



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A pandemia e os processos de luto: influência das variáveis sociodemográficas, circunstanciais e emocionais numa amostra portuguesa

Inês Moreira Eusébio

Tese conducente ao **Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

—

Gandra, janeiro de 2023

Inês Moreira Eusébio

Tese conducente ao **Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

A Pandemia e os Processos de Luto: influência das variáveis sociodemográficas, circunstanciais e emocionais numa amostra portuguesa

Trabalho realizado sob a Orientação da Professora Dr. ^ª Joana Soares e Coorientador o Professor Dr. ^º José Carlos Rocha.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, **Inês Moreira Eusébio**, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

À professora **Doutora Joana Soares**, pela sua orientação, compreensão, disponibilidade, paciência, motivação, apoio, por todas as horas despendidas ouvir-me ouvir e por todos os conhecimentos transmitidos.

Ao professor **Doutor José Carlos Rocha**, pela sua coorientação, por toda a sua ajuda e todo o seu incentivo nesta etapa.

À professora **Doutora Maria dos Prazeres**, por toda a sua ajuda e disponibilidade.

Aos meus **pais**, por acreditarem em mim, pela força, carinho, amor incondicional e por tornarem possível esta longa jornada. Nunca terei palavras suficientes para vos agradecer por tudo o que fizeram e ainda fazem por mim.

À minha **avó** e ao meu **tio**, pela preocupação e apoio incondicional.

Ao **João**, por toda a paciência, incentivo e palavras de conforto nos momentos mais difíceis. Por ter sempre estado ao meu lado, por todo o carinho e ter acreditado sempre em mim e nas minhas capacidades.

À **Marta**, por todos os momentos partilhados nesta jornada, desabafos e motivação nas horas difíceis.

Aos **meus amigos**, pelo carinho, amizade e motivação que me proporcionaram.

A todos,

Muito Obrigada!

A pandemia e os processos de luto: influência das variáveis sociodemográficas, circunstanciais e emocionais numa amostra portuguesa

Eusébio, I.¹, Alves, M.¹, Magalhães, A.¹, Vieira, R.¹, Gonçalves, A.¹, Carvalho, N.², Mendes, M.³,
Rocha, J.^{1,4}, & Soares, J.¹.

¹Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Gandra, Portugal

²Psicóloga Clínica do Serviço de Psicologia do Centro Hospital do Tâmega e Sousa

³Diretora do Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

⁴Institute of Research and Advanced Training in Health Sciences and Technologies (IINFACT-CESPU), Portugal

Resumo

Introdução: A pandemia por Covid-19 demonstrou-se um problema de saúde pública a nível mundial. Desta forma, foi considerada um período de crise sob o ponto de vista epidemiológico, psicológico, psiquiátrico e, também, relacional. Considerando as perdas inesperadas num curto espaço de tempo, associado à especificidade das circunstâncias em que as mesmas ocorreram, esperam-se dificuldades importantes nas vivências dos processos de luto saudável.

Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar o impacto da pandemia nos processos de luto, tendo em consideração as circunstâncias das perdas ocorridas.

Método: A amostra é constituída por um total de 79 participantes que vivenciaram, pelo menos, uma perda durante o período de pandemia por Covid-19 ou por outros motivos. A nossa amostra foi recolhida em contexto clínico, bem como através de um inquérito online. O protocolo de avaliação é constituído pelos seguintes instrumentos, selecionados para efeitos do estudo: questionário sociodemográfico, Termómetro Emocional (ET-5), a Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado (IPGDS), *The Integration of Stressful Life Experiences Scales* (ISLES) e a Escala de Ansiedade face à Morte (EAM).

Resultados/Conclusão: Os resultados deste estudo permitiram concluir que a pandemia por Covid-19 influenciou os processos de luto, assim como a forma que os participantes reflectem sobre as suas perdas. Confirmou-se uma significativa presença de sintomatologia de ansiedade face à morte, de sofrimento emocional e luto prolongado nos participantes, particularmente nas pessoas com idade avançada.

Palavras-Chave: Luto Prolongado; Pandemia; Processos de Luto; Rituais Fúnebres

Abstract

Introduction: The Covid-19 pandemic has proven to be a public health problem worldwide. Thus, it was considered a period of crisis from an epidemiological, psychological, psychiatric and also relational point of view. Considering unexpected losses in a short period of time, associated with the specific circumstances in which they occurred, important difficulties are expected in the experiences of healthy mourning processes.

Objective: The objective of this study is to evaluate the impact of the pandemic on the grieving processes, taking into account the circumstances of the losses that occurred.

Method: The sample consists of a total of 79 participants who experienced at least one loss during the pandemic period due to Covid-19 or for other reasons. Our sample was collected in a clinical context, as well as through an online survey. The evaluation protocol consists of the following instruments, selected for the purposes of the study: sociodemographic questionnaire, Emotional Thermometer (ET-5), the International Prolonged Grief Disorder Scale (IPGDS), The Integration of Stressful Life Experiences Scales (ISLES) and the Death Anxiety Scale (DAS).

Results/Conclusion: The results of this study allowed us to conclude that the Covid-19 pandemic influenced the grieving processes, as well as the way that participants reflect on their losses. A significant presence of symptomatology of death anxiety, emotional suffering and prolonged mourning was confirmed in the participants, particularly in people of advanced age.

Keywords: Prolonged Mourning, Funeral Rituals, Grief Processes, Pandemic

Índice

| | |
|---|----|
| Capítulo I – Enquadramento Teórico..... | 1 |
| 1. Introdução | 1 |
| Capítulo II – Enquadramento Prático | 5 |
| 2. Objetivos e Hipóteses de Estudo..... | 5 |
| 3. Metodologia | 6 |
| 3.1 Caracterização da Amostra | 6 |
| 3.2 Instrumentos de Avaliação | 8 |
| 3.2.1 Termómetro Emocional (ET-5) | 8 |
| 3.2.2 Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado (IPGDS-PT) | 9 |
| 3.2.3 The Integration of Stressful Life Experiences Scales (ISLES) | 10 |
| 3.2.4 Escala de Ansiedade face à Morte (EAM) | 11 |
| 3.3 Procedimentos..... | 11 |
| 4. Análise Estatística | 13 |
| 5. Resultados..... | 14 |
| 6. Discussão dos Resultados..... | 23 |
| 7. Conclusão | 28 |
| Referências Bibliográficas..... | 29 |
| Anexos..... | 42 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Características Sóciodemográficas | 7 |
| Tabela 2. Prevalência da IPGDS, TE, EAM | 14 |
| Tabela 3. Análise descritiva de variáveis relacionadas com o impacto da perda no processo de luto e nas cerimónias fúnebres | 15 |
| Tabela 4. Comparação dos níveis de IPGS, TE, EAM e ISLES entre os dois géneros..... | 16 |
| Tabela 5. Comparação dos níveis de IPGDS, TE, EAM e ISLES de acordo com o ter-se despedido ou não do falecido..... | 18 |
| Tabela 6. Comparação dos níveis de IPGDS, TE, EAM e ISLES de acordo com a presença nas cerimónias fúnebres | 19 |
| Tabela 7. Comparação dos níveis de IPGDS, TE, EAM e ISLES de acordo com o ter visto ou não o corpo do falecido..... | 20 |
| Tabela 8. Correlação dos níveis de IPGDS, TE, EAM e ISLES entre si e entre estes e a idade... | 22 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Distribuição dos níveis de ansiedade face à morte de acordo com o género | 17 |
|---|----|

Lista de Abreviaturas

Covid-19 – Coronavirus Disease 2019

CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

EAM – Escala de Ansiedade face à Morte

IPGDS-PT – Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado – versão Portuguesa

ISLES – *The Integration of Stressfull Life Experiences Scale*

SPSS - *Social Package for the Social Sciences*

TE – Termómetro Emocional

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. Introdução

A pandemia por Covid-19 demonstrou-se um problema de saúde pública a nível global e sem precedentes na história recente (Eisma et al., 2021; Mofijur et al., 2021; Arora & Grey, 2020). As pandemias encontram-se associadas a perdas em grande escala num curto espaço de tempo (Taylor, 2019), tanto de vidas humanas (Scanlon & McMahon, 2011) como de rotinas, costumes, contactos sociais presenciais, empregos e de estabilidade financeira (Taylor, 2019; Weir, 2020a; Giorli et al., 2020; Marazziti & Stahl, 2020; Pozza et al., 2020; Vieira & Meirinhos, 2021; Vos, 2021).

Dessa forma, considera-se que uma pandemia é um período de crise sob o ponto de vista epidemiológico, psicológico, psiquiátrico e relacional (Weir, 2020^a; Giorli et al., 2020; Marazziti & Stahl, 2020; Pozza et al., 2020), tendo em consideração alterações cognitivas, emocionais e comportamentais que tendem a ser experienciadas durante esse período (Enumo et al., 2020).

Vários estudos confirmaram que o impacto negativo da pandemia por Covid-19 e as suas perdas em distintas esferas da vida afetaram negativamente a saúde mental dos indivíduos (Kumar & Nayar, 2020; Vindegaard & Benros, 2020; Öngür et al., 2020), resultando num aumento dos níveis de stress, ansiedade e depressão (Varma et al., 2021; Aguiar et al., 2022). Por sua vez, o contexto pandémico produziu um aumento significativo de mortes inesperadas em circunstâncias especiais e, conseqüentemente, uma quantidade semelhante de lutos que vieram a ocorrer em contextos, igualmente, peculiares (Matsuda et al., 2021; Menichetti et al., 2021). Ocorrendo copiosas mortes que não foram contabilizadas, e que se demonstram como tendo um elevado potencial para o desenvolvimento de problemáticas devastadores sobre os indivíduos e a sociedade em geral a curto e longo prazo (Wallace et al., 2020).

A nível global, as mortes devido à Covid-19 encontram-se relacionadas a níveis acrescidos de luto prolongado, sintomatologia emocional relacionada com o *stress* e a dificuldade na gestão das emoções (Guedes, 2020).

A morte vem, inevitavelmente, acompanhada de um processo de luto e ambos são fenómenos que acontecem com todos os seres humanos, por se tratar de fenómenos universais. Dessa forma, poderíamos acreditar que eles seriam encarados com naturalidade (Giamattey et al., 2022), mas a morte repentina, abrupta e em contexto pandémico é considerada prejudicial para a elaboração de um luto normativo (Cogo et al., 2020; Kato, 2020).

O luto é um processo natural e dinâmico de adaptação a uma perda significativa (Franco, 2021), que inclui respostas emocionais, cognitivas, físicas, comportamentais, sociais e espirituais (Wallace et al., 2020; Worden, 2018; Selman et al., 2020; Zhai & Du, 2020) e que se encontra presente em todas as culturas humanas (Weinstock et al., 2021). O processo de luto, comumente, ocorre num período de seis a doze meses (WHO, 2018) e durante este processo, os sujeitos tendem a, progressivamente, aceitar e integrar a perda e retomar as suas atividades de vida diária (Delalibera et al., 2011).

Porém, para outras pessoas este processo poderá torna-se mais problemático, desenvolvendo um processo de luto prolongado (Shear, 2012). O luto prolongado é uma forma crónica e prejudicial de se vivenciar a perda de um ente querido, o qual engloba uma intensificação de sofrimento emocional (Worden, 2018; WHO, 2018), a presença de pensamentos ruminativos, negativos, invasivos e uma tristeza intensa, que impede o sujeito de prosseguir com as suas atividades de vida diária (Wallace et al., 2020; Dell’Osso et al., 2011, 2012; Carmassi et al., 2014, 2015).

Este aumento de mortes e as suas características singulares, desencadearam uma sensação de medo constante, ansiedade face à morte (Hards et al., 2021; Menzies & Menzies, 2020; Selman et al., 2020; Söğütlü et al., 2021; Doering et al., 2022), solidão, mudanças nas relações sociais e inúmeros problemas a nível da saúde mental, como o aumento da probabilidade de desenvolver um processo de luto prolongado face às circunstâncias das mortes (Breen et al., 2021; Mortazavi et al., 2020; Bertuccio & Runion, 2020; Eisma et al., 2020; Gesi et al., 2020; van Ee et al., 2021; Wallace et al., 2020; Simon et al., 2020; Gabriel & Paulino, 2021).

A pandemia por Covid-19 veio reformular muitos aspetos relativos à experiência do morrer e da realização dos rituais fúnebres, como por exemplo o decréscimo dos mesmos rituais fúnebres.

Segundo Eisma et al (2020) os rituais fúnebres foram sujeitos a alterações profundas, dado que as normas sanitárias implementadas só permitiam a presença de um número reduzido de pessoas e familiares diretos. Para além disso, e considerando a presença de fatores preexistentes no indivíduo enlutado associado com o escasso apoio familiar e social e a presença de fatores económicos impactantes revelaram-se os principais preditores do desenvolvimento de luto prolongado (Mayland et al., 2020; Dashti et al., 2022; Gabriel & Paulino, 2021; Fuller et al., 2021).

Segundo as investigações a realização dos rituais fúnebres oferecem uma maior aceitação e internalização do processo de luto, tanto em crianças como em adultos (Burrell & Selman, 2020; Corpuz, 2021; Lowe et al., 2020; Mayland et al., 2020; Petry et al., 2021; Wallace et al., 2020). Contudo, face ao contexto pandémico a sua realização tornou-se difícil (Burrell & Selman, 2020; Eisma & Tamminga, 2020; Eisma et al., 2021; Stroebe & Schut, 2021).

A sua concretização auxilia o momento de despedida e a superação da perda, minimizando o sofrimento emocional vivenciado pelos sujeitos, sendo possíveis de serem encarados como espaços favoráveis para a elaboração e internalização da perda e na organização psíquica da vida sem o ente querido (Mitima-Verloop et al., 2021). Ou seja, a resolução do processo de luto encontra-se facilitada aquando da existência da concretização de rituais de despedida, comunicação sociofamiliar, agradecimentos, pedidos de perdão e obtenção de respostas a diversas questões (Alves et al., 2021; Walter & Bailey, 2020).

A pandemia desencadeou uma onda de ansiedade face à morte na população que vivenciou uma perda (Corpuz, 2021). A ansiedade face à morte é definida como uma reação de sofrimento emocional produzida pela perceção de sinais de perigo, que podem ser reais ou imaginários, sobre a própria existência, na qual que pode ser desencadeada por estímulos ambientais, como cadáveres e cemitérios e estímulos internos ao ser humano como pensamentos ou imagens relacionadas com a consciência da própria morte (Khademi

et al., 2021; Abdel-Khalek & Tomás-Sábado, 2005; American Psychological Association, 2020; Jones et al., 2021).

Por sua vez, os estudos indicam que o nível de ansiedade face à morte tem-se intensificado por causa da situação pandémica e, será naturalmente acompanhada por uma dificuldade de regulação emocional (Söğütü et al., 2021; Menzies & Menzies, 2020). Na maioria das condições extremas, a ansiedade face à morte impede que as pessoas realizem as suas atividades de vida diária, devido a temerem uma contaminação que poderá levar à morte (Shamim & Muazzam, 2018).

As mortes por Covid-19 foram classificadas como “mortes negativas”, devido a estarem associadas a níveis de sofrimento físico e psicológico (Ahmed et al., 2020; González-Sanguino et al., 2020; Huang & Zhao, 2020; Moghanibashi-Mansourieh, 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Xiong et al., 2020), a um despreparo para a morte, a um procedimento desrespeitoso e à incapacidade de acesso aos serviços de saúde para visitar os entes queridos (Trębski, 2021).

Desta forma, as pessoas que passaram uma perda recente durante a pandemia por Covid-19 apresentam níveis mais elevados de luto e de ansiedade face à morte comparativamente àquelas que sofreram uma perda antes da pandemia (Eisma et al., 2020; Jungmann & Witthöft, 2020).

A morte, por si, é um destino inevitável e a perda de alguém que nos é significativo poderá representar um acontecimento de vida potencialmente desestruturante, stressante e de grande sofrimento emocional (Yalçın et al., 2022; Metin et al. 2021, 2022). Porém, a pandemia por Covid-19 foi um marco inesperado para a sociedade e as suas consequências a nível da saúde mental têm vindo a ser investigadas para se perceber quais as manifestações produzidas pelas mortes provocadas nos entes queridos.

Tendo em consideração o mencionado anteriormente este estudo torna-se fulcral no sentido de avaliar o impacto da pandemia nos processos de luto, tendo em consideração as circunstâncias das perdas, no sentido de se delinearem possíveis estratégias de prevenção do sofrimento provocado pela impossibilidade de realizar os rituais fúnebres associados a processos de luto normativos, bem como planear recomendações estratégicas

para a intervenção juntos dos indivíduos que viveram perdas importantes durante a pandemia, por Covid-19.

Capítulo II – Enquadramento Prático

2. Objetivos e Hipóteses de Estudo

O presente projeto tem como linha de investigação obter respostas acerca dos diferentes efeitos da pandemia face à experiência do luto, tendo os seguintes objetivos:

- 1) Analisar a prevalência dos níveis de luto prolongado, sofrimento emocional, ansiedade face à morte e experiências de vida *stressantes*,
- 2) Analisar o impacto da pandemia no processo de luto e nas cerimónias fúnebres;
- 3) Analisar o impacto da pandemia por Covid-19 na vivência do luto prolongado considerando as variáveis: Sofrimento Emocional, Ansiedade face à Morte, Experiências de Vida Stressantes e os Rituais Fúnebres;
- 4) Analisar as correlações entre as variáveis em estudo e a idade.

A análise estatística dos dados recolhidos teve como desígnio 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 e correlacional.

As hipóteses que serão motivo de análise ao longo desta investigação são as seguintes:

H₁: Existem diferenças significativas, entre géneros, nos níveis de luto, de sofrimento emocional, ansiedade face à morte e experiências de vida *stressantes*;

H₂: Existem diferenças significativas nos níveis de luto, sofrimento emocional, ansiedade face à morte e experiências de vida *stressantes* conforme a possibilidade de despedida do falecido;

H₃: Existem diferenças significativas nos níveis de luto, sofrimento emocional, ansiedade face à morte e nas experiências de vida *stressantes* entre os indivíduos que estiveram presentes nas cerimónias fúnebres;

H₄: Existem diferenças significativas nos níveis de luto, sofrimento emocional, ansiedade face à morte e nas experiências de vida *stressantes* conforme a possibilidade de visualizar o corpo do falecido.

De modo a verificar a relação entre a idade e as variáveis de Luto Prolongado, Sofrimento Emocional, Ansiedade face à Morte e Experiências de Vida *Stressantes*, bem como a relação entre estas, colocaram-se as seguintes hipóteses:

H₅: Existe correlação entre a idade e as variáveis Luto Prolongado, Sofrimento Emocional, Ansiedade Face à Morte e Experiência de Vida *Stressante*;

H₆: Existe correlação entre as variáveis Luto Prolongado, Sofrimento Emocional, Ansiedade Face à Morte e Experiência de Vida *Stressante*.

3. Metodologia

3.1 Caracterização da Amostra

No que respeita à amostra esta é constituída por 79 participantes de ambos os sexos, sendo 58 do sexo feminino (73.4%) e 21 do sexo masculino (26.6%), com idades compreendidas entre os 18 e 72 anos (*média* = 35.81; *DP* = 15.86).

Os participantes em causa são, na sua maioria, solteiros (58.2%) e encontram-se empregados (54.4%). O principal motivo de morte do ente querido foi por causa natural (69.6%), sendo que a relação estabelecida com o falecido era, maioritariamente, a perda do avô/avó (39.2%). Ainda se verifica que 30.4% dos participantes obtiveram apoio psicológico. A tabela 1 ilustra os resultados obtidos.

Tabela 1

Características Sociodemográficas

| <i>Características</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
|-------------------------------|----------|----------|----------|-----------|
| Género | | | | |
| Feminino | 58 | 73.4 | | |
| Masculino | 21 | 26.6 | | |
| Idade | | | 35.81 | 15.86 |
| Estado Civil | | | | |
| Solteiro | 46 | 58.2 | | |
| Casado / União de Facto | 27 | 34.2 | | |
| Divorciado/Separado | 1 | 1.3 | | |
| Viúvo | 5 | 6.3 | | |
| Situação Profissional | | | | |
| Empregado | 43 | 54.4 | | |
| Desempregado | 10 | 12.7 | | |
| Reformado | 4 | 5.1 | | |
| Outros | 22 | 27.8 | | |
| Causa da Morte | | | | |
| Causa Natural | 55 | 69.6 | | |
| COVID-19 | 14 | 17.7 | | |
| Acidente | 8 | 10.1 | | |
| Suicídio | 2 | 2.5 | | |
| Grau de Parentesco | | | | |
| Avô / Avó | 31 | 39.2 | | |
| Filho(s) | 16 | 20.3 | | |
| Marido / Companheiro | 1 | 1.3 | | |
| Esposa / Companheira | 3 | 3.8 | | |
| Outros | 28 | 35.4 | | |
| Tio/Tia | 8 | 10,1 | | |
| Mãe | 6 | 7.6 | | |
| Irmão | 3 | 3.8 | | |
| Teve Apoio Psicológico | | | | |
| Sim | 24 | 30.4 | 1.30 | .30 |
| Não | 55 | 69.6 | | |

3.2 Instrumentos de Avaliação

Primeiramente, foi construído um documento sobre o consentimento informado (anexo A) com o objetivo de comunicar aos indivíduos sobre os principais objetivos do estudo, a confidencialidade, o anonimato dos seus dados e a possibilidade de desistência a qualquer momento sem que houvesse qualquer tipo de prejuízo. Todas as pessoas que se disponibilizaram a participar neste estudo, consentiram responder ao protocolo de investigação.

O protocolo de investigação foi estruturado em duas partes: o questionário sociodemográfico e os instrumentos utilizados para a realização do estudo. O questionário sociodemográfico encontra-se organizado em três grupos de questões: o primeiro grupo diz respeito à caracterização sociodemográfica do participante; o segundo grupo faz referência à contextualização da perda do ente querido e no terceiro grupo constam questões sobre o contexto pandémico (Anexo B1).

Sobre os instrumentos utilizados para medir as variáveis em estudo estes foram: o Termómetro Emocional (TE-5) (anexo B2), a Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado (IPGDS-PT) (Anexo B3), o *The Integration of Stressful Life Experiences Scale* (ISLES) (Anexo B4) e a Escala de Ansiedade face à Morte (EAM) (Anexo B5).

3.2.1 Termómetro Emocional (TE-5)

Para avaliar o sofrimento emocional foi usado o instrumento Termómetro Emocional. O Termómetro Emocional, permite avaliar o nível de alterações emocionais sentidas pelos participantes durante a última semana. A versão utilizada para a investigação foi a de Pereira & Teixeira (2011), da Universidade do Minho, apresentando um nível de consistência interna global de .92.

O instrumento contém cinco escalas visuais analógicas na forma de 4 domínios de prevenção (Termómetros de Sofrimento Emocional, Ansiedade, Depressão e Revolta) e uma de resultado (Necessidade de Ajuda) (Mitchell & Symonds, 2010). Cada domínio é cotado numa escala de *Likert* de 11 pontos, em formato visual de um termómetro, alternado de 0 a 10 pontos, sendo (0 = "ausência de sofrimento" e 10 = "sofrimento extremo"). Considera-

se como ponte de corte valores superiores a 5, ao nível do Termómetro de Sofrimento Emocional, que apresenta uma consistência interna de .85 (Gomes, 2011).

Para a presente investigação, utilizou-se, unicamente, o Termómetro de Sofrimento Emocional, sobre o qual o nosso estudo obteve um bom nível de consistência interna, medido através do *alpha* de Cronbach de .84.

3.2.2 Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado (IPGDS-PT)

A IPGDS-PT é constituída por duas partes, tendo sido desenvolvida com o objetivo de avaliar a sintomatologia de luto prolongado. A primeira parte é composta por 14 itens, cotados através de uma escala *Likert* de 5 pontos (1 = "nunca"; 2 = "raramente"; 3 = "às vezes"; 4 = "frequentemente"; 5 = "sempre") em que os indivíduos selecionam a frequência que mais sentiram face à sua situação no último mês, contendo um item adicional relacionado ao tempo decorrido após a perda. A segunda parte é constituída por 20 itens, igualmente, numa escala tipo *Likert* (1 = "nunca"; 2 = "raramente"; 3 = "às vezes"; 4 = "frequentemente"; 5 = "sempre") que avaliam aspetos culturais. Estes 20 itens culturais foram incluídos com base em trabalhos de pesquisa transcultural internacional, tendo por base uma rede internacional de pesquisa com o objetivo de avaliar o luto prolongado considerando os critérios da CID-11 (Guedes, et al., 2020).

A presente escala demonstra valores muito bons a nível da consistência interna, com um alfa de Cronbach de .93, indicando um alto nível de fiabilidade. O seu ponto de corte (>38) indica uma boa capacidade de discriminação para a Perturbação de Luto Prolongado. A sua cotação é realizada perante a pontuação global para a gravidade do luto, ou seja, através do somatório dos itens 1-13 e quanto maior o valor, maior é a gravidade do luto (Guedes, et al., 2020).

O presente estudo evidencia um *alpha* de Cronbach de .92, o que revela uma consistência interna elevada.

3.2.3 The Integration of Stressful Life Experiences Scales (ISLES)

O ISLES tem como finalidade avaliar o grau em que qualquer experiência de vida *stressante* é integrada de forma adaptativa a uma história de vida mais ampla, sobre a qual se pode promover um senso de coerência interna e promover uma visão de segurança e esperança no futuro.

A escala é composta por 16 afirmações relativas ao acontecimento de vida mais *stressante* que a pessoa vivenciou nos últimos dois anos, sendo medida através de uma escala tipo *Likert*, de 1 a 5 (1 = “Concordo fortemente” a 5 = “Discordo fortemente”) (Holland et al., 2010).

O ISLES apresenta um item invertido (item 2), e todos os restantes itens devem ser cotados usando a escala tipo *Likert*. A soma de todos os itens permite calcular a pontuação total do ISLES.

O somatório dos itens 1, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15 e 16 permitem obter a subescala *Footing in the World*, e os itens 2, 4, 6, 8 e 10 obter a subescala Compreensibilidade (Holland et al., 2010). A subescala *Footing in the World* permite avaliar até que ponto a visão dos participantes acerca do mundo foram ou não alteradas, com a experiência de vida *stressante* e a subescala Compreensibilidade mede a capacidade de o participante dar sentido ao evento *stressante* (Holland et al., 2014).

Este instrumento apresenta uma forte consistência interna da escala total de .94, e das duas subescalas de .94 e .85, respetivamente (Holland et al., 2010).

Relativamente, ao nosso estudo, a escala global revelou um índice de consistência interna de .94 e na subescala *Footing in the World* de .95 e na da Compreensibilidade de .75.

3.2.4 Escala de Ansiedade face à Morte (EAM)

A Escala de Ansiedade face à Morte (EAM) baseada no *Death Anxiety Questionnaire* (DAQ) desenvolvido por Conte et al. (1982), adaptada por Simões e Neto (1994) e, posteriormente, readaptada por Barros (1998), tem como objetivo avaliar a ansiedade face à morte. Na readaptação por Barros (1998) a escala foi considerada unifatorial, ficando assim composta por um total de 11 itens, formulados na primeira pessoa e de modo afirmativo. O questionário utiliza uma escala do tipo *Likert*, com 5 modalidades de resposta, variando de “*totalmente em desacordo*” a “*totalmente de acordo*”.

A pontuação total resulta do somatório da pontuação atribuída a cada item, sendo que, quanto maior for a pontuação, maior é a ansiedade face à morte. O máximo de ansiedade face à morte é de 55 pontos e o mínimo de 11 pontos (Barros, 1998). 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) (Barros, 1998).

O nosso estudo apresenta um *alpha* de *Cronbach* de .88, o que revela uma consistência interna elevada.

3.3 Procedimentos

O presente projeto foi submetido à Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), que aprovou os objetivos, desenho, métodos e procedimentos, permitindo a realização da investigação.

No que diz respeito à recolha da amostra, esta foi realizada de duas formas: presencial e em formato *online*, através da plataforma *LimeSurvey*, de modo a alcançar o maior número de participantes. O protocolo de investigação também foi administrado, presencialmente, a indivíduos que se encontravam em acompanhamento psicológico na consulta de luto, no CHTS.

Como critérios de inclusão, os participantes teriam de ter as seguintes condições:

- 1) ser adulto, com idade igual ou superior a 18 anos;
- 2) concordarem em participar através do preenchimento do consentimento informado;
- 3) possuírem conhecimentos e meios tecnológicos para a participação na investigação através do preenchimento do questionário *online* ou do protocolo de investigação de forma presencial;
- 4) terem vivenciado pelo menos uma perda durante a pandemia, seja devido à COVID-19 ou por outros motivos.

Para todos os participantes foi disponibilizado um documento com o consentimento informado com o objetivo de dar a conhecer os principais objetivos do estudo, bem como, o preenchimento do questionário sociodemográfico e as escalas que avaliam o sofrimento emocional, os níveis de luto, as experiências de vida *stressantes* e a ansiedade face à morte. Sendo garantida a confidencialidade, o anonimato dos dados e a possibilidade de desistência a qualquer momento sem que existisse qualquer tipo de prejuízo para o participante.

Os dados foram recolhidos através dos questionários selecionados para o efeito. Tendo, posteriormente, sido rigorosamente arquivados, cumprindo todas as normas de salvaguarda de confidencialidade estabelecidas pelos códigos de ética e pelas convenções internacionais para a proteção dos direitos dos participantes.

A seleção dos participantes foi realizada a partir das consultas psicológicas, nas quais se consideraram os pacientes que ficaram enlutados durante o período da pandemia por Covid-19, tendo o seu ente querido falecido, por motivo da doença Covid-19, quer por outra causa de morte. Desta forma, a amostra assenta em dois grandes grupos:

- a) Grupo de enlutados respondentes através de uma plataforma *online*;
- b) Grupo clínico constituído por enlutados a frequentar a consulta externa do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHTS.

Posteriormente, para a respetiva análise das respostas dos participantes foi criada uma base de dados na qual agruparam-se as respostas obtidas pela plataforma *online Limesurvey* e os dados recolhidos através dos protocolos aplicados em consulta presencial. Para tal efeito de estudo, foi utilizado o *software IBM Social Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 29.

4. Análise Estatística

Foi realizada uma estatística descritiva para estimar as frequências e percentagens, médias, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo.

Foram utilizados os testes de Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade das variáveis em estudo. Uma vez que não se verificou a normalidade das mesmas, optou-se por análises não paramétricas. Assim sendo, para comparar os níveis de luto, sofrimento emocional, experiências de vida *stressantes* e de ansiedade face à morte, entre os indivíduos que viram o corpo do falecido; os que não viram, mas gostavam de ter visto e os que não viram, mas não gostavam de ter visto, utilizou-se o teste não-paramétrico Kruskal-Wallis, seguido do Teste de Dunn com correção de Bonferroni, para as diferentes combinações, de modo a perceber quais os que diferiam significativamente entre si.

Para comparar os níveis de luto, sofrimento emocional, experiências de vida *stressantes* e de ansiedade face à morte, entre os que estiveram ou não presentes nas cerimónias fúnebres; entre os que se despediram ou não do entre querido e entre os dois géneros, utilizou-se o teste de Mann-Whitney.

Para analisar a correlação entre as diferentes escalas (IPGDS, TE, EAM e ISLES) e entre estas e a idade dos participantes, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson. A interpretação dos resultados obteve assentou nas diretrizes transmitidas por Pestana e Gageiro (2014), através das quais, valores de r inferiores a .2 indicam-nos a existência de associações muito baixas ou muito fracas; de .2 a .39, baixas ou fracas; .4 a .69, moderadas; .7 a .89, forte; e superiores a .9 são consideradas muito fortes, sendo o valor 1 indicador de uma correlação perfeita.

Relativamente à interpretação estatística dos resultados, serão utilizados níveis de significância de ($p < .05$), ($p < .01$) e ($p < .001$).

5. Resultados

- a) Descrever a prevalência dos níveis de luto prolongado, sofrimento emocional, ansiedade face à morte e experiências de vida stressantes.

Com o objetivo de descrever a prevalência dos níveis de luto prolongado, sofrimento emocional, ansiedade face à morte e de experiências de vida *stressantes* recorreu-se ao ponto de corte sugerido pelos autores das versões originais de cada escala (Rocha, et al., 2020; Pereira & Teixeira, 2011; Barros, 1998; Holland et al., 2010).

Neste sentido, verificamos que dos 79 participantes, 37(46.8%) apresentam luto prolongado. No que diz respeito ao sofrimento emocional, a maioria dos indivíduos 50(63.3%) evidenciava sofrimento significativo e 77(79.5%) apresentava níveis de ansiedade face à morte, com significado clínico (Tabela 2).

Tabela 2

Prevalência da IPGDS, TE, EAM

| Variáveis | n | % |
|----------------------------|----|------|
| Luto Prolongado | | |
| Com Luto Prolongado | 37 | 46.8 |
| Sem Luto Prolongado | 42 | 53.2 |
| Sofrimento Emocional | | |
| Com sofrimento | 50 | 63.3 |
| Sem sofrimento | 29 | 36.7 |
| Ansiedade Face à Morte | | |
| Com Ansiedade Face à Morte | 77 | 97.5 |
| Sem Ansiedade Face à Morte | 2 | 2.5 |

b) Descrever o impacto no processo de luto e nas cerimónias fúnebres

Com a intenção de descrever o impacto da perda no processo de luto e nas cerimónias fúnebres, através da análise da Tabela 3, podemos verificar que dos 79 participantes do nosso estudo, 39.2% afirmam que a pandemia prejudicou o seu processo de luto, sendo que 57% referem que a pandemia os fez pensar mais na perda sofrida.

Quando questionados sobre as cerimónias fúnebres, maioritariamente, 74.7% estiveram presentes no funeral, sendo que 45.6% dos indivíduos referem que não se puderam despedir do seu ente querido. Verificou-se que a maioria dos participantes não teve a oportunidade de visualizar o corpo 59.5% e que para 36.7% as cerimónias fúnebres não foram de encontro às suas expectativas.

Tabela 3

Análise descritiva de variáveis relacionadas com o impacto da perda no processo de luto e nas cerimónias fúnebres

| | Sim | | Não | |
|--|-----|------|-----|------|
| | N | % | N | % |
| Impacto da Pandemia no processo de luto | | | | |
| A pandemia prejudicou o processo de luto? | 31 | 39.2 | 48 | 60.8 |
| A pandemia fê-lo pensar mais na perda sofrida? | 45 | 57.0 | 34 | 43.0 |
| Cerimónias fúnebres | | | | |
| As cerimónias fúnebres foram de encontro às suas expectativas? | 50 | 63.3 | 29 | 36.7 |
| Foi possível existir um momento de despedida? | 43 | 54.4 | 36 | 45.6 |
| Esteve presente no funeral? | 59 | 74.7 | 20 | 25.3 |
| Teve oportunidade de ver o corpo? | 32 | 40.5 | 47 | 59.5 |

Teste U de Mann-Whitney

A utilização de um teste não paramétrico tem como base um teste de hipóteses, na qual não exige que a população siga uma distribuição normal. Desta forma, o teste *U* de Mann-Whitney tem como objetivo analisar e verificar diferenças entre duas amostras independentes (Pestana & Gageiro, 2014).

H₁: Existem diferenças significativas, entre géneros, nos processos de luto, nos níveis de sofrimento emocional, ansiedade face à morte e experiências de vida *stressantes*.

Através dos resultados sintetizados na tabela 4, verificamos que os indivíduos do género feminino apresentam níveis superiores em todos os domínios, comparativamente com o género masculino, sendo que ao nível da ansiedade face à morte estas diferenças são estatisticamente significativas ($U= 35.10$; $p= .004$) (figura 1). Por sua vez, na subescala compreensibilidade, pertencente à escala ISLES, são os indivíduos do género masculino que apresentam níveis superiores ($mean\ rank = 40.19$) comparativamente com o género feminino ($mean\ rank = 39.93$), sem, todavia, atingir significado estatístico.

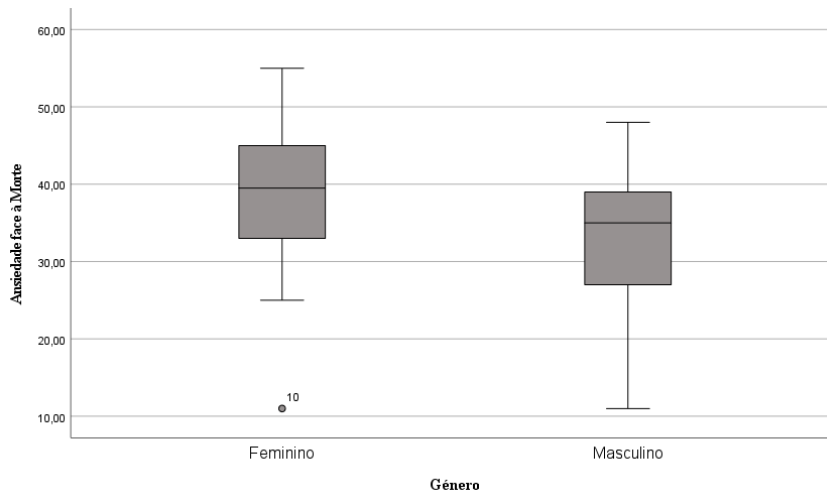
Tabela 4

Comparação dos níveis de IPGDS, TE, EAM e ISLES entre os dois géneros

| | Género | <i>n</i> | <i>Mean Rank</i> | <i>U</i> | <i>p</i> |
|-----------------------------------|-----------|----------|------------------|----------|-------------|
| IPGDS | Feminino | 58 | 40.64 | 572.0 | .681 |
| | Masculino | 21 | 38.24 | | |
| TE | Feminino | 58 | 40.63 | 572.5 | .683 |
| | Masculino | 21 | 38.26 | | |
| EAM | Feminino | 58 | 44.45 | 351.0 | .004 |
| | Masculino | 21 | 27.71 | | |
| ISLES | Feminino | 58 | 40.83 | 561.0 | .594 |
| | Masculino | 21 | 37.71 | | |
| ISLES <i>footing in the world</i> | Feminino | 58 | 41.05 | 548.0 | .498 |
| | Masculino | 21 | 37.10 | | |
| ISLES compreensibilidade | Feminino | 58 | 39.93 | 605.0 | .964 |
| | Masculino | 21 | 40.19 | | |

Figura 1

Distribuição dos níveis de ansiedade face à morte de acordo com o género



H₂: Existem diferenças significativas nos níveis de luto, sofrimento emocional, ansiedade face à morte e experiências de vida *stressantes* conforme a possibilidade de despedida do falecido.

Relativamente aos resultados obtidos e apresentados na tabela 5, verifica-se que os indivíduos que se despediram do falecido apresentam valores superiores de luto, de sofrimento emocional, de experiência de vida stressante e de *footing in the world* comparativamente com os que não se despediram do corpo, todavia estas diferenças não atingem o significado estatístico. Ao nível da ansiedade face à morte e da subescala compreensibilidade, são os indivíduos que não se despediram do falecido que apresentam valores superiores, contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 5

Comparação dos níveis de IPGDS, TE, EAM e ISLES de acordo com o ter-se despedido ou não do falecido

| | Despedida do falecido | <i>n</i> | <i>Mean Rank</i> | <i>U</i> | <i>p</i> |
|---------------------------------------|--------------------------|----------|----------------------|----------|----------|
| IPGDS | Sim | 43 | 40.84 | 738.0 | .723 |
| | Não | 36 | 39.00 | | |
| TE | Sim | 43 | 40.47 | 754.0 | .843 |
| | Não | 36 | 39.44 | | |
| EAM | Sim | 43 | 39.10 | 735.5 | .704 |
| | Não | 36 | 41.07 | | |
| ISLES | Sim | 43 | 40.93 | 734.0 | .693 |
| | Não | 36 | 38.89 | | |
| ISLES <i>footing in the world</i> | Sim | 43 | 42.56 | 664.0 | .278 |
| | Não | 36 | 36.94 | | |
| ISLES compreensibilidade | Sim | 43 | 38.27 | 699.5 | .462 |
| | Não | 36 | 42.07 | | |

H₃: Existem diferenças significativas nos níveis de luto, sofrimento emocional, ansiedade face à morte e nas experiências de vida *stressantes* entre os indivíduos que estiveram presentes nas cerimónias fúnebres.

A tabela 6 demonstra que, os indivíduos que estiveram presentes nas cerimónias fúnebres apresentam níveis de luto significativamente superiores (*mean rank* = 43.47) comparativamente aos que não estiveram presentes (*mean rank* = 29.75) (*U* = 385.0; *p* = .021). Verificou-se, igualmente, diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sofrimento emocional (*U* = 355.5; *p* = .004), sendo que os indivíduos que estiveram presentes nas cerimónias fúnebres apresentam níveis de sofrimento superiores. Por outro lado, os indivíduos que não estiveram presentes nas cerimónias fúnebres apresentam valores de *footing in the worl* superiores (*mean rank* = 48.83) aos que estiveram presentes (*mean rank* = 37.01), sendo estas diferenças estatisticamente significativas (*U* = 413.5; *p* = .046).

Tabela 6

Comparação dos níveis de IPGDS, TE, EAM e ISLES de acordo com a presença nas cerimónias fúnebres

| | Presença nas cerimónias fúnebres | <i>n</i> | <i>Mean Rank</i> | <i>U</i> | <i>p</i> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------|------------------|----------|-------------|
| IPGDS | Sim | 59 | 43.47 | 385.0 | .021 |
| | Não | 20 | 29.75 | | |
| TE | Sim | 59 | 44.31 | 335.5 | .004 |
| | Não | 20 | 27.28 | | |
| EAM | Sim | 59 | 41.26 | 515.5 | .400 |
| | Não | 20 | 36.26 | | |
| ISLES | Sim | 59 | 37.37 | 435.0 | .080 |
| | Não | 20 | 47.75 | | |
| ISLES <i>footing in the world</i> | Sim | 59 | 37.01 | 413.5 | .046 |
| | Não | 20 | 48.83 | | |
| ISLES compreensibilidade | Sim | 59 | 37.64 | 451.0 | .116 |
| | Não | 20 | 46.95 | | |

H₄: Existem diferenças significativas nos níveis de luto, sofrimento emocional, ansiedade face à morte e nas experiências de vida *stressantes* conforme a possibilidade de visualizar o corpo do falecido.

Através dos resultados obtidos no teste de Kruskal-Wallis (tabela 7) e, no que diz respeito aos níveis de luto, verificamos que os indivíduos que não viram o corpo do falecido, mas gostavam de ter visto apresentam níveis superiores de luto (*mean rank* = 46.38), comparativamente com os que viram (*mean rank* = 46.38) e com os que não viram, mas também não gostavam de ter visto (*mean rank* = 46.38), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($H = 7.45$; $p = .024$). O teste de Dunn demonstrou que estas diferenças se verificam entre os indivíduos que não viram, mas gostavam de ter visto e com os indivíduos que viram ($p = .020$) e entre os indivíduos que não viram, mas gostavam de ter visto e os que não viram, mas também não gostavam de ter visto ($p = .018$).

Contudo, no que diz respeito aos indivíduos que não viram o corpo, mas gostavam de ter visto apresentam valores superiores de sofrimento emocional (*mean rank* = 45.88) comparativamente aos que viram o corpo (*mean rank* = 43.02) e aos que não viram, mas não gostavam de ter visto (*mean rank* = 32.07).

Face à ansiedade face à morte os indivíduos que não viram o corpo, mas também não gostavam de ter visto apresentam valores superiores (*mean rank* = 42.96) comparativamente com os que viram (*mean rank* = 39.19) e com os que não viram, mas gostavam de ter visto (*mean rank* = 37.30), sem, todavia, atingirem o significado estatístico.

Verificamos ainda no que diz respeito às experiências de vida stressantes, que no ISLES e nas suas subescalas (*footing in the world* e compreensibilidade), são os indivíduos que não viram o corpo, mas também não gostavam de ter visto que apresentam valores superiores, comparativamente com os que não viram, mas gostavam de ter visto e com os que viram, respetivamente, contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 7

Comparação dos níveis de IPGDS, TE, EAM e ISLES de acordo com o ter visto ou não o corpo do falecido

| | Ver corpo do falecido | n | Mean Rank | H | ρ |
|----------------------------|--|----|-----------|------|--------|
| IPGDS_TOTAL | Não vi, mas gostava de ter visto. | 20 | 46,38* | | |
| | Não vi, mas também não gostava de ter visto. | 27 | 30,30* | 7.45 | .024 |
| | Sim, vi. | 32 | 44,20* | | |
| TE_TOTAL | Não vi, mas gostava de ter visto. | 20 | 45,88 | | |
| | Não vi, mas também não gostava de ter visto. | 27 | 32,07 | 5.16 | .076 |
| | Sim, vi. | 32 | 43,02 | | |
| EAM_TOTAL | Não vi, mas gostava de ter visto. | 20 | 37,30 | .77 | .681 |
| | Não vi, mas também não gostava de ter visto. | 27 | 42,96 | | |
| | Sim, vi. | 32 | 39,19 | | |
| ISLES_TOTAL | Não vi, mas gostava de ter visto. | 20 | 40,15 | 2.13 | .345 |
| | Não vi, mas também não gostava de ter visto. | 27 | 44,69 | | |
| | Sim, vi. | 32 | 35,95 | | |
| ISLES_footing_in_the_world | Não vi, mas gostava de ter visto. | 20 | 39,20 | 1.52 | .466 |
| | Não vi, mas também não gostava de ter visto. | 27 | 44,24 | | |
| | Sim, vi. | 32 | 36,92 | | |
| ISLES_compreensibilidade | Não vi, mas gostava de ter visto. | 20 | 41,20 | 3.46 | .177 |
| | Não vi, mas também não gostava de ter visto. | 27 | 45,56 | | |
| | Sim, vi. | 32 | 34,56 | | |

*teste de Dunn diferenças significativas entre os indivíduos que não viram, mas gostavam de ter visto e com os indivíduos que viram ($\rho = .020$) e entre os indivíduos que não viram, mas gostavam de ter visto e os que não viram, mas também não gostavam de ter visto ($\rho = .018$)

Coeficiente de Correlação de Pearson

O teste de Coeficiente de Correlação de Pearson (r) tem como objetivo medir o grau de correlação linear entre duas variáveis quantitativas, atributo ou característica de determinado assunto. Sendo possível verificar a adequação do modelo ao estudo em causa consoante o valor do coeficiente de correlação de Pearson: este trata-se de um número real (r), compreendido entre -1 e 1 inclusive. Quanto mais próximo de $|1|$ estiver o valor de r , melhor é a correlação (Pestana & Gageiro, 2014).

H₅: Existe correlação entre a idade e as variáveis Luto Prolongado, Sofrimento Emocional, Ansiedade Face à Morte e Experiência de Vida Stressante.

H₆: Existe correlação entre as variáveis Luto Prolongado, Sofrimento Emocional, Ansiedade Face à Morte e Experiência de Vida *Stressante*.

Com o intuito de averiguar se a idade se correlaciona com as diversas variáveis em estudo e se estas se correlacionam entre si, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson.

Desta forma, através da análise dos resultados obtidos (tabela 8), verifica-se que a idade se correlaciona de modo positivo moderado, e estatisticamente significativo com o luto prolongado ($r = .472$; $p < .001$), e com o sofrimento emocional ($r = .430$; $p < .001$), ou seja, há medida que aumenta a idade aumentam os níveis de luto prolongado, bem como o sofrimento emocional. E de forma negativa moderada com o ISLES ($r = -.403$; $p < .001$). Por outro lado, correlaciona-se de modo negativo fraco e estatisticamente significativo com a subescala *footing in the world* e compreensibilidade ($r = -.384$; $p < .001$), ($r = -.390$; $p < .001$), respetivamente.

No que diz respeito à correlação entre as variáveis em estudo, verificamos que a IPGDS, correlaciona-se de modo negativo moderado e estatisticamente significativo com o ISLES ($r = -.660$; $p < .001$), com o ISLES *Footing in the world* ($r = -.612$; $p < .001$) e com o ISLES compreensibilidade ($r = -.79$; $p < .001$), e de modo positivo moderado e estatisticamente significativo com TE ($r = .658$; $p < .001$).

O TE correlaciona-se de modo negativo moderado e estatisticamente significativo com o ISLES ($r = -.490$; $p < .001$), com o ISLES *footing in the world* ($r = -.461$; $p < .001$) e com o ISLES compreensibilidade ($r = -.487$; $p < .001$).

O ISLES correlaciona-se de modo positivo elevado e estatisticamente significativo com o ISLES *footing in the world* ($r = .983$; $p < .001$) e com o ISLES compreensibilidade ($r = .888$; $p < .001$). Por sua vez, o ISLES *footing in the world* correlaciona-se de modo positivo forte e estatisticamente significativo com o ISLES compreensibilidade ($r = .788$; $p < .001$).

Porém, a EAM correlaciona-se de modo positivo muito fraco com o IPGDS, o ISLES *footing in the world* e com o ISLES, e de modo positivo fraco com o TE sem, todavia, atingir o significado estatístico.

Tabela 8

Correlação dos níveis de IPGDS, TE, EAM e ISLES entre si e entre estes e a idade

| | IPGDS | TE | EAM | ISLES | ISLES <i>footing in the world</i> | ISLES compreensibilidade |
|-----------------------------------|---------|---------|-------|---------|--|-----------------------------|
| Idade | .472** | .430** | -.131 | -.403** | -.384** | -.390** |
| IPGDS | - | | | | | |
| TE | .658** | - | | | | |
| EAM | -.192 | .221 | - | | | |
| ISLES | -.660** | -.490** | .004 | - | | |
| ISLES <i>footing in the world</i> | -.612** | -.461** | .029 | .983** | - | |
| ISLES compreensibilidade | -.679** | -.487** | -.060 | .888** | .788** | - |

** $p < .001$

6. Discussão dos Resultados

O presente estudo sugere a discussão dos resultados com base na literatura existente até ao momento. Este projeto de investigação como referido anteriormente pretende aprofundar o estudo do impacto da pandemia nos processos de luto, tendo em consideração as circunstâncias das perdas.

A respetiva análise estatística dos dados, permitiu, num primeiro momento, descrever a prevalência da sintomatologia referente às variáveis em estudo nos participantes e num segundo momento as expectativas dos participantes sobre as cerimónias fúnebres, mais especificamente a existência de um momento de despedida, a importância da visualização do corpo do ente querido e o seu impacto nos processos de luto.

Primeiramente, de acordo com os pontos de corte descritos anteriormente, a análise da prevalência de luto prolongado, sofrimento emocional e ansiedade face à morte nos indivíduos enlutados em fase de pandemia, foi possível constatar que se verifica, na sua maioria, presença de sintomatologia de luto prolongado, sofrimento emocional e ansiedade face à morte (46.8%, 63.3% e 79.5% respetivamente).

A presença de participantes com luto prolongado evidencia que a sintomatologia de luto prolongado se encontra mais elevada em mortes inesperadas e na ausência de rituais de luto tradicionais, como é o caso das mortes repentinas no período de pandemia por Covid-19 (Eisma et al., 2020, 2021; Testoni et al., 2021; Tang et al., 2021; Hamid et al., 2020).

Face aos valores obtidos ao nível do sofrimento emocional e de ansiedade face à morte, estes valores vão de encontro ao que a literatura sugere. Tendo por base os estudos efetuados pela comunidade científica que corroboram os nossos resultados, referindo que o aumento de mortes e as suas características singulares despoletaram elevados níveis de sofrimento emocional e ansiedade face à morte, na população que vivenciou uma perda (Hards et al., 2021; Menzies & Menzies, 2020; Selman et al., 2020; Söğütü et al., 2021; Doering et al., 2022; Huang et al., 2021; Kamble et al., 2022).

No que se refere às cerimónias fúnebres, os resultados obtidos descrevem que a maioria dos participantes estiveram presentes no funeral (74.7%), sendo que (45.6%) não

teve um momento de despedida do ente querido e que a maioria (59.5%) não teve a oportunidade de visualizar o corpo do falecido. Ainda foi possível verificar que para 36.7% dos participantes as cerimónias fúnebres não foram de encontro às expectativas.

Estas alterações ocorridas nos rituais fúnebres em período de pandemia no qual não era permitido a abertura da urna, prejudicando assim o contacto visual e físico com o falecido, a ausência de rituais de preparação do corpo do ente querido, a ausência de cerimónias completas e bem participadas pelos familiares e amigos, são descritas como fatores determinantes com impacto profundo no processo de luto (Eisma & Tammiga, 2020; Tang & Xiang, 2021; Gamino et al., 2000; Dantas et al., 2020). Sendo indicativo que a pessoa enlutada, na impossibilidade de realizar um ritual de despedida e receber o conforto dos seus familiares e amigos encontra-se mais propensa a vivenciar um luto prolongado (Magalhães et al. 2020; Mayland et al., 2020; Bianco & Costa-Moura, 2020).

Apesar de 60.8% dos participantes referirem que a pandemia não prejudicou o processo de luto, 39.2% mencionaram o contrário. A percentagem de participantes que referiram que a pandemia não prejudicou o seu processo de luto poderá estar relacionada com a capacidade de adaptação dos indivíduos às medidas implementadas face às circunstâncias vivenciadas (Mitima-Verloop et al., 2022; Burrell & Selman, 2020). Ou seja, os enlutados reconhecerem que as cerimónias fúnebres estavam a ser realizadas da melhor forma possível face ao momento vivido, tendo em consideração o fator da mitigação do vírus. Não obstante, 39.2% revela-se uma percentagem significativa de pessoas que descrevem que a pandemia prejudicou o seu processo de luto e que podem a médio e longo prazo desenvolver sintomatologia de luto complicado.

Relativamente à comparação das variáveis em estudo, tendo em consideração o género do participante, conclui-se que o género feminino apresentou níveis superiores em todos os domínios, sendo que apenas ao nível da ansiedade face à morte estas diferenças se revelaram estatisticamente significativas. Este achado vai de encontro ao que se esperava, e tal resultado é comprovado pela literatura apresentando o género feminino como sendo o mais propenso a sofrer de ansiedade face à morte (Templer et. al, 1971; Abdel-Khalek, 2005; Oliveira, 1998, 2002; Cotter, 2003; Pierce, 2007; Barros 2002). Estes resultados poderão ser explicados pelo facto de as mulheres terem menos complexidade

em expressar os seus sentimentos e preocupações (Fortner & Neimeyeir, 1999) e por sua vez, os homens apresentarem maior relutância em admitir o medo da morte (Oliveira, 1998). Acresce que, tendo os dados sido obtidos em período de pandemia, alguns estudos relatam que os níveis mais elevados de ansiedade face à morte estão relacionados com o medo das consequências do contágio por Covid-19 e com a percepção de que este vírus é um agente ameaçador e que vem associado como forma de lembrança à alta taxa de mortalidade (Courtney et al., 2020; Özer et al., 2022).

Em relação às cerimónias fúnebres, especificamente na questão de os indivíduos estarem presentes, o nosso estudo verificou valores superiores e estatisticamente significativos de luto prolongado e de sofrimento emocional naqueles que estiveram presentes. Estes valores podem ser justificados pelas alterações introduzidas nos rituais fúnebres com o intuito de mitigar o contágio pelo vírus, com a impossibilidade de visualizar o corpo, a ausência de despedidas, as circunstâncias singulares da morte do ente querido, o número de pessoas presente nas cerimónias e o sentimento de solidão associado (Dantas et al., 2020; Diolaiuti et al., 2021; Breen, 2020; Testoni et al., 2021). Estas circunstâncias únicas parecem estar na origem dos níveis elevados de luto prolongado na nossa amostra.

O elevado nível de sofrimento emocional demonstrado na amostra em estudo poderá ser demonstrativo de que as políticas de distanciamento social e todas as medidas impostas pelas circunstâncias vivenciadas acabaram por influenciar o equilíbrio emocional dos enlutados, tornando-os mais vulneráveis à dor e ao sofrimento (Thomas, 2020).

O estudo também foi revelador de que os indivíduos que não estiveram presentes nas cerimónias fúnebres apresentaram valores estatisticamente superiores na subescala de *footing in the world*, comparativamente aos que estiveram presentes. Este resultado vai de encontro ao que a subescala avalia, ou seja, a capacidade de o sujeito aferir até que nível as percepções sobre o mundo, encarado no sentido global, foram ou não impactantes. Pelo facto de revelar que os indivíduos que não estiveram presentes conseguiram avaliar a situação vivida como parte integrante de todo o momento que vivenciaram a reconstrução desse significado e ser considerado uma peça fundamental para a internalização do processo de luto (Holland, 2010; Neimeyer, 2020).

Relativamente à possibilidade da visualização do corpo do falecido, verificaram-se valores estatisticamente significativos mais elevados de luto prolongado nos indivíduos que não viram o corpo, mas gostavam de ter visto. Perante isto, a literatura destaca a importância dos rituais fúnebres e do apoio realizado junto dos indivíduos enlutados. Segundo Mayland et al. (2020) as perdas em período de pandemia e o impacto causado nas normas culturais, nos rituais fúnebres e nas práticas sociais comuns na sociedade relacionadas com a morte e os processos de luto, potenciaram dessa forma o aumento dos níveis de luto prolongado. Para além disso, os rituais fúnebres assumem-se como rituais que permitem a assimilação da perda e, por isso, a construção do luto deriva substancialmente da reconstrução da realidade modificada (Bianco & Costa-Moura, 2020).

Por último, procedeu-se a uma análise correlacional entre a idade e as variáveis em estudo e entres estas mesmas. Neste contexto, verificaram-se correlações positivas entre a idade, as variáveis de luto prolongado e o sofrimento emocional. Esta associação estatisticamente significativa, revela que à medida que aumenta a idade, aumentam os níveis de luto prolongado e de sofrimento emocional. Estes resultados vão de encontro aos estudos desenvolvidos por Kersting et al. (2011) e Shear (2015), que identificaram que o luto prolongado é mais frequente em pessoas com idade avançada, superior a 60 anos.

Por outro lado, foram identificadas correlações estatisticamente significativas, porém negativas entre a idade e a variável ISLES e suas subescalas (*footing in the world* e *compreensibilidade*), ou seja, à medida que a idade aumenta, a capacidade de incorporar de forma adaptativa e promover um senso de coerência interno e promoção de uma visão de segurança e esperança no futuro para alguns indivíduos pode ter tendência a diminuir.

Já a análise correlacional das variáveis estudadas permitiu verificar uma correlação significativa entre o luto prolongado, o sofrimento emocional e as experiências de vida stressantes e suas subescalas (*footing in the world* e *compreensibilidade*). Desta forma, estas correlações sugerem que estas variáveis influenciam-se entre si. Ou seja, as pessoas podem ter tendência a desenvolver sintomatologia muito frequentemente associado ao luto, como sofrimento emocional, e um impacto negativo das experiências de vida stressantes ocorridas no seu quotidiano. Estes resultados vão de encontro com a literatura existente, uma vez que o diagnóstico de luto prolongado é acompanhado pela existência de

sintomatologia de sofrimento emocional e de experiências de vida *stressantes*, como sentimentos de desconexão com as vivências passadas (Shear et al., 2011; Jordan & Litz, 2014; Michel & Freitas, 2019; Alves et al., 2018).

De forma sintetizada, podemos concluir que de acordo com os resultados obtidos, não se rejeita a primeira hipótese “Existem diferenças significativas, entre géneros, nos níveis de luto, de sofrimento emocional, ansiedade face à morte e experiências de vida stressantes”; não se rejeita a terceira hipótese “Existem diferenças significativas nos níveis de luto, sofrimento emocional, ansiedade face à morte e nas experiências de vida stressantes entre os indivíduos que estiveram presentes nas cerimónias fúnebres”; de igual forma, não se rejeita a quarta hipótese: “Existem diferenças significativas nos níveis de luto, sofrimento emocional, ansiedade face à morte e nas experiências de vida stressantes conforme a possibilidade de visualizar o corpo do falecido”; não se rejeita a quinta e a sexta hipótese “Existe correlação entre a idade e as variáveis Luto Prolongado, Sofrimento Emocional, Ansiedade Face à Morte e Experiência de Vida Stressante” e “Existe correlação entre as variáveis Luto Prolongado, Sofrimento Emocional, Ansiedade Face à Morte e Experiência de Vida Stressante”.

7. Conclusão

O presente estudo traz à luz resultados que vêm reforçar a importância da investigação a nível do impacto da pandemia nos processos de luto tendo em consideração as circunstâncias da morte.

Apesar da amostra deste estudo não se ter revelado muito extensa, devido à especificidade do tema em si e da forma como foi recolhida uma parte da amostra, em pandemia, devido às medidas de mitigação do vírus, os resultados obtidos vieram comprovar que a perda de um ente querido durante a fase pandémica afetou a vivência do processo de luto. E de que as cerimónias fúnebres se revelam de extrema importância para a ativação do processo de luto e assimilação da perda. De modo a dar sentido à perda ocorrida e à realização das tarefas necessárias para a ocorrência de um processo de luto adaptativo.

Compreendemos com a conclusão deste projeto que o mesmo encontra limitações que podem ter interferido com os resultados obtidos. As limitações que apontamos e foram surgindo ao longo da realização do mesmo são relacionadas com a dimensão extensa do protocolo de investigação; a dimensão da amostra em estudo, sendo que esta é considerada pequena e heterogénea e a investigação ter sido realizada em formato online e presencial.

De modo a colmatar as limitações encontradas neste estudo, as investigações futuras devem ter em consideração o tamanho da amostra, a metodologia amostral e uma definição mais homogénea do critério temporal desde o período da perda, por exemplo.

Contudo, apesar de a presente investigação revelar algumas limitações, salienta-se que a mesma permite identificar resultados que são de extrema importância para a definição de estratégias para ajudar na avaliação e não perdendo o foco na intervenção junto dos indivíduos enlutados neste período.

Em suma, salientamos a importância da continuação da concretização de mais estudos que englobem estas variáveis, dado que a literatura tem carência das mesmas. De forma a que se consiga perceber com maior robustez as implicações da pandemia na saúde mental.

Referências Bibliográficas

- Abdel-Khalek, A. M., & Tomás-Sábado, J. (2005). Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Studies*, 29(2), 157–169.
<https://doi.org/10.1080/07481180590906174>
- Abdel-Khalek, A. M. (2005). Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death Studies*, 29(3), 251–259. <https://doi.org/10.1080/07481180590916371>
- Aguiar, A., Maia, I., Duarte, R., & Pinto, M. (2022). The other side of COVID-19: Preliminary results of a descriptive study on the COVID-19-related psychological impact and social determinants in Portugal residents. *Journal of Affective Disorders Reports*, 7, 100294.
<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100294>
- Ahmed, M.Z., Ahmed, O., Zhou, A., Sang, H., Liu, S., & Ahmad, A., (2020). Epidemic of COVID 19 in China and associated psychological problems. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102092.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092>
- Alves, A. M., Couto, S. B., Santana, M. de P., Baggio, M. R. V., & Gazarini, L. (2021). Medicalização do luto: Limites e perspectivas no manejo do sofrimento durante a pandemia. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(9), e00133221. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00133221>
- Alves, D., Neimeyer, R. A., Batista, J., & Gonçalves, M. M. (2018). Finding Meaning in Loss: A Narrative Constructivist Contribution. In *Clinical Handbook of Bereavement and Grief Reactions* (pp. 161- 187). Humana Press, Cham
- American Psychological Association. (2020). Death anxiety. *Dictionary of psychology*.
<https://dictionary.apa.org/death-anxiety>
- Arora, T., & Grey, I. (2020). Mudanças no comportamento de saúde durante o COVID-19 e as possíveis consequências: uma mini-revisão. *Journal of Health Psychology*, 25 (9), 1155-1163.
<https://doi.org/10.1177/1359105320937053>
- Barros, J. (1998). *Viver a morte – Abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Almedina.

- Barros, J. (2002). Ansiedade face à morte: Uma abordagem diferencial. *Psychologica*, 31, 161- 176.
- Bertuccio, R. F., & Runion, M. C. (2020). Considering grief in mental health outcomes of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S87–S89. <https://doi.org/10.1037/tra0000723>
- Bianco, A. C. L. & Costa-Moura, F. (2020). Covid-19: Luto, morte e a sustentação do laço social TT - Covid-19: Mourning, Death and Sustaining the Social Bond TT - Covid-19: duelo, muerte y sostenimiento del vínculo social. *Psicol. Ciênc. Prof*, 40, e244103–e244103. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&%0Apid=S1414-98932020000100656
- Breen, L. J. (2020). Grief, loss and the COVID-19 pandemic. *Australian Journal of General Practice*, 49, 1–2. <https://doi.org/10.31128/AJGP-COVID-20>
- Breen, Lauren & Lee, Sherman & Neimeyer, Robert. (2021). Psychological Risk Factors of Functional Impairment Following COVID-19 Deaths. *Journal of Pain and Symptom Management*. 61. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.01.006>.
- 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* 0(0), 1–39, Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/0030222820941296>
- Carmassi C, Gesi C, Corsi M, Pergentini I, Cremone IM, Conversano C, et al. (2015) Adult separation anxiety differentiates patients with Complicated Grief and/ or Major Depression and is related to lifetime mood spectrum symptoms. *Compr Psychiatry* 58:45–9. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.11.012>
- Carmassi C, Shear MK, Massimetti G, Wall M, Mauro C, Gemignani S, et al. (2014) Validation of the Italian version inventory of Complicated Grief (ICG): a study comparing CG patients versus bipolar disorder, PTSD and healthy controls. *Compr Psychiatry* 55:1322–29. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.03.001>
- Cogo, Adriana Silveira. (2020). Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid 19: Processo de luto no contexto da Covid 19. (CEPEDES) da Fiocruz.

- Conte, H., Weiner, M. & Plutchic, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual, Psychometric and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(4), 775-785.
- Corpuz, J. C. G. (2021). Beyond death and afterlife: The complicated process of grief in the time of COVID-19. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 43(2), e281–e282. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa247>.
- Cotter, R. P. (2003). High risk behaviors in adolescence and their relationship to death anxiety and death personifications. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 47(2), 119–137. <https://doi.org/10.2190/38ct-e5mb-12ng-yxar>
- Courtney, D., Watson, P., Battaglia, M., Mulsant, B.H., Szatmari, P., (2020). COVID-19 Impacts on Child and Youth Anxiety and Depression: Challenges and Opportunities. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 65(10):688-691. doi:[10.1177/0706743720935646](https://doi.org/10.1177/0706743720935646)
- Dantas, G., Siciliano, B., França, B. B., da Silva, C. M., & Arbilla, G. (2020). The impact of COVID-19 partial lockdown on the air quality of the city of Rio de Janeiro, Brazil. *The Science of the total environment*, 729, 139085. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139085>
- Dashti, S., Najafi, T. F., Mohammadzadeh, F., Afsaneh, R. K., & Bahri, N. (2022). Knowledge Level of Health Care Providers about Complicated Grief during the COVID-19 Pandemic. *Iran Journal of Psychiatry*, 17(2), 154-161. <https://doi.org/10.18502/ijps.v17i2.8905>
- Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 24(6), 935–942. https://www.researchgate.net/publication/227395255_Validation_of_prolonged_grief_disorder_instrument_for_Portuguese_population
- Dell'Osso L, Carmassi C, Corsi C, Pergentini I, Socci C, Maremmanni AG, et al. (2011) Adult separation anxiety in patients with complicated grief versus healthy control subjects: relationships with lifetime depressive and hypomanic symptoms. *Ann Gen Psychiatry* 10:29. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-10-29>

- Dell'Osso L, Carmassi C, Musetti M, Socci C, Shear MK, Conversano C, et al. (2022). Lifetime mood symptoms and adult separation anxiety in patients with Complicated Grief and/or Post-Traumatic Stress Disorder: a preliminary report. *Psychiatry Res*, 198:436–40. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.020>
- Diolaiuti, F., Marazziti, D., Beatino, M. F., Mucci, F., & Pozza, A. (2021). Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement disorder. *Psychiatry research*, 300, 113916. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113916>
- Doering, B. K., Barke, A., Vogel, A., Comtesse, H., & Rosner, R. (2022). Predictors of Prolonged Grief Disorder in a German Representative Population Sample: Unexpectedness of Bereavement Contributes to Grief Severity and Prolonged Grief Disorder. *Frontiers in psychiatry*, 13, 853698. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.853698>
- 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)
- Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief Before and During the COVID-19 Pandemic: Multiple Group Comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6), e1–e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004>
- Eisma, M. C., Tamminga, A., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2021). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of Affective Disorders*, 278, 54–56. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049>
- Enumo, S., Weide, J., Vicentini, E., Araujo, M., & Machado, W. (2020). Coping with stress in times of pandemic: a booklet proposal.
- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23(5), 387– 411. <https://doi.org/10.1080/074811899200920>
- Franco, M.H.P. (2021). O luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno. São Paulo: Summus.

- Fuller, J. A., Hakim, A., Victory, K. R., Date, K., Lynch, M., Dahl, B., & Henao, O. (2021). Mitigation policies and COVID-19–associated mortality – 37 European countries, January 23 – June 30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(2), 58–62. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7002e4>
- Gabriel, S., & Paulino, M. (2021). COVID-19: o processo de luto em tempos de pandemia. In S. Gabriel, M. Paulino, & T. M. Baptista (Eds.), *Luto: manual de intervenção psicológica* (pp. 267-277). Pactor.
- Gamino, L.A., Easterling, L.W., Stirman, L.S., & Sewell KW. (2000). Grief adjustment as influenced by funeral participation and occurrence of adverse funeral events. *OMEGA*. 41:79–92. doi: 10.2190/QMV2-3NT5-BKD5-6AAV
- Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I.M., & Dell’Osso, L., (2020). Complicated grief: what to expect after the Coronavirus pandemic. *Front Psychiatry* 11, 489.
- Giamathey, M. E. P., Frutuoso, J. T., Bellaguarda, M. L. dos R., & Luna, I. J. (2022). Rituais fúnebres na pandemia de COVID-19 e luto: Possíveis reverberações. *Escola Anna Nery*, 26(spe), e20210208. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0208>
- Giorli, A., Ferretti, F., Biagini, C., Salerni, L., Bindi, I., Dasgupta, S., Pozza, A., Gualtieri, G., Gusinu, R., Coluccia, A., & Mandal` a, M. (2020). A Literature Systematic Review with Meta-Analysis of Symptoms Prevalence in Covid-19: the Relevance of Olfactory Symptoms in Infection Not Requiring Hospitalization. *Current Treatment Options in Neurology* 22, 36. <https://doi.org/10.1007/s11940-020-00641-5>.
- Gomes, J. (2011). *Inteligência emocional, qualidade de vida e seus correlatos em doentes oncológicos em quimioterapia* (Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Acedido em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2969/3/DM_17038.pdf
- Gonzalez-Sanguino, C., Aus in, B., Castellanos, M.A., Saiz, J., Lopez-Gomez, A., Ugidos, C., & Munoz, M., (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 172–176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>

- Guedes, I., Nogueira, A., Soares, J., Killikelly, C & Rocha, J. (2020). Validation of the International Prolonged Grief Disorder Scale (IPGDS-PT): Portuguese Version. Instituto Superior Ciências da Saúde.
- Hamid, S., Mir, M. Y., & Rohela, G. K. (2020). Novel coronavirus disease (COVID-19): a pandemic (epidemiology, pathogenesis and potential therapeutics). *New microbes and new infections*, 35, 100679. <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2020.100679>
- Hards, E., Loades, M. E., Higson-Sweeney, N., Shafran, R., Serafimova, T., Brigden, A., Reynolds, S., Crawley, E., Chatburn, E., Linney, C., McManus, M., & Borwick, C. (2021). Loneliness and mental health in children and adolescents with pre-existing mental health problems: A rapid systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 6(2), 1–22. <https://doi.org/10.1111/bjc.12331>
- Huang, C.; Huang, L.; Wang, Y.; Li, X.; Ren, L.; Gu, X.; Kang, L.; Guo, L.; Liu, M.; Zhou, X.; et al. (2021). 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: A cohort study. *Lancet*, 397, 220–232.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- 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), 325–352. <https://doi.org/10.1037/a0020892>
- Holland, J. M., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2014). Validation of the Integration of Stressful Life Experiences Scale-Short Form in a Bereaved Sample. *Death Studies*, 38(4), 234–238. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.829369>
- Jones, E., Mitra, A. K., & Bhuiyan, A. R. (2021). Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2470. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052470>

- Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 180–187. <https://doi.org/10.1037/a0036836>
- Jungmann, S. M., & Witthöft, M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? *Journal of Anxiety Disorders*, 73, 102239. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102239>
- Kamble S, Joshi A, Kamble R, & Kumari, S. (2022). Influence of COVID-19 Pandemic on Psychological Status: An Elaborate Review. *Cureus* 14(10): e29820. doi:10.7759/cureus.29820
- Kato, H. (2020). The Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic. Japanese Society of Traumatic Stress Studies. Available online at: <https://www.jstss.org/ptsd/covid-19/page01.html>
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1–3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
- Khademi, F., Moayedi, S., Golitaleb, M., & karbalaie, N. (2021). The COVID-19 pandemic and death anxiety in the elderly. In *International Journal of Mental Health Nursing* (Vol. 30, Issue 1, pp. 346–349). Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1111/inm.12824>
- Kumar, A., & Nayar, KR. (2020). COVID-19 e suas consequências para a saúde mental. *Diário de Saúde Mental*, 30(1), 1-2. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1757052>
- Lowe, J., Rumbold, B., & Aoun, S. M. (2020). Memorialisation during COVID-19: Implications for the bereaved, service providers and policy makers. *Palliative Care and Social Practice*, 14, 263235242098045. <https://doi.org/10.1177/2632352420980456>
- Magalhães, J. R. F. de, Soares, C. F. S. e, Peixoto, T. M., Estrela, F. M., Oliveira, A. C. B. de, Silva, A. F. da, & Gomes, N. P. (2020). Implicações sociais e de saúde que acometem pessoas enlutadas pela morte de familiares por Covid-19. *Revista Baiana de Enfermagem* 8(1), 34. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37007>

- Matsuda, Y., Takebayashi, Y., Nakajima, S., & Ito, M. (2021). Managing Grief of Bereaved Families During the COVID-19 Pandemic in Japan. *Frontiers in Psychiatry, 12*.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.637237>
- Marazziti, D., Stahl, S.M., (2020). The relevance of COVID-19 pandemic to psychiatry. *World Psychiatry 19*, 261.
- 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, 60(2)*, 33-39.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.012>
- Menichetti, JP, Borghi, L., di San, C., Marco, E., Fossati, I., & y Vegni, E. (2021). Acompanhamento por telefone de famílias de pacientes com COVID-19 que morreram no hospital: reações de luto das famílias e papéis dos psicólogos clínicos. *Revista Internacional de Psicologia, 1*, 1-14.
<https://doi.org/10.1002/>
- Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of COVID-19: Theoretical explanations and clinical implications. *The Cognitive Behaviour Therapist, 13(e19)*, 1–24.
<https://doi.org/10.1017/s1754470x20000215>
- Metin, A., Çetinkaya, A., & Erbiçer, E. S. (2021). Subjective well-being and resilience during Covid-19 pandemic in Turkey. *European Journal of Health Psychology, 28(4)*, 152–160, <https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000081>
- Metin, A., Erbiçer, E. S., S, en, S., & Çetinkaya, A. (2022). Gender and COVID-19 related fear and anxiety: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 310(1 August 2022)*, 384–395.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.036>
- Michel, L. H. F., & Freitas, J. de L. (2019). A clínica do luto e seus critérios diagnósticos: Possíveis contribuições de Tatossian. *Psicologia USP, 30*, e180185. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180185>

- Mitchell, A.J., & Symonds, P. (2010). Reliability of the Emotion Thermometers Screening tool: principal component and Cronbach alpha results from the first 700 Cases. Abstracts of the IPOS 12th World Congress of Psycho-Oncology, 25-29 May 2010, Quebec City, QC, Canada. *Psycho-Oncology*, 19(S1–S325). doi: 10.1002/pon.1776
- Mitima-Verloop, H. B., Mooren, T. T. M., & Boelen, P. A. (2021). Facilitating grief: An exploration of the function of funerals and rituals in relation to grief reactions. *Death Studies*, 45(9), 735–745. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1686090>
- Mitima-Verloop, H. B., Mooren, T. T. M., Kritikou, M. E., & Boelen, P. A. (2022). Restricted Mourning: Impact of the COVID-19 Pandemic on Funeral Services, Grief Rituals, and Prolonged Grief Symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 878818. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.878818>
- Mofijur, M., Fattah, I. M. R., Alam, M. A., Islam, A. B. M. S., Ong, H. C., Rahman, S. M. A., Najafi, G., Ahmed, S. F., Uddin, M. A., & Mahlia, T. M. I. (2021). Impact of COVID-19 on the social, economic, environmental and energy domains: Lessons learnt from a global pandemic. *Sustainable Production and Consumption*, 26, 343-359. <https://doi.org/10.1016/j.spc.2020.10.016>
- Moghanibashi-Mansourieh, A. (2020). Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102076. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102076>
- Mortazavi, Seyede salehe & Assari, Shervin & Alimohamadi, Amirali & Rafiee, Mani & Shati, Mohsen. (2020). Fear, Loss, Social Isolation, and Incomplete Grief Due to COVID-19: A Recipe for a Psychiatric Pandemic. *Basic and Clinical Neuroscience Journal*. 11. 225-232.
- Neimeyer, R. A. (2020). What's new in meaning reconstruction?: Advancing grief theory and practice. *Grief Matters*, 23(1), 4–9. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.439384113866066>.
- Oliveira, J. (2002). Ansiedade face à morte: uma abordagem diferencial. *Psychologica*, 31, 161-176.

- Oliveira, J. (1998). *Viver a Morte: Abordagem Antropológica e Psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Öngür D., Perlis, R., Goff, D. (2020). Psychiatry and COVID-19. *J. Am. Med. Assoc.* 324, 1149–1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.14294>.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & IdoiagaMondragon, N. (2020). Stress, anxiety and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad Saude Publica*, 36(4), e00054020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Özer, Ö., Özkan, O., & Büyüksirin, B. (2022). Examination of Pandemic Awareness, Death Anxiety, and Spiritual Well-Being in Elderly Individuals. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022282211201. <https://doi.org/10.1177/00302228221120122>
- Pereira, M.G. & Teixeira, R.J. (2011). *Termómetros Emocionais - 5 itens*. Tradução e Versão de Investigação, Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi), Universidade do Minho.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS (6ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Petry, S. E., Hughes, D., & Galanos, A. (2021). Grief: The epidemic within an epidemic. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 38(4), 419–422. <https://doi.org/10.1177%2F1049909120978796>
- Pierce, J. D., Cohen, A. B., Chambers, J. A., & Meade, R. M. (2007). Gender differences in death anxiety and religious orientation among US high school and college students. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(2), 143–150. <https://doi.org/10.1080/13694670500440650>
- Pozza, A., Mucci, F., Marazziti, D., (2020). Risk for pathological contamination fears at coronavirus time: proposal of early intervention and prevention strategies. *Clin. Neuropsychiatry* 17, 100–102.
- Scanlon, J., & McMahon, T. (2011). Dealing with mass death in disasters and pandemics. *Disaster Prevention and Management*, 20(2), 172–185. <https://dx.doi.org/10.1108/0965356111126102>

- Selman, L. E., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C., & Koffman, J. (2020). Bereavement support on the frontline of COVID-19: Recommendations for hospital clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e81–e86. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024>
- Shamim, A., & Muazzam, A. (2018). Gender differences in positive emotion. *Journal of Arts and Social Sciences*, 1, 125–137.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N. et al. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103–117. Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1002/da.20780>
- Shear, M. K. (2015). Clinical practice. Complicated grief. *The New England Journal of Medicine*, 372(2), 153–160. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1315618>
- Shear M. K. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*, 14:119–28.
- Simões, A., & Neto, F., (1994). Ansiedade face à morte. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 28(1) 79-96.
- Simon, N. M., Saxe, G. N., & Marmar, C. R. (2020). Mental Health Disorders Related to COVID-19-Related Deaths. In *JAMA - Journal of the American Medical Association* (Vol. 324, Issue 15, pp. 1493–1494). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.19632>
- Söğütlü, Y., Söğütlü, L., & Gökteş, S. Ş. (2021). Relationship of COVID-19 Pandemic with Anxiety, Anger, Sleep and Emotion Regulation in Healthcare Professionals. *Journal of Contemporary Medicine*, 11(1), 41–49. <https://doi.org/10.16899/jcm.804329>
- Stroebe, M., & Schut, H. (2021). Bereavement in Times of COVID-19: A Review and Theoretical Framework. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 82(3), 500–522. <https://doi.org/10.1177/0030222820966928>
- Tang S, Xiang Z. Who suffered most after deaths due to COVID-19? Prevalence and correlates of prolonged grief disorder in COVID-19 related bereaved adults. *Global Health*. 2021;17(1):19. <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-021-00669-5>.

- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Testoni I, Zanellato S, Iacona E, Marogna C, Cottone P, & Bingaman K. (2021). Mourning and Management of the COVID-19 Health Emergency in the Priestly Community: Qualitative Research in a Region of Northern Italy Severely Affected by the Pandemic. *Front Public Health*. 9:622592. <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.622592>
- Trębski, K. (2021). Grief and Mourning During the COVID-19 Pandemic: A Psychological and Pastoral Perspective. *Rocznik Teologii Katolickiej*, 20, 163–176. <https://doi.org/10.15290/rtk.2021.20.10>
- Templer, D. I., Ruff, C. F., & Franks, C. M. (1971). Death anxiety: Age, sex, and parental resemblance in diverse populations. *Developmental Psychology*, 4(1, Pt.1), 108. <https://doi.org/10.1037/h0030389>
- Thomas, G. (2020). Death in the time of coronavirus. *Indian J Med Ethics*. Apr-Jun;5(2) NS: 98-9.2020; DOI: 10.20529/IJME.2020.036.
- van Ee, E., Lenferink, L., Eidhof, M. B., & Boelen, P. A. (2021). Samen rouwen: over sociale steun aan nabestaanden gedurende de COVID-19-pandemie [Mourning together: on social support for bereaved people during the COVID-19 pandemic]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 63(1), 13–15.
- Varma, P., Junge, M., Meaklim, H., & Jackson, M. L. (2021). Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109(July), 110236. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110236>
- Vieira, D. A., & Meirinhos, V. (2021). COVID-19 Lockdown in Portugal: Challenges, Strategies and Effects on Mental Health. *Trends in Psychology*, 29(2), 354–374. <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00066-2>
- Vos, J. (2021). *The psychology of COVID-19: building resilience for future pandemics*. (1st ed.) SAGE.

- Vindegaard, N., & Benros, M. (2020). Pandemia de COVID-19 e consequências para a saúde mental: Revisão sistemática das evidências atuais. *Comportamento e Imunidade do Cérebro*, 89 (maio), 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: Considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e70–e76. <https://doi.org/10.1080/07481180600614385>
- Walter, T., & Bailey, T. (2020). How funerals accomplish family: Findings from a mass-observation study. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 82(2), 175–195. <http://doi.org/10.1177/0030222818804646>
- Weinstock, L., Dunda, D., Harrington, H., & Nelson, H. (2021). It's Complicated-Adolescent Grief in the Time of Covid-19. *Frontiers in psychiatry*, 12, 638940. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.638940>
- Weir, K. (2020a). Grief and COVID-19: mourning our bygone lives. *American Psychological Association*. Retrieved from <https://www.apa.org/news/apa/2020/04/grief-covid-19>
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy. a handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.
- World Health Organization (WHO). ICD-11 for **Mortality and Morbidity Statistics** (ICD-11 MMS) 2018 version. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Yalçın, M., Erbiçer, E. S., & Akın, E. (2022). Facilitating and complicating factors in coping with fear of COVID-19. *Psychiatria Danubina*. Advance online publication.
- Zhai, Y.; DU, X. (2020). Loss and grief amidst COVID-19: a path to adaptation and resilience.: A path to adaptation and resilience. *Brain, Behavior, And Immunity*. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053>.

Anexos

Índice de Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

Anexo B - Protocolo de Investigação

Anexo B1 – Questionário Sociodemográfico

Anexo B2 – Termómetro Emocional

Anexo B3 – Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado (IPGDS-PT)

Anexo B4 – *The Integration of Stressful Life Experiences Scale* (ISLES)

Anexo B5 – Questionário de Ansiedade Face à Morte

Anexo C - Resumo de Póster apresentado no *European Grief Conference – Emerging Perspectives & Collaborations – Copenhagen, Denmark*

Anexo A
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: marta.sofia.pinto.alves@gmail.com, neseusebio@gmail.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 B
Protocolo de Avaliação

Anexo B1
Questionário Sociodemográfico

Dados Sociodemográficos

1. Idade: _____

2. Género:

- Feminino
- Masculino

3. Estado civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a) / União de facto
- Divorciado(a) / Separado(a) / Viúvo(a)

4. Número de conviventes (antes da morte)? _____

5. Com quem vive atualmente? _____

6. Habilitações literárias.

- Sem escolaridade
- Ensino básico
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

7. Situação Profissional

- Empregado
- Desempregado
- Reformado
- Outro _____

8. Neste momento está a ter algum apoio psicológico?

- Sim
- Não

Se Sim, há quanto tempo? _____

9. Neste momento está a ter algum apoio psiquiátrico?

- Sim
- Não

Se Sim, há quanto tempo? _____

10. De que forma?

- Consulta não presencial
- Consulta Presencial
- Linha de Atendimento Psicológico
- Outro

Contextualização da Perda

1. Durante a fase de pandemia perdeu alguém?

- Sim
- Não

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

Relativamente a perda mais significativa:

3. Há quanto tempo faleceu o seu ente querido?

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

- Marido /Companheiro
- Esposa /Companheira
- Filho (s)
- Avó/Avô
- Outro _____

5. Qual a idade do falecido? _____

6. Qual a causa da morte?

- Causa natural
- Acidente
- Suicídio
- Abuso de Substâncias
- Homicídio
- Catástrofes naturais
- Guerra ou ataque terrorista
- Perda durante a gravidez
- COVID-19

7. Como teve conhecimento do óbito?

8. Como se sentiu quando tomou conhecimento da perda?

9. Esteve presente nas cerimónias fúnebres?

- Sim
- Não

Se não, quais as razões?

- Esteve doente
- Não foi permitido
- Por opção própria
- Por opção de outrem
- Outra

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

- Sim
- Não

Se não, porquê?

11. Foi possível existir um momento de despedida?

- Sim
- Não

Se não, porquê?

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

- Sim, vi
- Não vi, mas gostava de ter visto
- Não vi, mas também não gostava de ter visto

13. Tive apoio?

- Sim
- Não

14. Sentiu que o apoio foi suficiente?

- Sim, senti-me satisfeito
- Sim, mas não fiquei satisfeito devido ao isolamento
- Não, não me senti satisfeito

15. Quem prestou apoio?

- Família
- Amigos
- Outro

Questões acerca da Pandemia

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

- 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?

- Sim
- Não

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

- 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?

- Sim
- Não

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

- Conjuge
 - Amigos
 - Irmãos
 - Filhos
 - Profissional de Saúde
 - Redes Sociais
 - Outro
-

6. Que outras preocupações vivencia?

- 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?

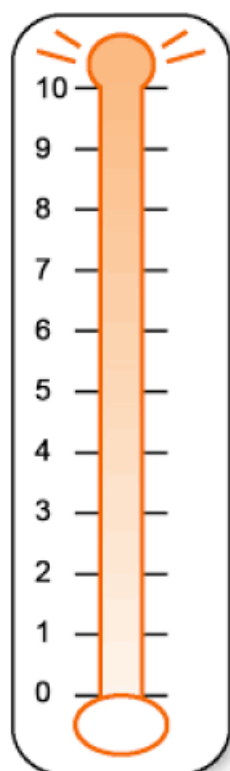
- Sente que dá mais valor à vida
- Sente que valoriza mais as relações
- Sente que o valor de cada pessoa tem o mesmo peso

Outra

Anexo B2
Termómetro Emocional

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**?



Anexo B3

Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado (IPGDS-PT)

Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado: IPGDS-PT

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

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

PARTE I

| | Nunca (1) | Raramente (2) | Às vezes (3) | Frequentemente (4) | Sempre (5) |
|---|--------------|------------------|-----------------|-----------------------|---------------|
| 1. Estou com saudades do falecido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Estou preocupado com os pensamentos acerca do falecido ou circunstâncias da sua morte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Tenho sentimentos intensos de pesar em relação ao falecido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Sinto-me culpado pela morte ou pelas circunstâncias em que ocorreu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Estou revoltado com a perda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Tento evitar coisas que me lembrem do falecido ou a sua morte tanto quanto possível (p. ex., fotografias, memórias). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Eu culpo outros ou as circunstâncias pela morte (p.ex., um poder divino). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Eu tenho problemas em aceitar a morte ou simplesmente não quero fazê-lo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Sinto que perdi uma parte de mim próprio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 10. Tenho problemas em sentir alegria e satisfação ou não tenho desejo de as sentir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Sinto-me emocionalmente adormecido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Tenho dificuldades em envolver-me em atividades de que gostava antes da perda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. O luto interfere significativamente com a minha capacidade para trabalhar, socializar ou funcionar na minha vida do dia-a-dia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. O meu luto pode ser considerado como pior (ex., mais intenso, grave e/ou longo) do que outros na minha comunidade ou cultura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Selecione a opção que melhor se enquadra na sua situação.

15. Quando é que a perda ocorreu?

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

PARTE II

| | Nunca (1) | Raramente (2) | Às vezes (3) | Frequentemente (4) | Sempre (5) |
|---|--------------|------------------|-----------------|-----------------------|---------------|
| 1. Tenho sintomas físicos desde a perda (ex., dores de cabeça, falta de apetite). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Faria qualquer coisa para me sentir perto do falecido (ex., visitar a campa todos os dias, dormir com uma fotografia). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Desde a perda, o meu comportamento mudou drasticamente e de forma pouco saudável (ex., consumo excessivo de álcool). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. A perda abalou a minha confiança na vida ou com a minha fé em Deus/num poder espiritual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. É impossível para mim concentrar-me. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. O meu luto é tão intenso que me sinto preso(a) nele. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Parece que não consigo voltar à rotina. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Sinto-me paralisado(a) e desligado(a) (ex., como se não estivesse no meu próprio corpo). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Não tenho energia ou desejo de participar em atividades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. A vida não tem significado desde a perda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11. Quero morrer para estar junto do falecido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Não me sinto próximo(a) das outras pessoas ou não sinto satisfação quando estou com outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Sinto que perdi completamente o controlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Procuo pelo falecido com a esperança de o(a) encontrar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Sinto que a vida não tem sentido por causa da perda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Lembro-me constantemente da relação que tinha com o falecido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Sinto-me deseparado desde que o(a) perdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Sinto que ele/ela está a meu lado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Choro quando penso na perda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Não consigo confiar nos outros desde a perda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo B4

The Integration of Stressful Life Experiences Scale (ISLES)

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 vêem de modo diferente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Tenho dificuldade em integrar este acontecimento na minha compreensão acerca do mundo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Desde este acontecimento, sinto que estou numa crise de fé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Este acontecimento é incompreensível para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Os meus objetivos e esperanças anteriores para o futuro já não fazem sentido desde este acontecimento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Estou perplexo com o que aconteceu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Desde este acontecimento, não sei para onde vou a seguir na minha vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Seria mais fácil falar acerca da minha vida se deixasse este acontecimento de fora. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Desde este acontecimento, as minhas crenças e valores são menos claros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 12. Desde este acontecimento já não me compreendo a mim mesmo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Desde este acontecimento, tenho dificuldade em sentir que faço parte de algo maior do que eu próprio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Este acontecimento fez-me sentir com menos propósitos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Desde este acontecimento, não consegui juntar novamente as peças da minha vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Depois deste acontecimento, a vida parece mais aleatória. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo B5

Questionário de Ansiedade Face à Morte

Questionário de Ansiedade Face à Morte

(Weiner & Plutchic, 1982, adaptado por Simões & Neto, 1994 e readaptado por Barros, 1997)

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

Faça um círculo (só um em cada resposta) em volta do número que melhor corresponda à sua situação (se possível, evite o "mais ou menos"), conforme esta chave: 1 = totalmente em desacordo (absolutamente Não); 2 = bastante em desacordo (Não); 3 = Nem de acordo, nem em desacordo (mais ou menos); 4 = Bastante de acordo (Sim); 5 = Totalmente de acordo (absolutamente Sim).

| Item | Totalmente em desacordo (absolutamente não) | Bastante em desacordo (não) | Nem de acordo, nem em desacordo (mais ou menos) | Bastante de acordo (sim) | Totalmente de acordo (absolutamente sim) |
|---|---|-----------------------------|---|--------------------------|--|
| Preocupo-me com a morte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Aflige-me pensar que posso morrer antes de fazer tudo o que queria. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Preocupo-me quando penso que posso ficar gravemente doente, durante muito tempo, antes de morrer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 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 pensamento de perder a razão (de enlouquecer) antes de morrer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Preocupa-me pensar que as despesas com a minha morte podem vir a ser um peso para as outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fico perturbado ao pensar que, 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 |
| Preocupa-me pensar que com a morte posso desaparecer para sempre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Preocupa-me não saber o que me espera depois da morte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo C

Resumo de Póster apresentado no *European Grief Conference – Emerging Perspectives & Collaborations – Copenhagen, Denmark*

The pandemic and the grieving processes: influence of socio-demographic, circumstantial and emotional variables in a Portuguese sample

Joana Soares¹, Noémia Carvalho², Márcia Mendes³, Rosana Vieira¹, Inês Eusébio¹, Marta Alves¹

¹Institute for Research and Advanced Training in Health Sciences and Technologies (iifacts), CESPU

²Clinical Psychologist at the Psychology Service of the Centro Hospital do Tâmega e Sousa

³Director of the Psychology Service at Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

Background: The Covid-19 pandemic has presented itself as a global public health problem.¹ Experiencing the loss of a loved one in the pandemic context, whether or not associated with a Covid-19 diagnosis, may affect the grieving process and increase the likelihood of developing prolonged grief.^{2,3} Globally, Covid-19 deaths are related to increased levels of prolonged grief¹, anxiety, and inability to regulate emotion.⁴

Rationale: This study aims to assess the impact of the Covid-19 pandemic on the experiences of prolonged grief processes, emotional changes, stressful life experiences. The importance of this research for the scientific community is essential in the context of grief processes in order to recognize new problems that will have to be tackled in the context of the Covid-19 pandemic.

Design: This is a quantitative study, in which the sample will consist of approximately 50 individuals who experienced at least one loss during the pandemic, due to Covid-19 or for other reasons. The sample collection is being carried out in clinical settings, mostly hospitals.

Evaluation: The study protocol consists of the following instruments: a questionnaire of sociodemographic and clinical variables, an Emotional Thermometer, the International Extended Grief Disorder Scale (IPGDS-PT), The Integrations of Stressful Life Experiences Scale (ISLES) and the Death Anxiety Scale.

Conclusion: According to the literature, it is expected that cases of prolonged mourning will increase due to the circumstances of death, decrease in funeral rituals in a pandemic period.² An increase in anxiogenic symptoms is expected, accompanied by increased difficulties in emotional regulation, anger and insomnia.⁴

Bibliographic references

1. Eisma, M. C., Tamminga, A., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2021). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of Affective Disorders*, 278, 54 - 56. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049>
2. Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031. <https://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>
3. Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I.M., Dell'Osso, L., 2020. Complicated grief: what to expect after the Coronavirus pandemic. *Front Psychiatry* 11, 489.
4. Söğütlü, Y., Söğütlü, L., & Gökteş, S. Ş. (2021). Relationship of COVID-19 Pandemic with Anxiety, Anger, Sleep and Emotion Regulation in Healthcare Professionals. *Journal of Contemporary Medicine*, 11(1), 41–49. <https://doi.org/10.16899/jcm.804329>