice

1. Introdução.....	9
2. Objetivo e hipóteses de estudo.....	12
3. Método.....	13
3.1.Amostra.....	13
3.2.Instrumentos.....	15
3.2.1. Inventário de Luto Complicado (ICG)	
3.2.2. CES-D (Center for Center for epidemiologic Studies Depression Scale)	
3.2.3. ICD-11 (Questionário de Trauma)	
3.2.4. Escala de Culpabilidade no Luto (ECL)	
3.2.5. Escala de Crescimento Pós Perda (ECP)	
3.3.Procedimentos.....	17
4. Resultados.....	18
4.1.Caracterização dos participantes.....	18
4.2.Análise dos testes não-paramétricos (teste <i>U</i> Mann-Whitney).....	19
4.3.Análise de variância (ANOVA).....	20
4.4.Correlação linear de Pearson.....	23
5. Discussão de resultados/ Conclusão.....	26
6. Referências Bibliográficas.....	31
7. Anexos.....	35

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes.....	14
Tabela 2. Distribuição dos valores dos diferentes instrumentos nos pacientes com luto complicado.....	20
Tabela 3. Relação causa da morte e Luto Complicado.....	21
Tabela 4. Relação grau de parentesco e luto complicado.....	22
Tabela 5. Testes de <i>Post-hoc</i> -Comparações múltiplas (grau de parentesco)	22
Tabela 6. Relação do tempo decorrido desde a morte e o luto complicado.....	23
Tabela 7. Análise das correlações entre ICG com a idade do enlutado e a idade do falecido.....	25
Tabela 8. Testes de <i>Post-hoc</i> -Comparações múltiplas entre as idades dos falecidos	25

Capítulo I. Introdução

O luto tem sido considerado um processo de reação à perda e constitui-se como um processo universal pois todos vivemos perdas ao longo da vida, mas também como um processo pessoal e único pois cada indivíduo vive de forma diferente o seu luto (Silva, 2013; Ramos, 2016)

No processo de luto normal, os enlutados vivem frequentemente um período de elevado stress, sentimentos de culpa, angústia, tristeza e solidão. No entanto, quando estes sentimentos se intensificam, se tornam mais complexos e se prolongam por um período igual ou superior a 6 meses podemos estar perante um caso de luto complicado. O luto complicado tem como principais sintomas um estado de ansiedade e preocupação intensa com o falecido, angústia reativa, sentimento de atordoamento ou choque com a perda, evitamento de tarefas que lembrem a pessoa falecida, entorpecimento emocional e rutura social / identidade, por exemplo, sentir-se desapegado ou ter dificuldade em confiar nas outras pessoas (Prigerson et al, 2009; Keeley et al., 2016).

Assim sendo, o sofrimento daqueles que vivenciam um luto complicado pode tornar-se avassalador e na maioria das vezes estão presentes sintomas elevados de depressão, de trauma e de culpabilidade (Gomes & Gonçalves, 2015; Menezes & Borsa, 2020). No entanto, todos estes sintomas e os vários distúrbios que estão associados ao luto complicado como por exemplo a depressão major e perturbação de stress pós-traumático (PSPT) têm um impacto ainda maior em doentes psiquiátricos. (Jordan & Litz, 2014).

Piper et al. (2001) avaliaram 235 utentes a frequentar a consulta de psiquiatria com história de perdas e observaram uma prevalência de 60% de luto complicado. Para além disso, esses mesmos autores compararam a presença de sintomatologia depressiva, ansiedade e stress entre os pacientes com e sem luto complicado, tendo concluído que pacientes com luto complicado apresentavam níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stress, do que pacientes sem luto complicado.

Considerando por um lado a individualidade de cada um, acrescendo às circunstâncias em que ocorrem as perdas, as vivências podem ser mais ou menos difíceis, concorrendo de forma determinante para o aumento ou diminuição da sintomatologia traumática, depressiva e de luto complicado. Desta forma, para que se possa realizar uma intervenção o mais adequada possível é importante considerar e avaliar a presença de vários fatores (Marques, 2015). Dentro dos últimos destacam-se o grau de parentesco, o género, o tipo de morte, a idade em que ocorre,

entre outros fatores que indubitavelmente influenciam a forma de experienciar a tristeza e o processo de luto (Zwielewski, & Sant'Ana, 2016).

Estudos apontam que pais e cônjuges tendem a sentir mais sofrimento do que outros familiares (Silva, Costa, & Martins, 2019; Santo, 2017; Costa, 2018). Desta forma, o luto complicado tem uma prevalência de aproximadamente 10 a 20% após a morte de um cônjuge e uma prevalência ainda maior entre os pais que perderam filhos (Silva, 2010; Shear, 2015).

Por outro lado, as mulheres tendem a sentir mais a perda do que os homens e parece ser mais aceitável a morte de uma pessoa mais idosa comparando com a morte de crianças e adolescentes, pois estas são mais perturbantes e costumam tornar a perda mais difícil (Mendes, 2018).

Outro fator significativo no que diz respeito à vivência do luto refere-se à forma como a morte ocorreu. As mortes esperadas por causa natural são aquelas decorrentes de doenças cujo paciente e/ou familiares sabiam da sua existência e do risco de morte. Neste contexto de mortes, os familiares apresentam reações de luto mas tendem a conformarem-se mais rapidamente (Moura, 2006; Marques, 2015).

As mortes inesperadas e/ou acidentais apresentam um fator complicador uma vez que acontecem sem sinais prévios e o choque ao receber a notícia tende a ser maior podendo ocorrer um impacto diferente no processo de luto. Nesta especificidade de mortes incluem-se homicídios, enfartes, AVC's, acidentes rodoviários, entre outros. As mortes repentinas e/ou inesperadas, mortes violentas e que envolvem ação humana representam um risco especial para a saúde mental do enlutado (Fukumitsu, 2018; Busa, Silva & Rocha, 2019; Menezes & Borsa, 2020).

No que diz respeito a mortes por suicídio, a incompreensão instala-se e o enlutado procura incessantemente entender as razões do ente querido para cometer tal ato e neste contexto surgem sentimentos de culpa e de raiva intensa. A dificuldade de aceitação da morte é elevada e exige dos sobreviventes a mobilização de bastante energia para elaborar o luto. As reações apresentadas pelos enlutados por suicídio costumam ser as mesmas apresentadas por outros motivos de morte mas com uma diferença: são mais extremas e de longa duração (Rocha & Lima, 2019).

Assim sendo, são vários os fatores que sublinham a importância da necessidade de circunscrever critérios objetivos de níveis de luto de gravidade diferente, para pensar de seguida numa intervenção adequada de forma a evitar a cronicidade destes casos que podem constituir

problemas sérios para o sistema nacional de saúde, risco de suicídio, agravamento da saúde física e baixa produtividade laboral (Marques, 2015; Gomes & Gonçalves, 2015).

Neste contexto, quanto melhor conhecermos o perfil e as características dos enlutados melhor vamos conseguir adequar as necessidades dos mesmos às intervenções psicoterapêuticas disponíveis no sentido de fomentar melhorias e evitar quadros psicopatológicos graves ou outros problemas tais como: improdutividade laboral, disfuncionalidade social e inter-relacional e a probabilidade de virem a adoecer de outras doenças associadas.

Devido a toda a complexidade e a todo o sofrimento que um processo de luto acarreta para a vida de um enlutado inclusive o risco de provocar doenças variadas e clinicamente importantes e constituindo o luto uma reação à privação e à perda, a dificuldade de envolvimento e integração social no decurso do luto pode representar um obstáculo ao curso do desenvolvimento saudável do processo.

Desta forma, é crucial que exista um diagnóstico adequado das diferentes situações para que possam ser pensadas formas eficazes e diferenciadas de intervenção, como por exemplo as abordagens em grupo (Näppä, Lundgren, & Axelsson, 2016).

Capítulo II. Objetivos e hipóteses de estudo

Este estudo tem como principal objetivo de investigação:

Caracterizar os enlutados ao nível das suas características sociodemográficas, clínicas, sintomatologia depressiva, traumática e de luto complicado, que chegam ao Sistema Nacional de Saúde de diversas formas para receber um apoio diferenciado e especializado em contexto de uma perda importante nas suas vidas. Só essa caracterização poderá facilitar um conjunto de medidas preventivas e interventivas para minorar os danos já existentes.

Para alcançar o objetivo descrito propõe-se um estudo descritivo e correlacional. Desta forma, as hipóteses de estudo são as seguintes:

H1: A distribuição dos valores do ICD, do CES-D e da ECPP é significativamente mais elevada nos indivíduos com critérios para luto complicado.

H2: A causa de morte influencia os valores de luto complicado;

H3: O grau de parentesco influencia os valores de luto complicado;

H4: O tempo decorrido desde a morte influencia os valores de luto complicado;

H5: A idade da pessoa falecida e a idade do enlutado influenciam os valores de luto complicado.

Capítulo III. Método

3.1. Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 127 participantes, pacientes seguidos em vários hospitais como o Centro Hospitalar Universitário de S.João do Porto e Hospital Padre Américo-Penafiel, que estavam a ser seguidos no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental e que foram encaminhados para um apoio especializado na área do luto complicado, segundo diferentes critérios de inclusão: todos os participantes sofreram uma perda por morte e apresentam sintomatologia compatível com os critérios de luto complicado; são adultos em processo de luto por morte no período igual ou superior a 6 meses; participantes do sexo feminino e masculino e com capacidade cognitiva.

As idades dos participantes são compreendidas entre os 18 e os 75 anos. Como podemos verificar na tabela 1, a média total das idades é de 50.19 (DP= 11.14). Dos 127 participantes, 113 são do sexo feminino e 14 do sexo masculino. A maioria dos participantes tem a 4ª classe de escolaridade (n=55), seguindo-se do 6ºano (n= 26) e do 12ºano (n=20).

Em relação ao grau de parentesco com a pessoa falecida, 47 participantes perderam o pai/mãe, 34 participantes perderam o marido/esposa, outros 34 sofreram a perda de um filho, 2 perderam o avô/avó e os restantes 9 participantes sofreram outra perda.

No que diz respeito ao tempo decorrido desde o falecimento, 47 participantes sofreram a perda há mais de 3 anos, 34 participantes entre 1 a 2 anos, 29 dos participantes perderam o ente querido há menos de 1 ano e 15 participantes entre 2 a 3 anos.

No que concerne à causa da morte, a maioria perdeu os seus entes queridos devido a uma doença (n=62), seguindo-se a morte súbita (n=27) e os acidentes (n=16) como causa da morte. 7 participantes perderam o seu familiar devido a suicídio. A média das idades das pessoas falecidas é de 51.28 (DP=22.67).

Tabela 1.

Características sociodemográficas dos participantes

Características	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Género				
Feminino	113	89		
Masculino	14	11		
Idade			50.19	11.14
Escolaridade				
4ª classe	55	43.3		
6º ano	26	20.5		
9º ano	16	12.6		
12º ano	20	15.7		
Licenciatura	3	2.4		
Mestrado	5	3.9		
Grau de parentesco				
Pai/mãe	47	37		
Marido/Esposa	34	26.8		
Filho	34	26.8		
Avó/Avô	2	1.6		
Outro	9	7.1		
Causa da morte				
Doença	62	48.8		
Morte súbita	27	21.3		
Acidente	16	12.6		
Suicídio	7	5.5		
Outra	15	11.8		
Tempo decorrido desde a morte				
Menos de 1 ano	29	22.8		
1 a 2 anos	34	26.8		

2 a 3 anos	15	11.8
Mais de 3 anos	47	37
<hr/>		
Idade do falecido		
	51.28	22.67
<hr/>		

3.2. Instrumentos

O protocolo de avaliação desenvolvido no âmbito deste trabalho de investigação é constituído por um consentimento informado que explica como e para que fim serão utilizados os dados recolhidos e no qual o participante aceita participar; um Questionário sociodemográfico e uma Entrevista Clínica com o objetivo de obter alguns dados sociodemográficos, pessoais e clínicos dos participantes relevantes para a investigação como por exemplo, a idade, o género, o grau de parentesco da pessoa perdida, a causa da morte, o tempo decorrido desde a morte, etc. Para além disso, foram ainda utilizados os seguintes instrumentos: 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), e a Escala de Culpabilidade no Luto (ECL).

3.2.1. Inventory of Complicated Grief (ICG)

O ICG avalia a sintomatologia de luto complicado e tem como objetivo determinar a presença de sintomas significativos ao nível do luto, permitindo a diferenciação entre luto não complicado e complicado. O ponto de corte do ICG é de 30, ou seja, é a partir deste valor que se considera luto complicado (ICG total \geq 30). É constituído por 19 itens, numa escala tipo Likert (1-5) (1= “nunca”; 2= “raramente”; 3= “ocasionalmente”; 4= “regularmente”; 5= “sempre”) (Guedes, 2020). Possui boas características psicométricas ao nível da fidelidade (Alfa de Cronbach =.91) e evidencia uma estrutura multidimensional, com cinco fatores: o primeiro apresenta dificuldades traumáticas, o segundo refere-se às dificuldades de separação, o terceiro corresponde à dimensão de negação, o quarto é referente à dimensão psicótica e o quinto fator sugere a dimensão depressiva (Frade, 2010).

3.2.2. Center for epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

A CES-D é uma medida de autorrelato para avaliação da depressão (Seeley, Lewinsohn, Roberts & Allen, 1997). É adequada a diferentes subgrupos da população e revela uma estrutura de quatro fatores oblíquos: afetos positivos, depressão, aspetos

somáticos/atividade reduzida e problemas interpessoais (Filho e Teixeira, 2011). É composta por 20 itens que representam características da sintomatologia depressiva e que 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 (Gonçalves & Fagulha, 2004).

3.2.3. 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, que vai desde "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. De acordo com o estudo de Rocha, et al. (2020), o ICD apresenta boas características psicométricas evidenciando valores de consistência interna relevantes (alfa de Cronbach = .83) para a subescala PSPT, bem como para a subescala PSTP-C (alfa de Cronbach = .88) (Rocha et al., 2020).

3.2.4. Escala de Culpabilidade no Luto

A ECL é uma escala que avalia a experiência de culpa no luto. É constituída por 14 itens, medidos 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, Stroebe, Chan & Chow, 2015).

3.2.5. Escala de Crescimento Pós Perda (ECPP)

A ECPP visa avaliar o crescimento pós-perda, face aos potenciais ganhos desenvolvimentais após uma perda significativa. É constituída 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”). Os itens representam diversas dimensões do potencial impacto positivo decorrente de uma perda, desde os processos de aceitação das emoções até à definição de projetos de vida, enfatizando aspetos de criação de significado e de comunicação.

A média total da Escala de Crescimento Pós-perda é 131,1 com desvio padrão de 35,7. Quanto à fidelidade, o alfa de Cronbach é de 0,965 (Rocha et al.,2018).

3.3.Procedimentos

O procedimento deste estudo iniciou-se com a criação do protocolo de avaliação construído tendo em conta os objetivos a alcançar. Seguidamente de forma a obter a autorização formal para a realização desta investigação foram iniciadas as formalidades necessárias, nomeadamente as autorizações dos Centros Hospitalares onde foi recolhida a amostra.

Após as aprovações necessárias nomeadamente do Conselho de Ética dos Centros hospitalares, foi iniciada a recolha dos dados dos pacientes que participaram nas intervenções em grupo, ou seja, os pacientes que satisfaziam os critérios de inclusão foram convidados a participar nesta investigação através do preenchimento de um documento, criado para o efeito, termo de consentimento informado, no qual constavam informações sobre os objetivos do estudo.

Todos os participantes aceitaram responder ao protocolo e foram informados dos objetivos da recolha dos dados. Após todos os protocolos recolhidos procedeu-se à respetiva análise das respostas dos paciente e foi criada uma base de dados utilizando o programa SPSS versão 25. Seguidamente todos os dados foram inseridos no programa SPSS para análise estatística e de seguida foram analisados todos os resultados relevantes para este estudo.

Capítulo IV. Resultados

A análise estatística dos dados obtidos foi realizada no sentido de alcançar o objetivo definido e com recurso a diversos métodos estatísticos.

Inicialmente foi realizada uma caracterização dos participantes no que concerne ao facto de apresentarem ou não critérios para luto complicado e em relação às diferenças de género.

De seguida foi utilizado o teste *U* Mann-Whitney para verificar a distribuição dos valores dos diferentes instrumentos utilizados nos pacientes com critérios para luto complicado.

Para além disso, foi realizada uma Análise de Variância (ANOVA) de forma a verificar se diferentes variáveis como a causa de morte, o grau de parentesco ou o tempo decorrido desde a morte vai ter influência nos níveis de luto complicado.

Por fim, foram realizadas duas correlações (Correlação linear de Pearson): Correlação entre a idade do enlutado e os valores de luto complicado e Correlação entre a idade do falecido e os valores de luto complicado, com o objetivo de verificar se as idades têm influência nos valores de luto complicado.

4.1. Caracterização dos participantes

Através da análise efetuada tendo em conta o ponto de corte do instrumento utilizado para avaliar a presença de luto complicado (ICG total ≥ 30), foi possível verificar que 114 participantes ($n_1 = 127$), apresentam critérios para luto complicado com uma média de 45.61 (DP= 12.44), o que representa 89.8% da amostra.

No que concerne à amostra referente aos indivíduos que apresentam luto complicado, foi possível concluir que esta é maioritariamente constituída por mulheres ($n=102$).

O facto da amostra referente ser composta na sua maioria por mulheres, sugere que existem mais mulheres que de facto procuram ajuda diferenciada e, por isso, é plausível concluir que esta diferença não demonstra relação com o desenvolvimento da perturbação de luto complicado entre os géneros.

4.2. Análise dos testes não-paramétricos (teste *U* Mann-Whitney)

O teste de Mann-Whitney é um teste não-paramétrico e o único pressuposto exigido para a aplicação deste teste é que as duas amostras sejam independentes e aleatórias e que as variáveis sejam numéricas ou ordinais (Pestana & Gageiro, 2008).

Desta forma, procedeu-se à análise do teste *U* Mann-Whitney de forma a verificar os níveis de significância da distribuição dos valores dos diferentes instrumentos no grupo dos pacientes que apresentaram critérios para luto complicado ($n=114$). Os valores de *U* e os respetivos níveis de significância encontram-se mencionados na tabela 2.

No que diz respeito à distribuição do **ICD Total** verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas ($u=364,50$; $p=.001$), isto é, a distribuição dos valores do ICD Total é mais elevada no grupo de indivíduos com critérios para luto complicado. Desta forma, é plausível concluir que os indivíduos a passar por um luto complicado apresentam valores de trauma mais elevados do que os indivíduos sem luto complicado.

Em relação à distribuição dos valores da **CES-D total**, verificou-se que também existem diferenças estatisticamente significativas na distribuição dos seus valores ($u=815,00$; $p=.000$). Assim sendo, quando comparamos os valores da CES-D Total entre os indivíduos com luto complicado e sem luto complicado, verificamos que estes são mais elevados nos indivíduos com critérios para luto complicado. Desta forma, conclui-se que os indivíduos identificados com luto complicado apresentam sintomatologia depressiva mais elevada.

Por fim, no que diz respeito à distribuição dos valores da **ECPP total** na categoria dos pacientes com luto complicado verificou-se que não há diferenças estatisticamente significativas neste instrumento ($u= 1,000$; $p=.444$), ou seja, os valores de crescimento pós-perda não é mais elevado nos indivíduos com critérios para luto complicado.

Desta forma e tendo em conta os resultados acima descritos, rejeita-se a H1: A distribuição dos valores do ICD, do CES-D e da ECPP é significativamente mais elevada nos indivíduos com critérios para luto complicado.

Tabela 2:

Distribuição dos valores dos diferentes instrumentos nos pacientes com luto complicado

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>p-value</i>
ICD Total	C/ Luto Complicado	15,7	6,0	364,50	.001
	S/ Luto Complicado	4,8	2,9		
CES-D Total	C/ Luto Complicado	29,9	10,0	815,00	.000
	S/ Luto Complicado	16,4	4,9		
ECPP Total	C/ Luto Complicado	107,4	36,9	1,000	.444
	S/ Luto Complicado	167,0	.		

4.3. Análise de variância (ANOVA)

A Análise de Variância ou ANOVA é um procedimento usado para comparar a distribuição de três ou mais grupos em amostras independentes. Este procedimento analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. É uma extensão do teste *t* de Student usado na comparação de duas médias, pois a ANOVA permite comparar duas ou mais médias.

No teste *t* de Student a variável exógena é dicotômica, enquanto na ANOVA tem de ser apenas qualitativa, com duas ou mais categorias. Quando se analisa a igualdade de duas ou mais

médias, recorre-se aos testes *Post-hoc*, à análise da tendência ou às comparações planeadas de forma a saber quais as médias que se diferenciam entre si.

O teste ANOVA embora compare médias em dois ou mais grupos, designa-se por análise de variância devido à expressão da estatística utilizada para testar H_0 ser dado por um quociente que inclui duas variações: uma entre os grupos e outra dentro dos grupos (Pestana & Gageiro, 2008).

Para este estudo, recorrendo à análise no SPSS através do teste ANOVA o objetivo foi verificar se as diferentes variáveis em estudo como a causa da morte, o grau de parentesco com a pessoa falecida, a idade do enlutado, o tempo decorrido desde a morte e a idade do falecido influenciam os valores de luto complicado.

Relação 1: Causa da morte e Luto Complicado

Foi possível verificar que não existem diferenças significativas nos valores de ICG ($p=.981$) nas diferentes causas de morte (tabela 3). Assim, é plausível concluir que a causa de morte não interfere nos valores de luto complicado e, por isso, rejeitamos a hipótese inferida (H_2 : A causa de morte influencia os valores de luto complicado).

Tabela 3

Relação causa da morte e Luto Complicado

Causa	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Suicídio	6	43.33	13.76
Doença	54	45.31	13.80
Morte súbita	26	46.15	11.43
Acidente	14	46.86	12.04
Outra	14	45.43	9.67

Nota: ANOVA valores de $Z=.103$ e $p=.981$

Relação 2: Grau de parentesco com a pessoa falecida e Luto complicado

Através da análise realizada, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p = .132$) entre os valores do luto complicado e os diferentes graus de parentesco (tabela 4).

No entanto, recorrendo ao teste de *Post-Hoc* e realizando uma comparação múltipla entre as médias do ICG e os diferentes graus de parentesco nota-se que existem diferenças embora estas não sejam significativas. Assim sendo, comparando a média de luto complicado entre a perda de um filho e a perda de um avô/ó verifica-se que os valores de ICG são mais elevados na perda de um filho, e ainda comparando a perda de um pai/mãe com a de um avô/ó, verifica-se que existem diferenças nos valores de luto complicado sendo estes mais elevados na perda de um pai/mãe, no entanto estes valores não têm um significado estatístico (tabela 5) e, desta forma, rejeitamos a H3: O grau de parentesco influencia os valores de luto complicado.

Tabela 4

Relação grau de parentesco e luto complicado

Grau de parentesco	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Avó/ó	2	27.50	21.92
Marido/Esposa	32	42.97	13.47
Filho	31	46.55	10.60
Pai/Mãe	43	47.65	11.75
Outro	6	46.17	14.88

Nota: ANOVA valores de $Z=1.809$ e $p=.132$

Tabela 5:

Testes de Post-hoc-Comparações múltiplas (grau de parentesco)

(I) Grau de parentesco	(J) Grau de parentesco	Diferença média (I-J)	<i>p-value</i>
Filho	Avó/ó	19.05	.215
Pai/Mãe	Avó/ó	20.15	.162

Relação 3: Tempo decorrido desde a morte e luto complicado

Foi possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias do ICG e o tempo decorrido desde a morte ($p=.450$) (tabela 6).

No entanto, observando os valores das médias dos níveis de luto complicado é possível verificar que os valores de ICG são mais elevados nas perdas que aconteceram entre 2 a 3 anos ($M= 49.86$; $DP= 11.15$) e nas perdas há mais de 3 anos ($M=46.00$; $DP= 13.89$), ou seja, é plausível dizer que quanto mais tempo passa maior o sofrimento dos enlutados. Apesar disso, estas diferenças não são estatisticamente significativas e, por isso, rejeitamos a H4: O tempo decorrido desde a morte influencia os valores de luto complicado.

Tabela 6

Relação do tempo decorrido desde a morte e o luto complicado

Tempo decorrido desde a morte	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Menos de 1 ano	27	43.22	11.64
1 a 2 anos	27	45.33	11.45
2 a 3 anos	14	49.86	11.15
Mais de 3 anos	44	46.00	13.89

Nota: ANOVA valores de $Z=.887$ e $p=.450$

4.4. Correlação linear de Pearson

A regressão é um modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente) a partir de uma ou mais variáveis relevantes (variáveis independentes). Quando existe apenas uma variável independente, o modelo designa-se por regressão linear simples, quando existe mais do que uma o modelo designa-se por regressão linear múltipla (Pestana & Gageiro, 2008).

A medida padronizada da correlação entre variáveis designa-se de coeficiente de correlação linear ou coeficiente de correlação de Pearson (r). O coeficiente de correlação linear serve para medir a força de uma relação entre as duas variáveis na hipótese de que se relacionem linearmente, é calculado de tal forma que apenas toma valores entre -1 e 1 (Pestana & Gageiro, 2008).

Um valor para o coeficiente de correlação de 1 significa que todas as variáveis estão perfeitamente correlacionadas (se uma aumenta, a outra aumenta proporcionalmente). Um valor de -1 significa que as duas variáveis estão perfeitamente relacionadas mas que à medida que uma aumenta a outra diminui em valor proporcional. Já um valor de zero significa que as variáveis não estão correlacionadas linearmente (Pestana & Gageiro, 2008).

Assim sendo, com base na correlação da variável da idade do enlutado com o valor de ICG verificou-se uma correlação negativa entre ambas, o que quer dizer que quanto mais idade tem a pessoa enlutada mais baixo é o valor de luto complicado ($r = -.142$; $p=.134$).

Por outro lado, verificou-se uma correlação muito próxima de zero entre a idade do falecido e o valor de ICG ($r=.041$; $p=.672$), o que significa a ausência de relacionamento linear entre essas duas variáveis (tabela 7).

No entanto, através dos testes *Post-hoc*, procedeu-se à realização de comparações múltiplas entre as idades das pessoas falecidas de forma a verificar em qual dos grupos: jovens, adultos ou idosos existe um maior sofrimento quando há uma perda (tabela 8). Assim sendo, através das comparações realizadas entre as idades das pessoas falecidas foi possível verificar que os valores de luto complicado são mais elevados nas perdas de indivíduos jovens e na perda de idosos. ($p=.991$).

Esta conclusão vem justificar a ausência de um relacionamento linear entre a idade da pessoa falecida e o valor de luto complicado. Assim sendo, tendo em conta estes resultados, não se rejeita H5: A idade da pessoa falecida e a idade do enlutado influenciam os valores de luto complicado.

Tabela 7

Análise das correlações entre ICG com a idade do enlutado e a idade do falecido

Variáveis		Idade do enlutado	Idade do falecido
ICG	Pearson's r	-.142	.041
	p-value	.134	.672

Tabela 8

Testes de Post-hoc-Comparações múltiplas entre as idades dos falecidos

Idade do falecido	Idade do falecido	Diferença média	<i>p</i>-value
Jovens ($M=46,4$)	Idosos ($M=46,9$)	-,544	.991
Jovens ($M=46,4$)	Adultos ($M=40,7$)	5,78	.513
Adultos ($M=40,7$)	Idosos ($M=46,9$)	-6,32	.199

Capítulo V. Discussão de resultados/Conclusão

A importância e o peso que determinados fatores associados ao luto representam para a fase que se segue à perda e porque se percebe que da especificidade de cada um destes podem resultar diferentes estratégias de resolução do luto antevendo diferentes necessidades de intervenção.

O objetivo deste estudo foi realizar uma caracterização dos pacientes enlutados com comorbidade psiquiátrica a frequentar o Serviço de Psiquiatria e Psicologia e que foram encaminhados para uma intervenção especializada na área do luto. Com esta caracterização foi pretendido perceber se certas variáveis como a causa da morte, o grau de parentesco, o tempo decorrido desde morte, o sexo do enlutado, a idade, influenciam os níveis de luto complicado, ou seja, se há mais ou menos sofrimento perante certas idiosincrasias na vivência do luto.

O conhecimento sobre a vulnerabilidade ao luto complicado pode fornecer oportunidades para direcionar cuidados e recursos de forma apropriada. Na literatura encontramos inúmeros fatores que são considerados úteis na identificação de quem está em risco de luto complicado. É dada muita atenção às características do enlutado, como a idade, o sexo, a doença do falecido, as características dos cuidados de fim de vida, a natureza da morte do paciente e o momento em que ocorreu (Bruinsma et al., 2015).

Assim sendo, compreendemos que a forma como cada um vive o processo de luto varia de pessoa para pessoa de acordo com um conjunto de fatores, entre os quais circunstanciais, pessoais e relacionais, que vão ser decisivos na elaboração do processo de luto em si, na sua intensidade e na sua duração (Worden, 2009).

No que concerne às diferenças entre géneros, com base nos resultados obtidos neste estudo foi possível verificar que o número de homens que procuram ou que são encaminhados para este tipo de intervenções é muito baixo comparando com o número de mulheres. Uma explicação possível para esta diferença poderá estar relacionada com o papel dos homens e das mulheres na sociedade, devido à existência de preconceitos, a diferenças nos papéis sociais de género, com as características mais instrumentais, como a racionalidade, associadas aos homens e as mais expressivas, como a sensibilidade, atribuídas às mulheres (Ramires e Camargo, 2016).

Para além disso, há ainda a considerar o facto de os homens percecionarem como um dever o prestar apoio às pessoas próximas, preferindo não demonstrar e não sobrecarregar os outros com o seu próprio sofrimento. Assim sendo, os homens tendem a não falar sobre o seus

sentimentos, a não demonstrar tristeza, a não fazer o luto, e isso pode fazer com que se manifeste noutra forma de sintomatologia ou que se manifeste mais tarde (Ramires e Camargo, 2016).

Desta forma, é importante salientar que os homens também apresentam sofrimento nos casos de luto complicado, e, por isso, seria importante entender o motivo da discrepância entre homens e mulheres nas intervenções no luto, especificamente se realmente é o sexo masculino que não procura apoio ou se o próprio sistema de saúde e os instrumentos de avaliação não são tão direcionados para esta população alvo (Rebelo, 2004; Ramires e Camargo, 2016).

Em relação à caracterização da sintomatologia depressiva, traumática e de luto complicado, foi possível verificar na amostra deste estudo a existência de sintomas elevados de depressão e de trauma associados a uma perda que despoletou um luto complicado (Douglas & Douglas, 2009; Wang, et al., 2020).

Para além disso, a partir da análise efetuada foi possível verificar que a distribuição dos valores de depressão e de trauma no grupo de pessoas com critérios para luto complicado é significativamente mais elevado do que no grupo de indivíduos sem luto complicado. Desta forma, os resultados obtidos neste estudo parecem ir de acordo com a revisão de literatura pois estudos referem que o processo de luto aumenta o risco de problemas de saúde mental, como sintomas depressivos, episódios depressivos major, transtornos de ansiedade e sintomas traumáticos (Prigerson et al., 1995; Jordan & Litz, 2014; Gomes & Gonçalves, 2015).

Os dados obtidos no estudo, sugerem que a causa de morte não influencia os níveis de luto complicado e, por isso, o sofrimento dos enlutados não depende da forma como a morte ocorreu. No entanto, de acordo com a literatura encontrada os enlutados que perdem alguém devido a uma morte natural como uma doença, apresentam reações de luto mas o sofrimento é menor comparando com lutos cujas mortes são inesperadas ou acidentais (Moura, 2006; Fukumitsu, 2018; Busa, Silva & Rocha, 2019; Menezes & Borsa, 2020).

Através dos resultados encontrados, no que concerne ao grau de parentesco, foi possível verificar que as diferenças nos valores de luto complicado não são significativas, ou seja, que o grau de parentesco não influencia os níveis de luto complicado.

Contudo, ao proceder a uma análise mais aprofundada das médias dos valores de luto complicado podemos verificar que, por exemplo, ao comparar a perda de um filho com a perda de um avô/ó torna-se evidente que os valores de luto complicado são mais elevados na perda de um filho apesar de essa diferença não ter um significado estatístico. Estes resultados vão de encontro com a literatura uma vez que estudos analisados revelam que a perda de um filho e de

um cônjuge são mais significativas e conseqüentemente trazem mais sofrimento do que perdas de outros familiares (Silva, Costa, & Martins, 2019; Santo, 2017, Costa, 2018).

Tendo em conta o tempo decorrido desde a morte, com este estudo foi possível verificar que os valores de luto complicado são mais elevados nas perdas que aconteceram entre 2 a 3 anos e nas perdas há mais de 3 anos, ou seja, é plausível concluir que quanto mais tempo passa maior o sofrimento dos enlutados, embora estas diferenças não apresentem um significado estatístico. Durante o processo de luto há uma redução gradual dos sintomas físicos e psicológicos à medida que o funcionamento pessoal e social é retomado, ou seja, há um processo de tarefas a serem executadas e, por isso, não haverá um ponto exato no que diz respeito ao tempo em que o luto e o sofrimento se resolve e termina (Farberow, Gallagher-Thompson, Gilewski & Thompson, 1992; Silva, 2010).

No que diz respeito à idade da pessoa falecida, os resultados deste estudo demonstram que os valores de luto complicado são mais elevados nas perdas de indivíduos jovens e na perda de idosos. Não obstante, Mendes (2018) refere que é mais aceitável e implica menos sofrimento a morte de uma pessoa idosa que já viveu muito tempo e que teve tempo de realizar vários projetos, de contruir uma família, e que, por sua vez, a morte de crianças e adolescentes costumam tornar a perda mais difícil e o processo de luto é mais difícil de se realizar.

Por fim, em relação à idade do enlutado, os resultados encontrados revelam uma correlação negativa entre os níveis de luto complicado e a idade da pessoa enlutada, o que sugere que com o passar da idade o enlutado tende a diminuir o índice de luto complicado. Estes resultados vão de encontro com um estudo realizado por Archer (1999) que demonstra que a condição de ser jovem coloca-o mais vulnerável a desenvolver um processo de luto mais difícil, comparativamente com as pessoas mais velhas.

No entanto, não há uma grande concordância entre os diferentes investigadores, uma vez que, outro estudo analisado vem demonstrar uma outra perspectiva ao revelar que idosos em luto apresentam um risco maior de luto complicado em comparação com adultos mais jovens (Bruinsma et al., 2015).

As conclusões deste estudo vêm trazer uma importante contribuição para a investigação em termos de análise das características para a intervenção no luto em contexto de grupo. Ter conhecimento de certas características e variáveis que têm influência no processo de luto dos pacientes acrescenta mais valias para que a intervenção seja o mais objetiva e o mais direcionada possível às dificuldades dos enlutados, e desta forma a prática clínica beneficia com estudos recentes.

Como já foi referenciado anteriormente, existe uma linha muito ténue entre o luto complicado e os transtornos psiquiátricos e, por isso, surge a necessidade de investir no processo diagnóstico não só através da avaliação da severidade do luto em que a pessoa se encontra como a avaliação de sintomas psiquiátricos que possam existir e influenciar a vivência do processo de luto (Jordan & Litz, 2014; Nakajima, 2018).

Neste contexto, revela-se de grande importância a determinação do diagnóstico e a caracterização dos pacientes. Com o acompanhamento prestado a estes pacientes será possível identifica-los, monitorizar o seu sofrimento, perceber se existem efeitos cumulativos que se possam somar a este sofrimento e circunscrever os fatores que estão a contribuir para o desenvolvimento deste processo para que desta forma possamos proceder a planos de intervenção mais adequados às suas características, minorar o efeito sofrimento e deste modo prevenir quadros psicopatológicos mais graves (Silva, 2010; Gomes & Gonçalves, 2015; Nakajima, 2018).

No entanto, como uma limitação deste estudo destaca-se a amostra utilizada. Desta forma, em futuras investigações seria importante ter consideração à amostra recolhida de modo a ser mais equilibrada quanto ao género, ou seja, incluir mais participantes do sexo masculino, uma vez que uma amostra mais equilibrada pressupõe a possibilidade de aprofundar os comportamentos do género nas psicoterapias do luto ou em consulta de luto.

Para além disso, seria interessante e traria uma contribuição útil a realização de um estudo comparativo entre dois grupos para verificar os níveis de luto prolongado: comparando a presença de indicadores de doença física diferentes; Grupos com habilitações literárias e profissões diferentes; Diferentes diagnósticos ao nível da saúde mental; Presença ou ausência de acompanhamento psicológico estruturado, etc.

Por outro lado, os grupos utilizados poderiam ser especificamente: um grupo clínico, e um grupo controlo de modo a conseguir não só caracterizar a amostra de ambos os grupos mas também se houver algum grupo que realize intervenção, ser possível verificar a eficácia da mesma.

Referências Bibliográficas

Archer, J. (1999). *The mature of grief: The evolution and psychology of reactions to loss*. London: Routledge.

Bruinsma, S. M., Tiemeier, H. W., Heemst, J. V. V., van der Heide, A., & Rietjens, J. A. (2015). Risk factors for complicated grief in older adults. *Journal of Palliative Medicine*, 18 (5), 438-446.

Busa, A. L. A., Silva, G. B. D., & Rocha, F. P. (2019). O luto do jovem adulto decorrente da morte dos pais pelo câncer. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39.

Costa, L. P. M. D. A. (2018). *Religião e processos de significado de luto* (Master's thesis).

Da Silva, A. D., Costa, M. E., & Martins, M. (2019). A vivência do luto por perda gestacional na perspectiva do casal: revisão de escopo.

Farberow, N. L., Gallagher-Thompson, D., Gilewski, M., & Thompson, L. (1992). Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides. *Journal of Gerontology*, 47(6), P357-P366.

Fields, S. A., Johnson, W. M., & Mears, J. (2018). How to treat complicated grief. *Journal of Family Practice*, 67 (10), 637-640.

Filho, N. & Teixeira, M. (2011). A estrutura fatorial da Escala CES-D em estudantes universitários brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 10 (1), 91-97.

Frade, B. M. A. (2010). *Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Inventory of Complicated Grief*.

Freitas, J. L. Luto e fenomenologia uma proposta compreensiva. *Revista da Abordagem Gestaltica*, 2013.

Fukumitsu, K. O. (2018). *Vida, morte e luto: Atualidades brasileiras*. Summus Editorial.

Golden, A., & Dalgleish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Research*, 178, 336 – 341.

Gomes, L. B., & Gonçalves, J. R. (2015). Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica. *Revista de Ciências HUMANAS*, 49 (2), 118-139.

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](https://doi.org/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.

Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged Grief Disorder: Diagnostic, Assessment, and Treatment Considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, (45), 180-187).

Keeley, J., Reed, G., Roberts, M., Evans, S., Robles, R., Matsumoto, C. ... Maercker, A., (2016). Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16 (2), 109–127. doi:10.1016/j.ijchp.2015.09.002

Lichtenthal, W., Cruess, D., & Prigerson, H. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662.

Marques, M. (2015). Fatores que impedem a resolução do luto. *Psicologia. pt. Lisboa*.

Menezes, K. D. J. S., & Borsa, J. C. (2020). A morte de pais por homicídio e o luto infantil: Revisão sistemática. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 22 (2).

Mendes, A. C. P. (2018). *Percepção dos pais sobre o processo de luto infantil* (Doctoral dissertation).

Miyajima, K., Fujisawa, D., Yoshimura, K., Ito, M., Nakajima, S., Shirahase, J. ...& Miyashita, M. (2014). Association between quality of end-of-life care and possible complicated grief among bereaved family members. *Journal of palliative medicine*, 17 (9), 1025-1031.

Moura, C. M. D. (2006). Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte.

Nam, I. (2016). Complicated grief treatment for older adults: The critical role of a supportive person. *Psychiatry research*, 244, 97-102.

Nakajima, S. (2018). Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment . *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*.

Näppä, U., Lundgren, A. B., & Axelsson, B. (2016). The effect of bereavement groups on grief, anxiety, and depression-a controlled, prospective intervention study. *BMC palliative care*, 15 (1), 58.

Nerken, I. R. (1993). Grief and the reflective self: Toward a clearer model of loss resolution and growth. *Death Studies*, 17 (1), 1-26.

Oliveira, D. R. *Terapia do Luto: contribuições e reflexões sob a perspectiva da Análise do Comportamento. Especialização em terapia comportamental: teoria e prática Hospital universitário USP-sp*, 2014.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS.

Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Azim, H. F., & Weideman, R. (2001). Prevalence of Loss and Complicated Grief Among Psychiatric Outpatients. *PSYCHIATRIC SERVICES*.

Prigerson, H., et al., (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6 (8). doi:10.1371/journal.pmed.1000121.

Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S. ... & Kupfer, D. J. (1995). Complicated Grief and Bereavement-Related Depression as Distinct Disorders: Preliminary Empirical Validation in Elderly Bereaved Spouses. *The American Journal of Psychiatry*.

Ramires, F., & Camargo, E. C. (2016, December). Meninos não choram [?]: Discursos frente as experiências do luto na infância. In *Atas do II Congresso Internacional* (Vol. 63, p. 1067).

Ramos, V. A. B. O processo do luto. *Psicologia o portal dos psicólogos*, 2016.

Rebello, J. E. (2005). Importância da entreatajuda no apoio a pais em luto. *Análise psicológica*, 23 (4), 373-380.

Rebello, J. E. (2004). *Desatar o nó do luto: Silêncios, receios e tabus*.

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. (2020). The first instrument for complex PTSD assessment: psychometric properties of the ICD-11 Trauma Questionnaire. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42 (2), 185-189. Doi: 10.1590/1516-4446-2018-0272

Rocha, P. G., & Lima, D. M. A. (2019). Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. *Psicologia Clínica*, 31 (2), 323-344.

Santo, A. G. (2017). *Estudo comparativo e correlacional: o luto do cônjuge na adultícia avançada* (Master's thesis).

Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *The new england journal of medicine*.

Silva, C. C. S. A morte e a elaboração do luto na visão de alguns autores. psicologado.com › Áreas de Atuação › Tanatologia, 2013.

Silva, T. M. (2010). Luto complicado e regulação emocional em doentes psiquiátricos. (tese de mestrado).

Siqueira, A. C., & Azevedo, D. F. (2020). TERAPIA DO LUTO: Intervenções clínicas na elaboração do processo de luto. *Revista FAROL*, 9 (9), 341-355.

Soares, C. (2015). *Características psicométricas da versão portuguesa do ICD-11 Trauma Questionnaire*. Dissertação de Mestrado, Universidade Portucalense, Portugal.

Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31 (1), 69-78.

Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Worden, J. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer.

Zwielewski, G., & Sant'Ana, V. (2016). Detalhes de protocolo de luto e a terapia cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12 (1), 27-34.

Anexos

Protocolo de Avaliação do Processo de Luto

– QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO –

Dados Pessoais

1. Idade: _____ 2. Sexo: Masculino___ Feminino___
3. Profissão: _____
4. Situação Profissional: Empregado___ Com atestado/Baixa médica___
Desempregada___
Reformado___ Outro___ Qual? _____
5. Estado Civil: Solteiro(a)___ Casado(a)___ Separado(a)___
Divorciado(a)___
Viúvo(a)___ União de facto___
6. Área de residência: Rural___ Urbana___
7. Habilitações Literárias: Sem escolaridade___ 4º ano___ 6º ano___ 9º
ano___
12º ano___ Ensino superior___
8. Religião: Nenhuma___ Católica___ Outra___ Qual? _____
9. Composição do Agregado Familiar (com quem vive): Sozinho(a)___
Marido/Companheiro___
Mulher/Companheira___ Filho(s)___ Marido/Mulher e filhos___
Pais___
Outro___ Quem? _____
10. Número de filhos vivos _____
11. Abortos? Não___ Sim___ Quantos? _____ Provocado___ Espontâneo
12. Qual a perda que sofreu? Marido/Companheiro ou Mulher/Companheira ___
Filho(s)___
Pai___ Mãe___ Avô/Avó___ Outro___
Qual? _____

Situação Clínica

1. Sofre de alguma doença crónica? Não___ Sim___ Qual? _____
2. Tem ou teve problemas psiquiátricos/psicológicos? Não___ Sim___
Qual? _____ Há quanto tempo? _____
3. Tem ou teve acompanhamento psiquiátrico NÃO relacionado com a sua perda?

- Não___ Sim___ Quando?_____
4. Tem ou teve acompanhamento psicológico NÃO relacionado com a sua perda?
Não___ Sim___ Quando?_____
5. Costuma tomar medicação prescrita pelo médico? Sim___ Não___
6. Que especialidade médica?
Médico de família___ Psiquiatra___ Outro___
Qual?_____
7. Que _____ tipo _____ de _____ medicação?

8. Costuma fazer automedicação? Sim___ Não___
9. Já fez alguma tentativa de suicídio? Não___ Sim___ Quantas
vezes? _____
Antes da perda___ Qual a razão? _____
Após a perda___
10. De que forma?
Com medicamentos___ Enforcamento___ Arma___ Afogamento___
Outro _____
11. Costuma pensar que seria melhor morrer? Sim___ Não___
12. Este pensamento surge muitas vezes? Sim___ Não___

História Familiar

1. Ocorreram outros acontecimentos negativos de vida importantes nos últimos anos?
Sim___ Não___
2. Quais?
Morte de outro familiar___
Morte de um amigo___
Separação/Divórcio___
Desemprego/Problemas no emprego___
Problemas económicos/financeiros___
Perda de bens materiais___
Problemas graves com a justiça___
Problemas graves de saúde___
Outros: _____

Apoio Sociofamiliar

1. Teve apoio quando sofreu a sua perda? Sim___ Não___
2. Que tipo de apoio teve?
Questões práticas (funeral, questões domésticas)___
Apoio emocional___
Auxílio com os filhos___
Apoio psiquiátrico___
Apoio psicológico___
Orientação/informação___
Outros___ Quais?_____
3. Quem prestou apoio?
Família___ Amigos___ Igreja___ Técnicos___
Outras pessoas___ Quais?_____

Dados da Pessoa que Morreu e Circunstâncias de Morte

1. Sexo: Masculino___ Feminino___
2. Data de morte: ____/____/_____
3. Tempo decorrido desde a morte _____ anos _____ meses
4. Idade na altura da morte _____ anos _____ meses
5. Tipo de morte:
Morte neonatal (gravidez, 1ºs dias de vida)___ Morte súbita___
Doença/condição crónica___ Acidente___ Suicídio___
Homicídio___
Outro_____
6. Se foi por doença, quanto tempo esteve doente? _____ anos _____ meses
7. Se foi por doença, foi o cuidador? Sim___ Não___
8. Local de morte:
Domicílio___ Hospital___ Lar___
Outro_____
9. De que modo teve conhecimento do falecimento?
Pessoalmente___ Por telefone___ Outro___ Qual?

10. Quem lhe comunicou o falecimento?

- Médico___ Familiar___ Amigo___ Vizinho___ Outro___
Quem? _____
11. Estava presente no momento da morte? Sim___ Não___
12. Se sim, até que ponto foi importante estar presente:
Muito importante___ Média importância___ Nenhuma importância___
13. Teve possibilidade de se despedir?
Sim___ Não___
14. Qual foi a reação ao tomar conhecimento da morte?
Chorar___ Gritar___ Mutismo___ Choque___ Confusão___
Outro___ Qual? _____
15. Esteve presente no velório? Sim___ Não___
16. Este presente no funeral? Sim___ Não___
17. Estava sob efeito de medicação aquando do funeral? Sim___ Não___
18. Sabe qual? _____
19. Quem lha indicou?
Médico___ Familiar___ Amigo___ Vizinho___ Outro___
Quem? _____
20. Quais os sentimentos/emoções predominantes ao tomar conhecimento do falecimento?
(Escolha dos seguintes sentimentos o(s) que melhor se adequa(m) a cada situação: 1.Tristeza; 2. Ansiedade;
3.Angústia; 4. Hostilidade; 5. Raiva; 6. Culpa, 7.Negação, 8.Medo; 9.Desespero; 10.Solidão, 11.fadiga; 12.Saudade,
13.Vazio; 14.Alívio; 15. Desanimo; 16.Desinteresse pela vida)
- 20.1. Ao tomar conhecimento da morte

- 20.2. Durante as cerimónias fúnebres

- 20.3. Nas semanas seguintes

- 20.4. Nos meses seguintes

- 20.5. Atualmente

21. Quais são as expectativas que tem acerca da participação do grupo do luto?

22. O que está à espera que aconteça? Qual é o ganho?

– 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...	0	1	2	3	4
2. As memórias da pessoa que morreu perturbam-me...	0	1	2	3	4
3. Eu sinto que não aceito a morte da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
4. Eu dou por mim a sentir a falta da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
5. Eu sinto-me atraído às coisas e lugares associados à pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
6. Não consigo evitar sentir-me zangado com a sua morte...	0	1	2	3	4
7. Eu sinto descrença sobre o que aconteceu...	0	1	2	3	4
8. Eu sinto-me atordoado ou confuso com o que aconteceu...	0	1	2	3	4
9. Desde que ele(a) morreu é-me difícil confiar nas pessoas...	0	1	2	3	4
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...	0	1	2	3	4
11. Eu sinto dor na mesma parte do corpo ou tenho alguns dos sintomas da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
12. Eu desvio-me do meu caminho para evitar lembranças da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
13. Sinto a minha vida vazia sem a pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
14. Eu ouço a voz da pessoa que morreu falar-me...	0	1	2	3	4
15. Eu vejo a pessoa que morreu diante de mim...	0	1	2	3	4
16. Eu sinto que é injusto que eu deva viver enquanto esta pessoa morreu...	0	1	2	3	4
17. Eu sinto-me amargo sobre a morte desta pessoa...	0	1	2	3	4
18. Eu sinto inveja daqueles que não perderam ninguém próximo...	0	1	2	3	4
19. Eu sinto-me só grande parte do tempo desde que ele(a) morreu...	0	1	2	3	4

– 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.

	<i>Nunca</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muito</i>	<i>Extremamente</i>
1. Sonhos perturbadores que repetem parte do acontecimento ou estão claramente relacionados com ele?	0	1	2	3	4
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?	0	1	2	3	4
3. Sentir-se muito perturbado quando algo lhe recorda o acontecimento?	0	1	2	3	4
4. Evitar memórias internas do acontecimento (por exemplo, pensamentos, sentimentos ou sensações físicas)?	0	1	2	3	4
5. Evitar estímulos/coisas que fazem lembrar o acontecimento (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, objetos, atividades ou situações)?	0	1	2	3	4
6. Estar “super-alerta”, vigilante ou na defensiva?	0	1	2	3	4
7. Sentir-se nervoso ou facilmente assustado?	0	1	2	3	4

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.

<i>Quão verdade isto é para si?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muito</i>	<i>Extremamente</i>
1. Eu reajo intensamente a coisas que parecem não afetar assim tanto as outras pessoas.	0	1	2	3	4
2. Quando estou perturbado/chateado/preocupado, necessito de muito tempo para me acalmar.	0	1	2	3	4
3. Os meus sentimentos ficam facilmente magoados.	0	1	2	3	4
4. Tenho episódios de raiva descontrolada.	0	1	2	3	4
5. Eu faço coisas que as pessoas dizem ser perigosas ou imprudentes (por exemplo, conduzir a elevada velocidade).	0	1	2	3	4
6. Sinto-me interiormente adormecido ou emocionalmente desligado.	0	1	2	3	4
7. Eu sou o tipo de pessoa que tem dificuldade em sentir prazer ou alegria.	0	1	2	3	4
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).	0	1	2	3	4
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.	0	1	2	3	4
10. Eu tenho dificuldade em saber o que estou a sentir e a descrever os meus sentimentos.	0	1	2	3	4
11. Eu sinto-me um fracasso.	0	1	2	3	4
12. Eu sinto-me sem valor.	0	1	2	3	4
13. Eu frequentemente sinto vergonha de mim, mesmo que isso faça ou não qualquer sentido.	0	1	2	3	4
14. Eu sinto-me culpado de coisas que fiz ou que deixei de fazer.	0	1	2	3	4

15. Sinto-me distante ou cortei relação com as pessoas.	0	1	2	3	4
16. Eu acho difícil manter-me emocionalmente próximo das pessoas.	0	1	2	3	4
17. Eu evito relacionamentos porque eles acabam por ser demasiado difíceis ou dolorosos.	0	1	2	3	4

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.

<i>Para si isto é verdadeiro?</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
1. Frequentemente ficou agitado quando pensou que alguém que amava o ia deixar?	0	1
2. As relações com as pessoas que ama têm muitos altos e baixos extremos?	0	1
3. Mudou subitamente a noção de quem é e dos seus objetivos?	0	1
4. A noção de quem é muda frequentemente de forma dramática?	0	1
5. Age de forma diferente com pessoas diferentes ou em diferentes situações de modo que por vezes não sabe quem realmente é?	0	1
6. Tem tido muitas mudanças súbitas nos seus objetivos, planos de carreira, crenças religiosas, entre outras?	0	1
7. Faz frequentemente coisas de forma impulsiva? (por exemplo, gastar dinheiro, sexo, abuso de substâncias, condução perigosa, comer demasiado)	0	1
8. Tentou magoar-se ou matar-se ou ameaçou fazê-lo?	0	1
9. Alguma vez se cortou, queimou ou arranhou de propósito?	0	1
10. Tem frequentemente mudanças súbitas de humor?	0	1
11. Sente-se frequentemente vazio por dentro?	0	1
12. Frequentemente tem explosões temperamentais ou fica tão zangado que perde o controlo?	0	1
13. Quando fica zangado bate nas pessoas ou atira coisas?	0	1
14. Quando está sob muito stresse, fica desconfiado em relação aos outros ou sente-se especialmente desorientado.	0	1

– 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.

<i>Durante a semana passada:</i>	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

Post Loss Growth Scale (PLGS)

Versão de Investigação de Rocha^{b, d}, J.C., Teixeira, R.J.^a, Almeida^b, V. & Remondes-Costa^c, S., Leite, M. (2017)

^aDepartamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro; ^bIINFACTS, CESPU; ^cUTAD; ^dCentro de Psicologia do Trauma e do Luto

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

1 nunca verdadeiro	2 muito raramente verdadeiro	3 raramente verdadeiro	4 por vezes verdadeiro	5 frequentemente verdadeiro	6 quase sempre verdadeiro	7 sempre verdadeiro					
1. Após a perda passei a aceitar melhor as emoções mais difíceis					1	2	3	4	5	6	7
2. Após a perda passei a comunicar melhor sobre mim mesmo					1	2	3	4	5	6	7
3. Após a perda tornei-me mais perspicaz face às minhas emoções					1	2	3	4	5	6	7
4. Passei a valorizar mais as pessoas que gosto					1	2	3	4	5	6	7
5. Hoje compreendo bem o sofrimento da minha perda					1	2	3	4	5	6	7
6. Agora partilho mais com os outros sobre aquilo que sinto					1	2	3	4	5	6	7
7. Após a perda refleti muito sobre o que significava aquela pessoa					1	2	3	4	5	6	7
8. Revi o sentido da minha vida					1	2	3	4	5	6	7
9. Passei a compreender melhor o sofrimento dos outros					1	2	3	4	5	6	7
10. Passei a compreender melhor o meu sofrimento					1	2	3	4	5	6	7
11. Tornei-me mais claro a comunicar o que sinto					1	2	3	4	5	6	7
12. Usei a criatividade para entender o que aconteceu					1	2	3	4	5	6	7
13. Sei melhor o que os outros necessitam quando estão em luto					1	2	3	4	5	6	7
14. Estou muito mais capaz de me ligar aos outros					1	2	3	4	5	6	7
15. Depois da perda, a minha vida faz mais sentido					1	2	3	4	5	6	7

16. Sou criativo enquanto penso ou falo sobre o que aconteceu	1 2 3 4 5 6 7
17. Depois da perda fiquei mais próximo dos outros	1 2 3 4 5 6 7
18. Aprendi a controlar melhor as minhas reações emocionais mais intensas	1 2 3 4 5 6 7
19. No futuro, vou procurar aceitar melhor as perdas	1 2 3 4 5 6 7
20. Agora compreendo bem as reações dos outros às perdas	1 2 3 4 5 6 7
21. Aceito que por vezes necessito de pensar e falar na pessoa que perdi	1 2 3 4 5 6 7
22. É possível exprimir o significado daquilo que vivi	1 2 3 4 5 6 7
23. Sei que tenho liberdade de escolher o que pensar sobre a perda	1 2 3 4 5 6 7
24. Agora tenho uma melhor noção do significado da minha vida	1 2 3 4 5 6 7
25. Hoje sou mais capaz de entender o significado das relações que tenho	1 2 3 4 5 6 7
26. Agora sinto que tenho propósito na minha vida	1 2 3 4 5 6 7
27. Sinto que hoje sou mais capaz de ser feliz	1 2 3 4 5 6 7
28. Agora sinto que o mundo é um local cheio de esperança	1 2 3 4 5 6 7
29. Já consigo pensar em novos projetos e ter novas expectativas de futuro	1 2 3 4 5 6 7
30. Sei que hoje sou capaz de aproveitar melhor a vida	1 2 3 4 5 6 7

Manuscrito II- Impacto da Situação Pandémica na Experiência do Luto

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

¹ Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Gandra, Portugal

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

³ Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

⁴ Universidade Sénior de Canelas

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

Siglas

ECL – Escala de Culpabilidade no Luto

PSPT – Perturbação Stress Pós-Traumático

PSTP-C - Perturbação Stress Pós-Traumático Complexo

COVID-19 – Corona Vírus Disease 2019

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

TE – Termómetro Emocional

Abreviaturas

et al – entre outros

Capítulo I. Introdução

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

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

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

A forma como cada indivíduo se adapta ao processo de luto pode ser prejudicial devido ao significado ou à experiência da perda. Os fatores de risco envolvidos nessa experiência de luto aumentam a probabilidade de desenvolver perturbação de luto prolongado e/ou problema de saúde mental. Estão associadas à especificidade da relação estabelecida com o falecido, especificamente, se a perda foi de um cônjuge ou dos pais, presença de comorbilidade psiquiátrica associada, como a presença de depressão e ansiedade, história de vínculos inseguros e presença de eventos ou perdas traumáticas. Como ainda, fatores relacionados com as circunstâncias da morte, contexto da morte e a consequências da morte (Goveas & Shear, 2020).

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

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

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

Numa situação de pandemia, inevitavelmente as questões da morte e do morrer fazem surgir sentimentos e emoções difíceis de gerir (Guedes, 2020). Perante esta ameaça infecciosa em larga escala, as pessoas estão sob uma crescente pressão psicológica responsável por desencadear estados de extremo pânico, desamparo e medo dentro da população (Tsamakis et al., 2020). A literatura indica-nos que no período de pandemia verifica-se um aumento significativo do luto prolongado, perturbação de *Stress* pós-traumático, humor depressivo, irritabilidade, medo, nervosismo, tristeza e culpa (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. Constata-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 aqueles que naqueles que vivenciaram uma perda num contexto comum. A outra razão prende-se com a presença de enlutados com sintomas de luto prolongado, que estão associados a perturbações como o *stress* pós-traumático (PSPT) ou depressão (Eisma et al., 2020b; 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, arrendimento 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 é, por si só, causadora de grande sofrimento acrescendo ao facto todas as limitações e dificuldades associadas ao período

pandémico com impacto extensível ao mundo inteiro, consideramos fulcral avaliar o impacto da pandemia na experiência de luto e nas variáveis envolvidas para fins de diagnóstico e intervenção.

Capítulo II. Objetivos e Hipóteses de Estudo

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

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

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

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

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

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

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;

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

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

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

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. 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.

2.1.1. 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) 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.

2.1.2. 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 0,842 para a IES-6. A pontuação média da soma do IES-6 é 10,48 (DP = 5,852). Para além disso, o ponto de corte do IES-6 num estudo de validação para a população portuguesa foi de 12,5 (Lopes, 2013).

2.1.3. 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).

2.1.4. 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 Transtorno do Luto Prolongado (Rocha, et al., 2019).

2.1.5. 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).

2.1.7. 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)

2.2. 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 252 indivíduos recolhidos noutra período temporal.

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

Tabela 1.

Características Sociodemográficas do Grupo Pandemia e Grupo Antes Pandemia.

<i>Características</i>	<i>Grupo Pandemia</i>				<i>Grupo Antes Pandemia</i>			
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Género								
Feminino	49	77.8			223	80.8		
Masculino	14	22.2			53	19.2		
Idade			31.69	15.29			33.93	13.96
Estado Civil								
Solteiro	34	54			152	55.1		
Casado /União de 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				
Avô / Avó	24	38.1		
Filho(s)	3	4.8		
Marido	2	3.2		
/Companheiro				
Esposa /	2	3.2		
Companheira				
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).

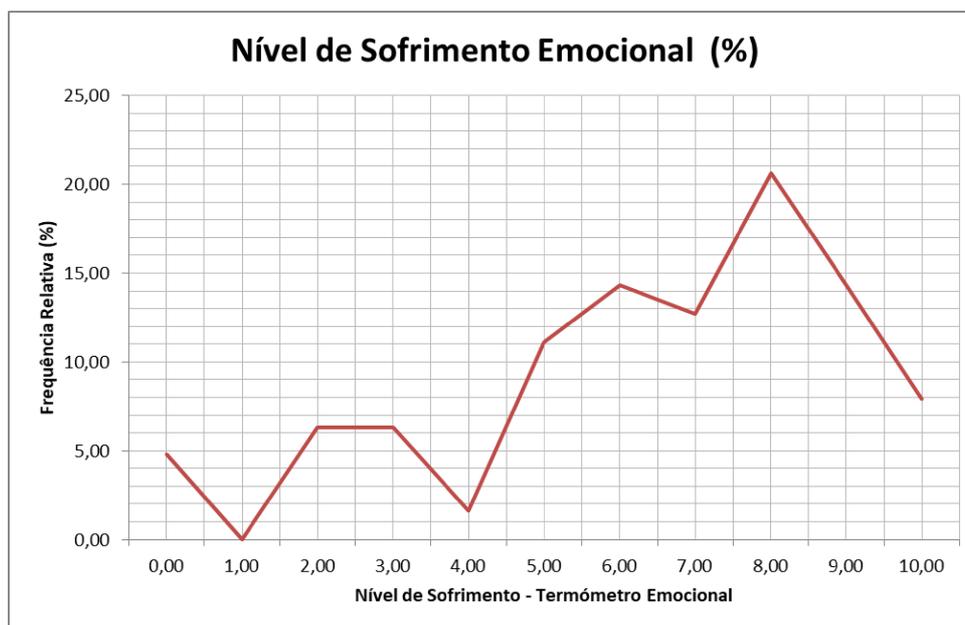
Tabela 4.

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.

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



De acordo com a análise descritiva, verificou-se que 20.6 % (n = 13) dos participantes desta amostra atribuíram um nível de sofrimento 8, numa escala de 0 (“sem sofrimento”) a 10 (“máximo sofrimento”), como é possível constatar na tabela 4 e na figura 2.

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

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

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

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

Tabela 5.

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

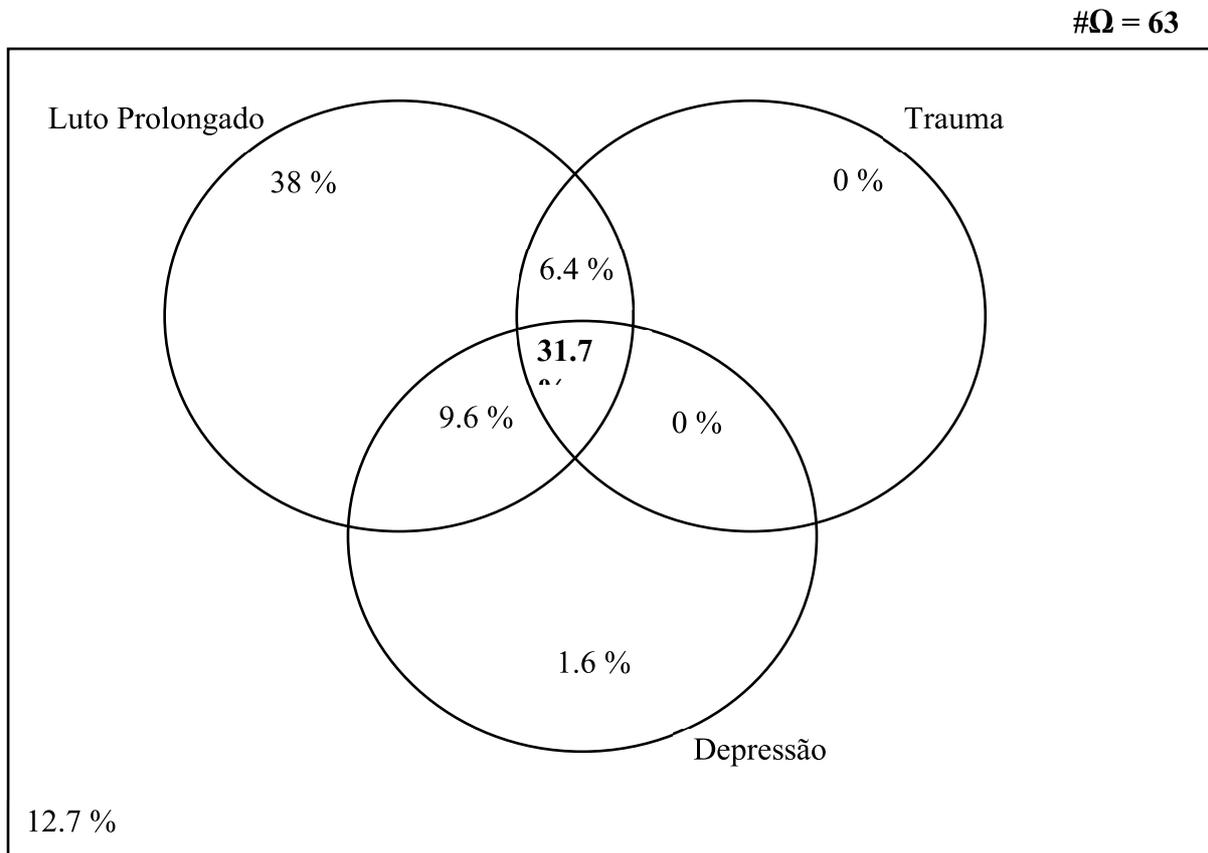
<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Luto Prolongado		
Com LP	54	85.7
Sem LP	7	11.1
Omissos	2	3.2
Depressão		
Com Depressão	27	42.9
Sem Depressão	29	46
Omissos	7	11.1
Trauma		
Com Trauma	24	38.1
Sem Trauma	35	55.6
Omissos	4	6.3
Experiência de Vida		
<i>Stressante</i> Com	53	84.1
significado	2	3.2
Sem significado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

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

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

Figura 2.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Teste *T* para duas amostras independentes

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

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

Tabela 6.

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

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

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

Para todo o instrumento usado, correspondente a uma variável fundamental em estudo, obtivemos os valores de prova⁴ (*p-values*) acima de 5%, o valor do nível de

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

significância considerado para o presente estudo. Assim, é plausível que em nenhum dos casos haja diferença significativa, no que concerne ao género de um indivíduo, em nenhum dos instrumentos/variáveis apresentadas, de acordo com a amostra obtida, ao nível de confiança de 95%.

Tabela 7.

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

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

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

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

Considerando o valor do nível de significância estimado anteriormente (p -value acima de .05), foi possível concluir que existe diferença significativa nos indivíduos que

vivenciaram uma perda em fase de pandemia. Os resultados obtidos sugerem que os enlutados desenvolveram luto prolongado e presença de sintomas traumáticos e depressivos.

Tabela 8.

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

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

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

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

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

Análise de variâncias através de uma One-Way ANOVA

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

Tabela 9.

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

	<i>Sim, vi.</i>		<i>Não vi, mas gostava de ter visto</i>		<i>Não vi, mas também não gostava de ter visto.</i>		<i>p – 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 Complicado (IPGDS I) ($p = .004$) e nos itens culturais (IPGDS II) ($p = .021$), na Reação Pós-traumática de *Stress* (IES-6) ($p = .004$). Além de apresentarem valores de p abaixo de .05. mostram médias superiores nas variáveis analisadas: tem impacto no Luto Complicado (IPGDS I) ($M = 43.06$; $DP = 13.63$), para os itens culturais (IPGDS II) ($M = 49.82$; $DP = 19.01$) e na Reação Pós-traumática de *Stress* (IES-6) ($M = 15.00$; $DP = 5.11$).

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

Modelo Linear Simples

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

Tabela 10.

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

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

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 complicado, comparando os níveis de luto em indivíduos que vivenciaram perdas antes da pandemia e durante a mesma.**

Teste de *U* Mann-Whitney

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

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

Tabela 11.

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

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

Entre os quatro itens referenciados atrás, onde é plausível que existem diferenças significativas, o item 6 apresenta o menor valor de $p - value$. Assim, o evitamento

evidenciado aparece com maior destaque entre os dois grupos. Desta forma, é plausível que os enlutados em fase de pandemia tendam a evitar cada vez mais, quando comparados com os indivíduos que perderam um ente querido antes da pandemia, a visualização de fotografias, memórias ou outros aspetos que os façam recordar o ente querido que perderam.

Tabela 12.

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

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

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

não existem diferenças entre os valores das medianas obtidas entre os dois grupos em estudo, não sendo estatisticamente significativas.

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

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

Capítulo V. Discussão / Conclusão

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

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

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

Não obstante, 50.8 % dos indivíduos da amostra principal mencionou que a fase de pandemia prejudicou o seu processo de luto. Este valor percentual vai de encontro com a literatura e o com o que seria esperado na nossa amostra. As circunstâncias trazidas pela pandemia COVID-19 conduziram a elevados índices de luto, bem como a determinados desafios individuais que poderão aumentar o risco do desenvolvimento no futuro de Perturbação de Luto Prolongado (Goveas & Shear, 2020). Se o luto tende a ser difícil em qualquer circunstância, tanto maior o será face a sucessivos óbitos na população geral (Robles-Lessa, 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 evidências quando comparada a causa de morte natural e morte por COVID-19. Apesar do número de mortes por COVID-19 ter sido relativamente mais baixo, era expectável que este acontecimento traumático, desencadeasse valores superiores para o luto prolongado, sintomatologia depressiva e traumática, quando comparado com os resultados obtidos por uma morte natural. Os estudos de Eisma et al., (2020a, 2020b), evidenciaram que os

sintomas de luto prolongado são elevados em mortes inesperadas, na ausência de rituais de luto tradicionais e na falta de apoio social físico.

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

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

De acordo com os pontos de corte descritos no capítulo III e efetuando a análise da prevalência de luto prolongado, trauma e depressão nos enlutados em fase de pandemia, foi possível constatar que existe presença de luto prolongado correspondente a 85.7 % da amostra total. Contudo, não se evidencia presença de prevalência para o trauma e depressão, o que não vai ao encontro com o que a literatura demonstra. A elevada presença de luto prolongado, é reportada pela literatura que refere que durante este período verifica-se um aumento significativo do luto prolongado, perturbação de *stress* pós-traumático, humor depressivo, irritabilidade, medo, nervosismo, tristeza e culpa. (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 comorbidades (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 comorbidades em simultâneo esteja entre os 20% e os 43% aproximadamente, para um nível de confiança a 95%. Assim, é plausível que menos de metade da população deve evidenciar esta condição, em caso da perda de um ente querido.

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

No que diz respeito à perda em fase de pandemia, verificamos que aqueles que perderam um ente querido durante este período, apresentam valores mais elevados de luto, de depressão e de reações pós-traumáticas de *stress* comparados com aqueles que não perderam ninguém nesta fase. Estudos já realizados vão de acordo com os nossos resultados ao referirem que no período de pandemia verifica-se um aumento significativo do luto prolongado, de perturbações de *stress* pós-traumático, depressão, irritabilidade, medo e sentimentos de culpa (Zhang & Feei Ma, 2020; Ho, Chee & Ho, 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 e seus colaboradores (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 aumentam 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](https://doi.org/10.1177/0030222820941296)
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. doi: [10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cabo, L. J. L. D. M., & Farate, C. O. (2014). *Ansiedade em face da morte em Agentes Funerários* (Tese de Mestrado, ISMT).
<http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/622>
- Dantas, C. D. R., Azevedo, R. C. S. D., Vieira, L. C., Côrtes, M. T. F., Federmann, A. L. P., Cucco, L. D. M., ... & Cassorla, R. M. S. (2020). O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. *Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental*, 23(3), 509-533. doi: [10.1590/14154714.2020v23n3p509.5](https://doi.org/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. (2020). 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](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049)

- Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief Before and During the COVID-19 Pandemic: Multiple Group Comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6), e1-e4. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004)
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031. doi: [10.1016/j.psychres.2020.113031](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031)
- Ferreira, T., Sousa, M., Meira, L., Cunha, C., Santos, A., Silva, S., Couto, A.B., Gomes, P., Costa, L., Barbosa, E., Basto, I & Salgado, J. (2018). Brief assessment of depression: Psychometric properties of the portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Research gate*. 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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.021)
- Guedes, I., Nogueira, A., Soares, J., Killikelly, C & Rocha, J. (2020). Validation of the International Prolonged Grief Disorder Scale (IPGDS-PT): Portuguese Version. (tese de Mestrado não publicada). Instituto Superior Ciências da Saúde.
- Ho, 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](https://doi.org/10.1037/a0020892)
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G. (2020). Psychological Intervention and COVID-19: What We Know So Far and What We Can Do. *Journal of contemporary psychotherapy*, 1–8. Advance online publication. 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](https://doi.org/10.1037/a0036836)
- Kokou-Kpolou, C. K., Fernández-Alcántara, M., & Cénat, J. M. (2020). Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S94. 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](https://doi.org/10.1177/0030222815612309)
- Lopes, A.L.T. (2013). Convergent Validity of Impact of Event Scale-Revised and Impact of Event Scale-6. Portuguese Versions. (Dissertação de mestrado, Instituto Universitário Ciências da Saúde) <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/280>
- Mayland, C. R., Harding, A. J., Preston, N., & Payne, S. (2020). Supporting adults bereaved through COVID-19: a rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2020.05.012](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.05.011)
- Mitchell, A. J., Baker-Glenn, E. A., Granger, L., & Symonds, P. (2010). Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the Emotion Thermometers tool. *Psycho-Oncology*, 19(2), 125–133. 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

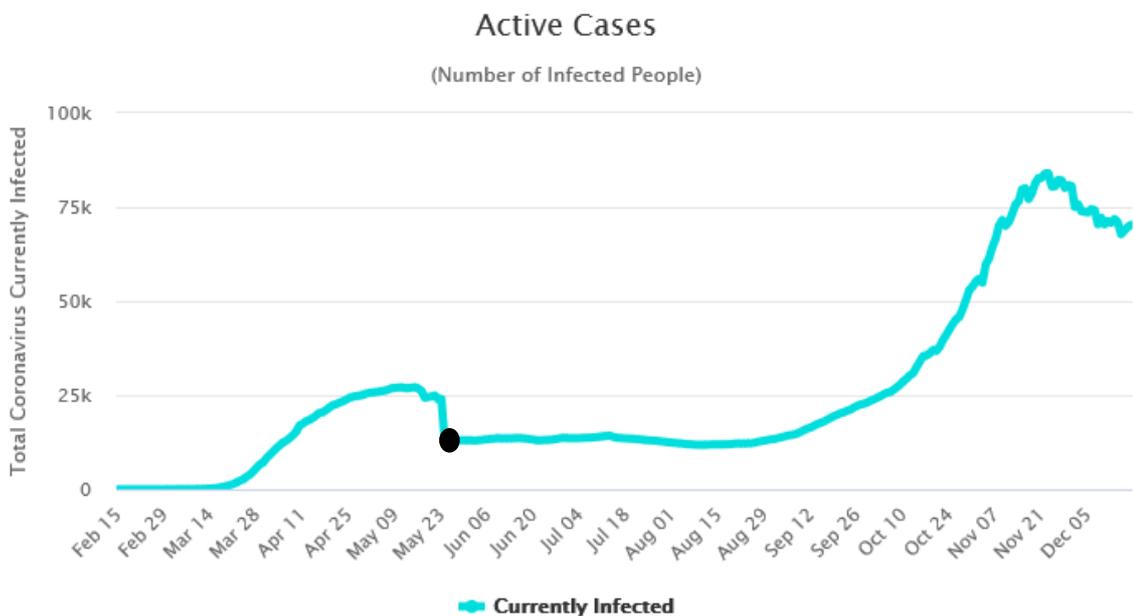
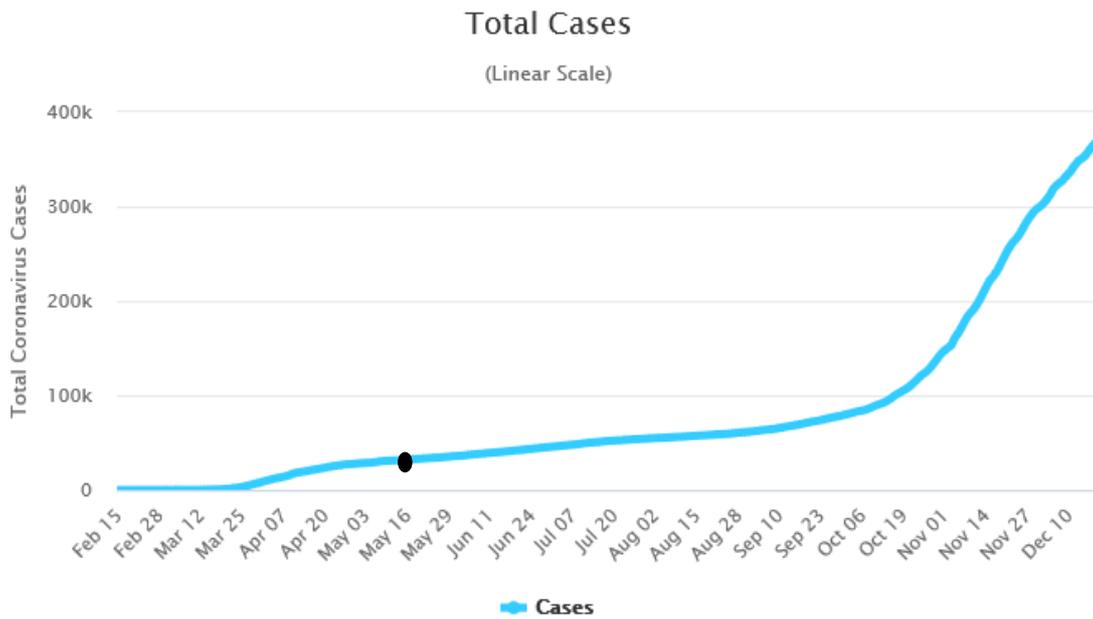
- mestrado não publicada). Instituto Universitário de Ciências da Saúde.
<https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/2937>
- Pattison N. (2020). End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID19) pandemic. *Intensive & critical care nursing*, 58. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102862
- 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 health practitioner*. 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](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053)

Anexos

Anexo A – Informação do panorama de total de casos de COVID-19 e de Casos Ativos em Portugal

Total de Casos de Coronavírus em Portugal



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

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

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:

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

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

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

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

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

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

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

Tabela 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	<i>p – value</i>
	Pandemia	Pandemia		
	Posto	Posto		
	Médio	Médio		
1. Estou com saudades do falecido.	139.15	136.29	6570.50	.794
2. Estou preocupado com os pensamentos acerca do falecido ou circunstâncias da sua morte.	132.07	160.25	5339.50	.011
3. Tenho sentimentos intensos de pesar em relação ao falecido.	133.50	155.40	5645.00	.050
4. Sinto-me culpado pela morte ou pelas circunstâncias em que ocorreu.	134.52	151.97	5861.0	0.19
5. Estou revoltado com a perda.	137.75	141.03	6550.00	.769
6. Tento evitar coisas que me lembrem do falecido ou a sua morte tanto quanto possível (p. ex., fotografias, memórias).	130.84	164.40	5077.50	.001
7. Eu culpo outros ou as circunstâncias pela morte (p.ex., um poder divino).	138.08	139.94	6619.00	.848

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

Tabela 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	<i>p – value</i>
	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 comportamento mudou drasticamente e de forma pouco saudável (ex., consumo excessivo de álcool).	129.33	136.49	5765.00	.380
4. A perda abalou a minha confiança na vida ou com a minha fé em Deus/num poder espiritual.	132.46	126.23	5809.00	.551
5. É impossível para mim concentrar-me.	127.23	143.37	5345.50	.118
6. O meu luto é tão intenso que me sinto preso(a) nele.	124.74	151.52	4848.50	.006
7. Parece que não consigo voltar à rotina.	127.53	142.37	5406.50	.119
8. Sinto-me paralisado(a) e desligado(a) (ex., como se não estivesse no meu próprio corpo).	129.79	134.97	5858.00	.569
9. Não tenho energia ou desejo de participar em atividades.	127.38	142.87	5376.00	.124
10. A vida não tem significado desde a perda.	128.45	139.35	5590.50	.271

11. Quero morrer para estar junto do falecido.	13.35	123.30	5630.50	.225
12. Não me sinto próximo(a) das outras pessoas ou não sinto satisfação quando estou com outras pessoas.	127.87	141.28	5473.00	.165
13. Sinto que perdi completamente o controlo.	130.08	134.02	5916.00	.661
14. Procuo pelo falecido com a esperança de o(a) encontrar.	129.92	134.56	5883.00	.620
15. Sinto que a vida não tem sentido por causa da perda.	131.14	130.53	6071.500	.950
16. Lembro-me constantemente da relação que tinha com o falecido.	129.90	134.62	5879.00	.659
17. Sinto-me desamparado desde que o(a) perdi.	129.04	137.42	5708.500	.426
18. Sinto que ele/ela está a meu lado.	132.54	125.94	5791.50	.538
19. Choro quando penso na perda.	130.84	131.52	6068.00	.949
20. Não consigo confiar nos outros desde a perda.	134.99	117.93	5302.50	.066

Anexo C - Consentimento Informado

Consentimento Informado

Caro(a) participante,

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

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

Os dados obtidos serão exclusivamente utilizados na investigação em questão, garantindo desta forma a confidencialidade e anonimato. A sua participação é voluntária, podendo recusar ou abandonar a participação neste estudo a qualquer momento sem que haja qualquer tipo de prejuízo. Em caso de dúvida pode contactar através dos emails: anaritagonalves29@hotmail.com, andry.ms@hotmail.com ou rosananvieira@hotmail.com.

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

Anexo D – Protocolo de Avaliação

Dados Sociodemográficos

1. Idade:

(Espaço para escrever)

2. Género:

(Opções: Feminino/ Masculino)

3. Estado civil:

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

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

(Espaço para escrever)

5. Habilitações literárias.

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

6. Situação Profissional

(Opções: Empregado / Desempregado / Reformado / Outro)

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

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

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

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

9. De que forma?

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

Contextualização da Perda

1. Durante a fase de pandemia perdeu alguém?

(Opções: Sim/Não)

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

(Espaço para escrever)

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

(Espaço para escrever)

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

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

5. Qual a idade do falecido?

(Espaço para escrever)

6. Qual a causa da morte?

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

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

(Opção: Espaço para escrever)

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

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

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

(Opções: Sim / Não)

10. Foi possível existir um momento de despedida?

(Opções: Sim / Não)

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

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

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

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

13. Quem prestou apoio?

(Opções: Família / Amigos / Outro)

Questões acerca da Pandemia

1. Quais as principais preocupações que está a vivenciar neste período de pandemia?

(Opções: Saúde física / Económica / Profissional / Familiar / Conjugal / Filhos / Filhos em situação pós-divórcio / Medo de ser contagiado / Medo de contagiar os outros / Outra)

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

(Opções: Sim / Não)

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

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

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

(Opções: Sim/ Não)

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

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

6. Que outra preocupação vivencia?

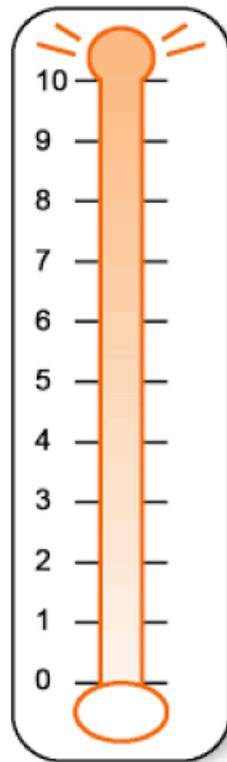
(Opções: Sente que há mais conflitos familiares/conjugais / Sente que o ambiente familiar está mais tenso / Ficou desempregado nesta fase / Está com mais trabalho do que o que tinha / Sente que não consegue pagar as suas despesas / Sente que futuramente irá ter dificuldades em pagar as suas despesas.

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.	1	2	3	4	5

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

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

Selecione a opção que melhor se enquadra na sua situação.

15. Quando é que a perda ocorreu?

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

PARTE II –

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

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

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

IES-6 COVID

(Rocha, 2020)

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

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

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

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

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

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

Não dificultaram

Dificultaram um pouco

Dificultaram muito

Dificultaram extremamente

Escala de Culpabilidade no Luto

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

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

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

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

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

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

deixasse este acontecimento de fora					
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	1	2	3	4	5

mais aleatória					
----------------	--	--	--	--	--

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)
Preocupome com a morte	1	2	3	4	5
Aflige-me pensar que posso morrer antes de fazer tudo o que queria	1	2	3	4	5
Preocupome	1	2	3	4	5

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

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

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
Preocupame pensar que com a morte posso desaparecer para sempre	1	2	3	4	5
Preocupame não saber o que me espera depois da morte	1	2	3	4	5