

A pandemia e os processos de luto: A influência das variáveis clínicas numa amostra Portuguesa

Marta Sofia Pinto Alves

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Orientação: Professora Doutora Joana Soares

Coorientador: Professor Doutor José Carlos Rocha

Gandra, janeiro de 2023

A pandemia e os processos de luto: A influência das variáveis clínicas numa amostra Portuguesa

Marta Sofia Pinto Alves

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, pelo Instituto de Ciências da Saúde – Norte, sob orientação da Professora Doutora Joana Soares e coorientação do Professor Doutor José Carlos Rocha

Gandra, janeiro de 2023

Declaração de Integridade

Eu, **Marta Sofia Pinto Alves**, 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

Aos meus **pais**, pelo ânimo e carinho, por me encorajarem sempre na conquista dos meus sonhos e pelo esforço que fizeram para me proporcionar este, por me ensinarem o significado da palavra respeito e o valor da educação, por nunca desistirem de mim. Tudo o que sou hoje, devo a vocês. Farei que estejam eternamente orgulhosos. OBRIGADA.

Ao meu irmão **Carlos**, por me mostrar o significado da palavra partilha, compreensão e amor genuíno, pelo apoio incondicional, por me mostrar sempre o lado positivo, por me roubar sempre um sorriso. OBRIGADA.

À Professora Doutora **Joana Soares**, por toda a orientação e disponibilidade ao longo desta etapa, pela partilha de conhecimentos, por se mostrar disponível em todo momento, pela confiança. Obrigada.

Ao Professor Doutor **José Carlos Rocha**, por toda a orientação, por se mostrar disponível em todo momento, pelo voto de confiança.

À Professora Doutora **Maria dos Prazeres Gonçalves**, pela disponibilidade ao longo desta etapa.

Aos meus **avós**, pela companhia e carinho, pelo sentimento de orgulho que transmitem os vossos olhos.

À **Inês**, pela companhia, pela ajuda, por todos os conselhos, pelos desabafos, por todas as alegrias ao longo destes anos.

A pandemia e os processos de luto: A influência das variáveis clínicas numa amostra Portuguesa

Alves, M.¹, Eusébio, I.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 Hospitalar 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 veio afetar o processo de morte, constituindo uma ameaça para a saúde física e psicológica dos indivíduos. São vários os estudos que apontam para a influência de múltiplos fatores relacionados com a pandemia que podem afetar o processo de luto aumentando a probabilidade de desenvolvimento de um diagnóstico de luto prolongado associado à presença de importante sintomatologia depressiva, ansiogénica, traumática e sentimentos de culpabilidade no luto, nos indivíduos que viveram perdas importantes neste contexto.

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

Método: A amostra é constituída por 79 indivíduos que vivenciaram, pelo menos, uma perda durante a pandemia por Covid-19, devido a esta ou a outros motivos. A amostra foi recolhida em contexto clínico, bem como por meio de um inquérito online. O protocolo é constituído pelo questionário das variáveis sociodemográficas e clínicas, realizado para efeitos do estudo; a Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado (IPGDS-PT); a Escala de Impacto de Acontecimentos-6 (IES-6); o Questionário Sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9) e a Escala de Culpabilidade no Luto (ECL).

Resultados/Conclusão: Os resultados deste estudo permitiram concluir que a fase de pandemia está a prejudicar e dificultar os processos de luto. Verificou-se prevalência significativa de Perturbação Depressiva Major, assim como a presença elevada de quadros

de luto prolongado, sintomatologia traumática e culpabilidade no luto, principalmente em pessoas com idade avançada.

Palavras-chave: Luto Prolongado; Pandemia; Depressão; Trauma; Culpa.

Pandemic and mourning processes: the influence of clinical variables in a Portuguese sample

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

¹University Institute of Health Sciences, Gandra, Portugal

²Psychology Psychology Service Clinic of the Tâmega and Sousa Hospital Center

³Psychology Service of the Tâmega and Sousa Hospital Center

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

Abstract

Introduction: The Covid-19 pandemic has affected the death process, posing a threat to the physical and psychological health of individuals. There are several studies that point to the influence of multiple factors related to the pandemic that can affect the grieving process, increasing the probability of developing a diagnosis of prolonged mourning associated with the presence of important depressive, ansiogenic, traumatic symptoms and feelings of guilt in the mourning, in individuals who experienced important losses in this context.

Objective: The aim of this study is to assess the impact of the pandemic on the bereavement experience and on the variables involved for diagnostic and intervention purposes.

Method: The sample consists of 79 individuals who experienced at least one loss during the Covid-19 pandemic, due to this or other reasons. The sample was collected in a clinical context, as well as through an online survey. The protocol consists of the questionnaire of sociodemographic and clinical variables, carried out for the purpose of the study; the International Prolonged Bereavement Disorder Scale (IPGDS-PT); the Impact of Events Scale-6 (IES-6); the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Bereavement Guilt Scale (ECL).

Results/Conclusion: The results of this study allowed us to conclude that the pandemic phase is harming and making the mourning processes more difficult. There was a

significant prevalence of Major Depressive Disorder, as well as the high presence of prolonged mourning, traumatic symptoms and guilt in mourning, especially in people of advanced age.

Keywords: Prolonged Grief; Pandemic; Depression; Trauma; Guilt.

Lista de Abreviaturas e Siglas

IPGDS-PT – Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado

IES-6 COVID – Escala de Impacto de Acontecimentos-6

PHQ-9 – Questionário sobre a Saúde do Paciente-9

ECL – Escala de Culpabilidade no Luto

e.g. – por exemplo

Índice

Capítulo I	1
1. Introdução.....	1
Capítulo II.....	6
2. Metodologia.....	6
2.1. Objetivos e Hipóteses de Estudo	6
2.2. Procedimentos.....	7
2.3. Amostra.....	8
2.3.1. Caracterização da Amostra.....	8
2.4. Instrumentos de Avaliação.....	10
2.4.1. Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado (IPGDS-PT)	11
2.4.2. Escala de Impacto de Acontecimentos-6 (IES-6 COVID).....	11
2.4.3. Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9).....	12
2.4.4. Escala de Culpabilidade no Luto (ECL)	13
3. Análise Estatística	13
4. Apresentação dos Resultados	14
5. Discussão e Conclusão	25
Referências Bibliográficas	31

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Características Sociodemográficas

Tabela 2 – Comparação dos níveis de IPGDS, IES-6, PHQ-9 e ECL entre géneros (teste de Mann-Whitney)

Tabela 3 – Prevalência de IPGDS, IES-6, PHQ-9 e ECL

Tabela 4 – Comparação dos níveis de IPGDS, IES-6, ECL e PHQ-9 de acordo com a possibilidade de visualizar o corpo do falecido (teste de Kruskal-Wallis)

Tabela 5 – Comparação dos níveis de IPGDS, IES-6, PHQ-9 e ECL de acordo com a possibilidade de despedida do falecido (teste t de Student)

Tabela 6 – Correlação dos níveis de IPGDS, IES-6, PHQ-9 e ECL com a idade
(Correlação de Pearson $n = 79$)

Tabela 7 – Correlação dos níveis de IPGDS, IES-6, PHQ-9 e ECL entre eles (Correlação de Pearson $n = 79$)

Índice de Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

Anexo B – Protocolo de Avaliação

Anexo B1 – Questionário Sociodemográfico

Anexo B2 – Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado (IPGDS-PT)

Anexo B3 – Escala de Impacto de Acontecimentos 6 (IES-6 COVID)

Anexo B4 – Questionário Sobre a Saúde do Paciente- 9 (PHQ-9)

Anexo B5 – Escala de Culpabilidade no Luto (ECL)

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

Capítulo I

1. Introdução

O período de pandemia foi um período difícil e de grande impacto, deixando a possibilidade das pessoas serem infetadas, desenvolver complicações severas e perder pessoas significativas. A morte de um ente querido e o decorrente sofrimento da perda, em muitas ocasiões, foi vivenciado em quarentena e, conseqüentemente, sem o apoio social e emocional de familiares e amigos (Masur & Wertheimer, 2021), para além disso, não era permitida a visualização do corpo nem a realização de cerimónias fúnebres (Aguiar et al., 2022). Posto isto, a pandemia por Covid-19 veio afetar o processo de morte, constituindo uma ameaça para a saúde física e psicológica dos indivíduos (Aguiar et al., 2022; Bueno-Notivol et al., 2021; Lebel et al., 2020).

A literatura científica evidencia que a perda de um ente querido em contexto pandémico pode afetar o processo de luto aumentando a probabilidade de desenvolvimento de um quadro de luto prolongado (Aguiar et al., 2022; Bueno-Notivol et al., 2021; Eisma & Tamminga, 2022; Lebel et al., 2020; Moses et al., 2022; Reitsma et al., 2022).

O luto é considerado uma experiência transversal a todos os indivíduos e é uma reação normal à morte de um ente querido. O processo de luto, comumente, tem uma duração de seis a doze meses e envolve um conjunto de respostas emocionais, cognitivas, físicas e espirituais. Durante este processo o indivíduo gradualmente retoma as atividades de vida diárias e aceita a morte do ente querido, no entanto, para algumas pessoas este processo torna-se mais desafiante, dando origem a um quadro de luto prolongado, onde os sintomas do luto persistem no tempo, impedindo que o enlutado aceite a perda, reorganize os seus projetos de futuro e retome as atividades de vida diária (APA, 2014; Dashti et al., 2022; Djelantik et al., 2021; Gesi et al., 2020; Moses et al., 2022; Reitsma et al., 2022).

Vários são os fatores de risco que estão associados ao desenvolvimento deste quadro, tais como a natureza da morte, e.g. súbita, traumática ou violenta; as circunstâncias contextuais, e.g. pouca informação médica; o tipo de relacionamento, e.g. perda de um filho; e fatores preexistentes no indivíduo enlutado, e.g. escasso apoio familiar e social e fatores económicos (Dashti et al., 2022; Mayland et al., 2020; Neimeyer & Lee, 2021).

Vários estudos identificaram a existência de fatores relacionados com a pandemia por Covid-19 que podem afetar o processo de luto e que contribuem para o desenvolvimento de um quadro de luto prolongado (Jordan et al., 2021; Neimeyer & Lee, 2021), sendo estes, a natureza inesperada da morte que poderá despoletar um quadro de luto antecipado¹ devido ao medo e incerteza em relação ao futuro, nomeadamente do bem-estar dos familiares (Alves et al., 2021; Djelantik et al., 2021; Mayland et al., 2020; Moses et al., 2022; Scheinfeld et al., 2021; Wallace et al., 2020; Zhai & Du, 2020); o medo a propagar a doença; o isolamento e o distanciamento social (Alves et al., 2021; Crepaldi et al., 2020; Djelantik et al., 2021; Grey et al., 2020; Ingravvalho, 2020; Jordan et al., 2021; Moses et al., 2022; Neimeyer & Lee, 2021; Palgi, et al., 2020; Reitsma et al., 2022; Rosa & Regnoli, 2022; Sanderson et al., 2020; Scheinfeld et al., 2021; Wallace et al., 2020); o medo a ser infetado; a longa duração da quarentena; as dificuldades económicas; a forma como é transmitida à informação pelos meios de comunicação (Aguiar et al., 2022; Bueno-Notivol et al., 2021; Grey et al., 2020; Moses et al., 2022; Neimeyer & Lee, 2021; Rosa & Regnoli, 2022; Sanderson et al., 2020); a comunicação da perda (Scheinfeld et al., 2021); o medo as complicações severas de saúde; o sentimento de solidão nos hospitais (Ma et al., 2020; Rosa & Regnoli, 2022); e o aumento de óbitos (Scheinfeld et al., 2021; Jordan et al., 2021; Wallace et al., 2020; Zhai & Du, 2020).

Este conjunto de fatores, para além de constituírem um risco para o desenvolvimento de um quadro de luto prolongado, têm um impacto psicológico negativo de tal forma que contribuem para o aparecimento de sintomatologia ansiogénica, depressiva e de *stress* (Aguiar et al., 2022; Alves et al., 2021; Bhuiyan et al., 2020; Bueno-Notivol et al., 2021; Crepaldi et al., 2020; Eisma et al., 2020; Eisma & Tamminga, 2022; Grey et al., 2020; Hajek et al., 2021; Jordan et al., 2021; Lebel et al., 2020; Lee et al., 2022; Neimeyer & Lee, 2021; Rehman et al., 2022; Reitsma et al., 2022; Rosa & Regnoli, 2022; Sanderson et al., 2020; Wallace et al., 2020; Wang et al., 2020).

Segundo um estudo realizado por Eisma et al. (2021) o luto é sentido com maior intensidade nos indivíduos que perderam os seus queridos como consequência da Covid-19, em comparação a indivíduos enlutados por doenças que não estão relacionadas com a Covid-19 (Djelantik et al., 2021; Eisma & Tamminga, 2022).

¹ Conjunto de processos vivenciados a partir do momento em que é recebido o diagnóstico de uma doença fatal ou potencialmente fatal pelas perdas concretas ou simbólicas que esse diagnóstico trás para a pessoa ou para a família como, por exemplo, segurança, imagem corporal ou perspetiva de futuro (Fulton, 2003).

Um estudo realizado por Seens et al. (2022) demonstrou que as mulheres experimentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão após a pandemia por Covid-19 em comparação com os homens (Seens et al., 2022), isto poderá ser explicado porque existem mais mulheres a trabalhar no setor da saúde, pelo aumento da violência doméstica após o confinamento, preocupações e riscos durante a gravidez e pelo aumento da violência física, psicológica e sexual em crianças (Bachani et al., 2022; Thibaut & Wijngaarden-Cremers, 2020).

Um estudo realizado por Han et al. (2021) identificou que os indivíduos que apresentam risco acrescido em relação à Covid-19, e.g. os idosos ou indivíduos com doenças subjacentes, vivenciam maior medo em relação a sua saúde e à propagação da doença, pelo que apresentam níveis mais elevados de depressão, ansiedade e *stress*, em comparação a indivíduos que não temem pela sua segurança (Han et al., 2021; Robbins et al., 2022). Outro fenómeno que poderá explicar a depressão e a ansiedade na faixa etária idosa são os sentimentos de solidão, insegurança e medo, bem como, as alterações do quotidiano decorrentes da pandemia por Covid-19 (Silva et al., 2022), além disso, os casos de morte são superiores na faixa etária mais idosa pelo que são mais propensos a serem afetados psicologicamente (Robbins et al., 2022; Qiu et al., 2020).

Ainda, vários estudos evidenciam que a faixa etária dos jovens adultos apresenta maior risco de desenvolver níveis mais elevados de depressão, ansiedade e sintomas de *stress* pós-traumático (Rosa & Regnoli, 2022; Qiu et al., 2020). A literatura indica que esta é uma fase de grande complexidade devido as exigências da transição para a idade adulta, que devido à pandemia por Covid-19 é mais complicada (Bergeret et al., 1987; Greenspan e Pollock, 1997; Jeammet, 1999; Esposito et al., 2004; Hendry e Kloep, 2007; Shanahan, 2000; Aleni Sestito e Sica, 2016, cit in Rosa & Regnoli, 2022), para além disso, os jovens tendem a obter mais informação através das redes sociais, o que pode desencadear no aumento de *stress* (Qiu et al., 2020).

O sentimento de culpa é um dos principais preditores da gravidade da somatização após a perda de um ente querido. A sua persistência após dois anos da perda está associada ao luto prolongado e a sintomas depressivos (Kokou-Kpolou et al., 2020). Se o sentimento de culpa não for trabalhado poderá desencadear em perturbação de *stress* pós-traumático, depressão, ideação suicida, consumo de substâncias e pior qualidade de vida (Cavalera, 2020; Haller et al., 2020; Sanderson et al., 2020).

A culpa aparece frequentemente relacionada com a pandemia, pois os indivíduos podem-se sentir culpabilizados por não terem visitado os seus familiares no hospital, por não lhes ter sido dado o conforto necessário (Gesi et al., 2020; Djelantik et al., 2021; Ingravvalho, 2020; Jordan et al., 2021; Kokou-Kpolou et al., 2020; Sanderson et al., 2020; Wallace et al., 2020) ou por não estarem presentes no momento da morte (Gesi et al., 2020).

O não cumprimento das regras impostas para conter a pandemia por Covid-19 e a consequente exposição e propagação da doença provoca sentimentos de culpa, raiva e tristeza (Cavalera, 2020; Clark, 2021; Sanderson et al., 2020; Wallace et al., 2020), que podem ser vivenciados com maior intensidade quando a doença é propagada aos idosos ou indivíduos com problemas subjacentes (Wallace et al., 2020) ou quando a infeção provoca a morte do indivíduo (Cavalera & Oasi, 2022). Contudo, embora os indivíduos cumpram cuidadosamente com as medidas de segurança podem ser portadores do vírus e propagá-lo aos seus familiares, dando origem a sentimentos de culpa (Cavalera, 2020; Cavalera & Oasi, 2022; Sanderson et al., 2020).

A pandemia por Covid-19 bem como os desastres naturais, ataques terroristas, guerras civis, crises económicas, entre outros, são eventos extremamente traumáticos para os indivíduos. O trauma é definido como sendo uma resposta emocional complexa a um evento ou situação traumática, onde o indivíduo perde a capacidade para lidar com o evento de forma adequada (Johnson et al., 2020; Masiero et al., 2020). Após o evento traumático é comum apresentar choque ou negação, flashbacks do evento ou sintomas físicos, como dores de cabeça ou náuseas (Johnson et al., 2020). Estudos indicam que 8 a 12% das pessoas que vivenciam um evento traumático, desenvolvem uma Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (Chen et al., 2020).

Determinados fatores podem aumentar os sintomas traumáticos do luto, e.g. as circunstâncias da morte (súbita, violenta), a relação com o falecido no momento da morte e a existência de múltiplas perdas (Das et al., 2021).

Na sequência do trauma, que é uma variável em estudo, um dos aspetos que o justifica é a possibilidade de que nós mesmos ou os nossos familiares possamos ser infetados, podendo desencadear consequências fatais (Eisma & Tamminga, 2022; Johnson et al., 2020; Masiero et al., 2020; Reitsma et al., 2022). A perceção dos outros como possíveis “portadores” veio reforçar o distanciamento social impossibilitando a procura do

conforto ou afeto e a resposta as angústias e ao medo, dando origem a sentimentos de solidão na doença e na morte (Rosa & Regnoli, 2022). Ainda, o facto de os indivíduos perceberem que os seus queridos não só foram infetados como também internados pode constituir um evento traumático, pois a morte de um paciente no internamento pode acontecer a qualquer momento. Mortes repentinas impedem as famílias de se prepararem emocionalmente para à perda, tornando-se uma perda traumática (Aguiar et al., 2022).

Por sua vez, o internamento de um paciente pode explicar o sentimento de culpa, pois não era permitido visitar os familiares doentes, impedindo a comunicação entre os familiares (Gesi et al., 2020; Masiero et al., 2020), o amparo e a possibilidade de despedida, o que pode estar associado a sentimentos de abandono do próprio e do familiar (Thompson et al., 2022).

Estudos como Probst et al. (2016), Siegel et al. (2008) e McAdams et al. (2009), comprovam que a morte em contexto de internamento aumenta os casos de luto prolongado, ansiedade, depressão e perturbação de *stress* pós-traumático (Gesi et al., 2020).

Deste modo, as pessoas foram expostas direta ou indiretamente ao trauma através da vivência de eventos como a perda de entes queridos, doenças graves ou perigo de vida, pelo que têm surgido sintomas de *stress* pós-traumático (Thompson et al., 2022).

Para além disso, foi constatado que os indivíduos que já vivenciaram problemas de saúde antes da pandemia por Covid-19, bem como, perderam entes queridos ou estes ficaram gravemente doentes, apresentam maior risco de desenvolver sintomas de *stress* pós-traumático (Thompson et al., 2022), uma vez que ser testemunhos do sofrimento dos outros poderá evocar memórias traumáticas.

Assim sendo, a pandemia por Covid-19 provocou inúmeras mortes e alterou a forma como as pessoas fizeram o seu luto, facto que, em conjunto com as medidas preventivas de saúde pública, agravaram a saúde mental dos indivíduos (Afonso, 2020; McElroy-Heltzel, 2021). Deste modo, consideramos fulcral avaliar o impacto da pandemia na experiência de luto, ao nível de determinadas variáveis implicadas, de modo a evitar processos de luto prolongado para fins de diagnóstico e intervenção.

Capítulo II

2. Metodologia

2.1. Objetivos e Hipóteses de Estudo

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

- 1) Analisar as diferenças do Luto em função do perfil sociodemográfico.
- 2) Analisar a prevalência de Luto Prolongado, Depressão, Reação Pós-Traumática de *Stress* e Culpabilidade no luto.
- 3) Analisar o impacto da pandemia por Covid-19 na vivencia do luto considerando as variáveis Depressão, Reação Pós-Traumática de *Stress* e Culpabilidade no luto.
- 4) Analisar as correlações entre as variáveis em estudo, assim como, as correlações entre as variáveis e a idade.

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

Relativamente as hipóteses que serão motivo de análise ao longo desta investigação, de modo a analisar as diferenças do Luto em função do perfil sociodemográfico, colocou-se a seguinte hipótese:

H₁: Existem diferenças significativas, entre géneros, nos níveis de Luto, na Depressão, na Reação Pós-Traumática de *Stress* e na Culpabilidade no luto.

Para além disso, com o objetivo de verificar o impacto da pandemia por Covid-19 na vivencia do luto, tendo em conta as variáveis em estudo, colocaram-se as seguintes hipóteses:

H₂: Existem diferenças significativas nos níveis de Luto, na Depressão, na Reação Pós-Traumática de *Stress* e na Culpabilidade no luto consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido.

H₃: Existem diferenças significativas nos níveis de Luto, na Depressão, na Reação Pós-Traumática de *Stress* e na Culpabilidade no luto consoante a possibilidade de despedida do falecido.

Por fim, de modo a verificar a relação entre as variáveis Luto, Depressão, Reação Pós-traumática de *Stress* e Culpabilidade no luto, bem como, a relação entre estas variáveis e a idade, colocaram-se as seguintes hipóteses:

H₄: Existem diferenças significativas, face à idade, nos níveis de Luto, na Depressão, na Reação Pós-Traumática de *Stress* e na Culpabilidade no luto.

H₅: As variáveis explicativas Luto, Depressão, Reação Pós-traumática de *Stress* e Culpabilidade no luto, estão correlacionadas umas com as outras.

2.2. Procedimentos

O projeto foi submetido à Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, que aprovou os objetivos, desenho, métodos e procedimentos, permitindo a realização da presente 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. Além disso, o protocolo também foi administrado a indivíduos que se encontravam a ter acompanhamento psicológico na consulta de luto.

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

- 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 que permitam a participação na investigação através do questionário *online* ou o preenchimento do formulário de forma presencial;
- 4) tenham vivenciado pelo menos uma perda durante a pandemia, seja devido à Covid-19 ou por outros motivos.

Para todos os participantes, quer através da plataforma *online*, quer através da recolha presencial, foi aplicado um documento com o consentimento informado com o

objetivo de informar sobre os principais objetivos do estudo, bem como, o preenchimento do questionário sociodemográfico e as escalas que avaliam os níveis de luto prolongado, trauma, sintomatologia depressiva e culpabilidade. Ainda, foi garantida a confidencialidade, o anonimato dos dados e a possibilidade de desistência a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo para o participante. Os dados foram recolhidos através dos questionários selecionados para o efeito.

A seleção dos indivíduos foi realizada a partir das consultas psicológicas, nas quais se consideraram aqueles em que os pacientes ficaram enlutados durante o período da pandemia por Covid-19, tendo o seu ente querido falecido, quer seja devido à Covid-19, quer por outras causas de morte. Desta forma, a recolha da amostra assenta em dois grandes grupos: a) Grupo de enlutados respondentes através de uma plataforma *online* e b) Grupo clínico constituído por enlutados a frequentar a consulta externa do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

Para a respetiva análise das respostas dos participantes foi criada uma base de dados na qual se agruparam as respostas obtidas através da plataforma *online Limesurvey* e os dados recolhidos através dos protocolos aplicados em consulta presencial. Para tal, foi utilizado o *software IBM Social Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 28.

2.3. Amostra

2.3.1. Caracterização da Amostra

No que concerne à amostra obtida 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 de idade ($X=35.81$; $DP=15.86$). Os participantes da amostra em causa, na sua maioria, são solteiros (58.2%) e empregados (54.4%). A principal causa de morte experienciada foi por causa natural (69.6%), sendo que a relação estabelecida com o falecido é, maioritariamente, a perda do avô/avó (39.2%). Os participantes referiram que foi possível existir um momento de despedida (54.4%) e que tiveram oportunidade de ver o corpo (40.5%). A tabela 1 ilustra os resultados amostrais 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		
Estudante	21	26.7		
Causa da Morte				
Causa Natural	55	69.6		
Acidente	8	10.1		
Suicídio	2	2.5		
Abuso de Substâncias	-	-		
Homicídio	-	-		
Catástrofes Naturais	-	-		
Guerra ou Ataque terrorista	-	-		
Perda Durante a Gravidez	-	-		
Covid-19	14	17.7		
Grau de Parentesco				
Marido / Companheiro	1	1.3		
Esposa / Companheira	3	3.8		
Filho(s)	16	20.3		

Avô / Avó	31	39.2
Outros	28	35.4
Tio / Tia	8	10.1
Mãe	6	7.6
Irmão	3	3.8
Foi possível existir um momento de despedida?		
Sim	43	54.4
Não	36	45.6
Teve oportunidade de ver o corpo?		
Sim	32	40.5
Não vi, mas gostava de ter visto	20	25.3
Não vi, mas também não gostava de ter visto	27	34.2

2.4. Instrumentos de Avaliação

Primeiramente, foi apresentado um documento com o consentimento informado com o objetivo de informar os indivíduos sobre os principais objetivos do estudo, a estrutura do questionário sociodemográfico e quais os questionários selecionados para o estudo. Ainda, foi garantida a confidencialidade, o anonimato dos dados e a possibilidade de desistência a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo para o participante, desta forma, todos os indivíduos que se disponibilizaram a participar neste estudo, consentiram responder ao protocolo disponível (Anexo A).

O questionário sociodemográfico encontra-se organizado em três grupos de questões: o primeiro grupo diz respeito à caracterização sociodemográfica do entrevistado; o segundo grupo faz referência a contextualização da perda do ente querido; e no terceiro grupo constam questões em contexto pandémico (Anexo B1).

Os instrumentos utilizados foram a Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado (IPGDS-PT) (Anexo B2), a Escala de Impacto de Acontecimentos-6 (IES-6) (Anexo B3), o Questionário Sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9) (Anexo B4) e a Escala de Culpabilidade no Luto (ECL) (Anexo B5).

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

A IPGDS-PT é um instrumento composto por duas partes. A primeira é constituída por 14 itens que avaliam os sintomas do luto prolongado, numa escala tipo Likert (1 = “nunca”; 2 = “raramente”; 3 = “às vezes”; 4 = “frequentemente”; 5 = “sempre”) em que o indivíduo seleciona a opção que mais se adequa à sua situação, contém também um item complementar relacionado ao tempo transcorrido desde 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 a origem da escala numa rede internacional de pesquisa com o objetivo de avaliar o Luto Prolongado considerando os critérios da Classificação Internacional de Doenças 11^a Revisão (CID-11).

A presente escala demonstra valores muito bons a nível da consistência interna, o valor do alfa de Cronbach encontrado foi de .93, indicando um alto nível de fiabilidade. O ponto de corte igual ou superior a 38 é o valor de referência para Perturbação do Luto Prolongado (Guedes et al., 2020). A sua cotação é realizada perante a pontuação global para a gravidade do luto, ou seja, através do somatório dos itens 1-13, quanto maior o valor mais grave é o luto.

Relativamente ao alfa de Cronbach do IPGDS-PT encontrado na nossa amostra, foi possível verificar que esta escala apresenta valores muito bons a nível da consistência interna, com um valor alfa de Cronbach de .92.

2.4.2. Escala de Impacto de Acontecimentos-6 (IES-6 COVID)

A IES-6 é uma escala tipo Likert (0 = “nunca”; 1 = “um pouco”; 2 = “moderadamente”; 3 = “às vezes”; 4 = “extremamente”), constituída por 6 itens que medem, de forma robusta e breve, a avaliação das reações pós-traumáticas de *stress*. Os itens constituem um conjunto de dificuldades que podem ser sentidas pelos indivíduos relativamente a um acontecimento marcante que tenham vivido durante o período de pandemia (Lopes, 2013).

Os itens foram selecionados da versão IES-R através de uma regressão múltipla com o objetivo de deixar dois itens de cada uma das três subescalas: intrusão (itens 1 e 2), evitamento (itens 3 e 4) e hipervigilância (itens 5 e 6) (Thoresen et al., 2010).

Foi encontrado um valor para o alfa de Cronbach de .84, indicando um alto índice de fiabilidade. A pontuação média da soma do IES-6 é 10.48 (DP = 5.85). Para além disso, o ponto de corte num estudo de validação para a população portuguesa foi de 12.5 (Lopes, 2013). O somatório da pontuação varia de 0 a 24 pontos, sendo que pontuações mais altas indicam sintomatologia mais elevada de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (Jeong et al., 2021).

Relativamente ao alfa de Cronbach do IES-6 encontrado na nossa amostra, foi possível verificar que esta escala apresenta uma boa consistência interna, com um valor alfa de Cronbach de .88.

2.4.3. Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9)

O PHQ-9 avalia os sintomas da depressão e a gravidade dos mesmos de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) (APA, 2006). É composto por 9 itens medidos por uma escala Likert (0 = “nunca”; 1 = “vários dias”; 2 = “em mais de metade do número dos dias”; 3 = “em quase todos os dias”) que descrevem as dificuldades sentidas durante os últimos 14 dias. A última questão indica qual o impacto que esta desordem tem na qualidade de vida do indivíduo.

O questionário divide-se em 3 dimensões: a dimensão 1, inclui: humor deprimido (item 2) e anedonia (item 1); dimensão 2, inclui: problemas de sono (item 3), fadiga (item 4), alterações no apetite (item 5), dificuldade na concentração (item 7) e retardo (item 8); e a dimensão 3, inclui: autoavaliação (item 6) e ideação suicida (item 9).

O PHQ-9 apresenta uma consistência interna adequada com um valor alfa de Cronbach de .87. O ponto de corte 10 é o valor de referência para o diagnóstico de perturbação depressiva major. O score total é calculado somando as classificações dos 9 itens de sintomas (0-27) (Ferreira et al., 2018).

Relativamente ao alfa de Cronbach do PHQ-9 encontrado na nossa amostra, foi possível verificar que esta escala apresenta uma boa consistência interna, com um valor alfa de Cronbach de .83.

2.4.4. Escala de Culpabilidade no Luto (ECL)

A ECL é uma escala tipo Likert (0 = "não me descreve de todo"; 1 = "não me descreve bem"; 2 = "descreve-me em parte"; 3 = "descreve-me bem"; 4 = "descreve-me muito bem") constituída por 14 itens que avaliam a presença e a intensidade da culpa no processo de luto. No processo de luto são frequentes os sentimentos de culpa pelo que é importante garantir que a presença e a intensidade da culpa no luto sejam avaliadas de forma válida e confiável. Quanto maior o luto complicado, maior o sentimento de culpa (Li et al., 2017).

Num estudo de validação para a população portuguesa, foi constatado um total de 4 fatores: fator 1 “sentimentos de reciprocidade” (itens 4, 5, 6, 10 e 13); fator 2 “atitudes face ao falecido” (itens 8, 12 e 14); fator 3 “atribuir culpa a si próprio por sentir felicidade” (itens 2, 3, 9 e 11); e fator 4 “sofrimento pela morte” (itens 1 e 7).

Neste estudo, a escala demonstrou ter uma boa consistência interna e um alfa de Cronbach de .87. A pontuação média da soma da ECL é de 11.40 ($DP=8.90$). Para além disso, verificou-se que o ponto de corte é de uma pontuação igual ou superior a 16 pontos. A pontuação média de todos os itens indica o nível de culpa total. A pontuação média de cada fator reflete o grau de culpa em diferentes subtipos (Vieira, 2020).

Relativamente ao alfa de Cronbach do ECL encontrado na nossa amostra, foi possível verificar que esta escala apresenta uma boa consistência interna, com um valor alfa de Cronbach de .87.

3. Análise Estatística

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

Para avaliar a normalidade das variáveis em estudo foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk*, porém, alternamos entre análise paramétrica e não paramétrica, pois nem todas as variáveis seguem uma distribuição normal.

Para comparar os níveis de Luto, Depressão, Reação Pós-traumática de *Stress* e Culpabilidade no Luto entre os indivíduos que se despediram ou não do falecido, utilizou-se análise paramétrica, especificamente o teste *t* independente.

Para comparar os níveis de Luto, Depressão, Reação Pós-traumática de *Stress* e Culpabilidade no Luto entre os géneros, utilizou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*.

Para comparar os níveis de Luto, Depressão, Reação Pós-traumática de *Stress* e Culpabilidade no Luto entre os indivíduos que viram o corpo do falecido; os indivíduos que não viram, mas gostavam de ter visto; e os indivíduos 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*, de modo a perceber quais os que diferiam significativamente entre si.

Para analisar a correlação entre as diferentes escalas (IPGDS, IES-6, PHQ-9 e ECL), bem como, a correlação entre as escalas e a idade, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. A interpretação dos resultados obtidos assenta nas diretrizes transmitidas por Pestana e Gageiro (2014), através das quais, valores de *r* inferiores a .2 indicam existência de associações muito baixas ou muito fracas; de .2 a .39 indicam associações baixas ou fracas; de .4 a .69 indicam associações moderadas; de .7 a .89 indicam associações altas; e valores de *r* superiores a .9 são consideradas muito elevadas, sendo o valor 1 indicador de uma correlação perfeita (Pestana & Gageiro, 2014).

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

4. Apresentação dos Resultados

1) Analisar as diferenças do Luto em função do perfil sociodemográfico.

***H₁*: Existem diferenças significativas, entre géneros, nos níveis de Luto, na Depressão, na Reação Pós-Traumática de *Stress* e na Culpabilidade no luto.**

Quando analisamos os níveis de luto (IPGDS), depressão (PHQ-9), trauma (IES-6) e as subescalas Hipervigilância (IES-6), Sentimentos de Reciprocidade e Atitudes Face ao Falecido (ECL), verificamos que os indivíduos do sexo feminino apresentam valores superiores, comparativamente com os do sexo masculino, todavia estas diferenças não atingem o significado estatístico.

Nas subescalas Intrusão e Evitamento (IES-6) e em todas as dimensões do PHQ-9, bem como, na culpabilidade pelo luto (ECL) e as suas subescalas Culpa pela Felicidade e Sofrimento Pela Morte, os indivíduos do sexo masculino apresentam valores superiores, contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas (tabela 2).

Tabela 2

Comparação dos níveis de IPGDS, IES-6, PHQ-9 e ECL entre géneros (teste de Mann-Whitney)

	Género	n	Posto Médio	U	p
IPGDS	Feminino	58	40.64	572.0	.681
	Masculino	21	38.24		
IES-6	Feminino	58	40.16	600.0	.920
	Masculino	21	39.57		
Intrusão	Feminino	58	39.98	608.0	.991
	Masculino	21	40.05		
Evitamento	Feminino	58	39.38	573.0	.686
	Masculino	21	41.71		
Hipervigilância	Feminino	58	40.84	560.0	.582
	Masculino	21	37.67		
PHQ-9	Feminino	58	42.41	469.5	.121
	Masculino	21	33.36		
Dimensão 1	Feminino	58	38.59	527.0	.347
	Masculino	21	43.90		
Dimensão 2	Feminino	58	38.09	498.5	.218
	Masculino	21	45.26		
Dimensão 3	Feminino	58	38.50	522.0	.283
	Masculino	21	44.14		
ECL	Feminino	58	38.59	527.0	.362
	Masculino	21	43.90		
Sentimentos de Reciprocidade	Feminino	58	42.29	476.0	.137
	Masculino	21	33.67		
Atitudes Face ao Falecido	Feminino	58	40.82	561.5	.556
	Masculino	21	37.74		

Culpa pela Felicidade	Feminino	58	39.67	590.0	.830
	Masculino	21	40.90		
Sofrimento pela Morte	Feminino	58	39.16	560.5	.532
	Masculino	21	42.31		

2) Analisar a prevalência de Luto Prolongado, Depressão, Reação Pós-Traumática de *Stress* e Culpabilidade no luto.

Recorrendo ao ponto de corte sugerido pelos autores das versões originais de cada escala (Ferreira et al, 2018; Guedes et al., 2020; Lopes, 2013; Vieira, 2020), realizou-se a análise do Luto Prolongado, sintomatologia depressiva e traumática e culpabilidade no luto. Neste sentido, verificamos que dos 79 participantes, 46.8% ($n = 37$) apresentam luto prolongado, 50.6% ($n = 40$) apresentam um quadro de Perturbação Depressiva Major e 39.2% ($n = 31$) apresentam elevados sentimentos de culpa. No que diz respeito a sintomatologia traumática, a maioria dos indivíduos 63.3% ($n = 50$) apresentam níveis de *stress* saudável (Tabela 3).

Tabela 3

Prevalência de IPGDS, IES-6, PHQ-9 e ECL

Variáveis	<i>n</i>	%
Luto Prolongado (IPGDS)		
Com Luto Prolongado	37	46.8
Sem Luto Prolongado	42	53.2
Reação Pós-traumática de <i>Stress</i> (IES-6)		
Com significado	29	36.7
<i>Stress</i> saudável	50	63.3
Depressão (PHQ-9)		
Com Perturbação Depressiva Major	40	50.6
Sem Perturbação Depressiva Major	39	49.4
Sentimentos de culpa (ECL)		
Elevados sentimentos de culpa	31	39.2
Pouca culpa	48	60.8

3) Analisar o impacto da pandemia por Covid-19 na vivência do Luto considerando as variáveis Depressão, Reação Pós-Traumática de *Stress* e Culpabilidade no luto.

H₂: Existem diferenças significativas nos níveis de Luto, na Depressão, na Reação Pós-Traumática de *Stress* e na Culpabilidade no luto consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido.

Através dos resultados obtidos no teste de *Kruskal-Wallis* (tabela 4) e, no que diz respeito aos níveis de luto (IPGDS), 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* mostrou que estas diferenças verificam-se 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 ($p = .018$).

No que diz respeito ao impacto do evento stressante avaliado pelo IES-6 e as suas subescalas Evitamento e Hipervigilância, os indivíduos que não viram o corpo, mas gostavam de ter visto apresentam valores superiores, comparativamente com os indivíduos que viram e os que não viram, mas também não gostavam de ter visto, sem, todavia, atingir o significado estatístico.

Na culpabilidade pelo luto (ECL), os indivíduos que não viram o corpo do falecido, mas gostavam de ter visto apresentam valores superiores (*mean rank* = 47.25), comparativamente com os que viram (*mean rank* = 43.42) e os que não viram, mas também não gostavam de ter visto (*mean rank* = 30.57), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($H = 7.30$; $p = .026$). O teste de *Dunn* mostrou que estas diferenças verificam-se entre os indivíduos que não viram, mas gostavam de ter visto e os que não viram, mas também não gostavam de ter visto ($p = .041$).

Relativamente a subescala Atitudes Face ao Falecido do ECL, os indivíduos que não viram o corpo do falecido, mas também não gostavam de ter visto apresentam valores superiores (*mean rank* = 51.09), comparativamente com os que viram (*mean rank* = 38.61) e os que não viram, mas gostavam de ter visto (*mean rank* = 27.25), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($H = 15.73$; $p < .001$). O teste de *Dunn* mostrou que estas diferenças verificam-se entre os indivíduos que não viram, mas gostavam de ter visto e os indivíduos que viram ($p = .049$) e entre os indivíduos que não viram, mas gostavam de ter visto e os que não viram, mas também não gostavam de ter visto ($p < .001$).

No que diz respeito à depressão (PHQ-9), os indivíduos que viram o corpo do falecido apresentam valores superiores, comparativamente com os que não viram, mas gostavam de ter visto e os que não viram, mas também não gostavam de ter visto, sem, todavia, atingir o significado estatístico.

Tabela 4

Comparação dos níveis de IPGDS, IES-6, ECL e PHQ-9 de acordo com a possibilidade de visualizar o corpo do falecido (teste de Kruskal-Wallis)

	Ver Corpo do Falecido	<i>n</i>	<i>Posto</i>		
			<i>Médio</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
IPGDS	Não vi, mas gostava de ter visto.	20	46.38*	7.45	.024
	Não vi, mas também não gostava de ter visto.	27	30.30*		
	Sim, vi.	32	44.20*		
IES-6	Não vi, mas gostava de ter visto.	20	42.33	1.09	.579
	Não vi, mas também não gostava de ter visto.	27	36.28		
	Sim, vi.	32	41.69		
Intrusão	Não vi, mas gostava de ter visto.	20	40.45	1.27	.531
	Não vi, mas também não gostava de ter visto.	27	36.24		
	Sim, vi.	32	42.89		
Evitamento	Não vi, mas gostava de ter visto.	20	42.73	.53	.768
	Não vi, mas também não gostava de ter visto.	27	37.87		
	Sim, vi.	32	40.09		

Hipervigilância	Não vi, mas gostava de ter visto.	20	44.23	2.20	.334
	Não vi, mas também não gostava de ter visto.	27	34.94		
	Sim, vi.	32	41.63		
ECL	Não vi, mas gostava de ter visto.	20	47.25**		
	Não vi, mas também não gostava de ter visto.	27	30.57**	7.30	.026
	Sim, vi.	32	43.42		
Sentimentos de Reciprocidade	Não vi, mas gostava de ter visto.	20	35.17		
	Não vi, mas também não gostava de ter visto.	27	45.56	2.68	.262
	Sim, vi.	32	38.33		
Atitudes Face ao Falecido	Não vi, mas gostava de ter visto.	20	27.25***		
	Não vi, mas também não gostava de ter visto.	27	51.09***	15.73	<.001
	Sim, vi.	32	38.61***		
Culpa pela Felicidade	Não vi, mas gostava de ter visto.	20	36.50		
	Não vi, mas também não gostava de ter visto.	27	48.57	6.0	.05
	Sim, vi.	32	34.95		
Sofrimento pela Morte	Não vi, mas gostava de ter visto.	20	35.38		
	Não vi, mas também não gostava de ter visto.	27	43.78	2.09	.352
	Sim, vi.	32	39.70		
PHQ-9	Não vi, mas gostava de ter visto.	20	40.78		
	Não vi, mas também não gostava de ter visto.	27	36.13	1.27	.531
	Sim, vi.	32	42.78		
Dimensão 1	Não vi, mas gostava de ter visto.	20	36.88		
	Não vi, mas também não gostava de ter visto.	27	46.24	3.237	.198
	Sim, vi.	32	36.69		
Dimensão 2	Não vi, mas gostava de ter visto.	20	39.90		
	Não vi, mas também não gostava de ter visto.	27	42.20	.450	.799
	Sim, vi.	32	38.20		
Dimensão 3	Não vi, mas gostava de ter visto.	20	33.33		
	Não vi, mas também não gostava de ter visto.	27	45.50	4.020	.134
	Sim, vi.	32	39.53		

*teste de Dunn diferenças significativas entre os indivíduos que não viram, mas gostavam de ter visto e 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 ($p = .018$), ** teste de Dunn diferenças significativas entre os indivíduos que não viram, mas gostavam de ter visto e os que não viram, mas também não gostavam de ter visto ($p = .041$), ***teste de Dunn diferenças significativas entre os indivíduos que não viram, mas gostavam de ter visto e os que viram ($p = .049$) e entre os indivíduos que não viram, mas gostavam de ter visto e os que não viram, mas também não gostavam de ter visto ($p < .001$).

H3: Existem diferenças significativas nos níveis de Luto, na Depressão, na Reação Pós-Traumática de *Stress* e na Culpabilidade no luto consoante a possibilidade de despedida do falecido.

Através da tabela 5, verifica-se que os indivíduos que se despediram do falecido apresentam valores médios superiores de luto avaliado pelo IPGDS (36.98 ± 13.60), bem como, valores médios superiores de impacto do evento stressante avaliado pelo IES-6 (10.05 ± 6.10) comparativamente com os indivíduos que não se despediram do falecido, todavia estas diferenças não atingem o significado estatístico.

Verifica-se, ainda, que os indivíduos que não se despediram do falecido apresentam valores médios superiores de depressão avaliado pelo PHQ-9 (12.08 ± 6.10), bem como, valores médios superiores de culpabilidade pelo luto avaliado pela ECL (13.72 ± 10.80) comparativamente com os indivíduos que se despediram do falecido, contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 5

Comparação dos níveis de IPGDS, IES-6, PHQ-9 e ECL de acordo com a possibilidade de despedida do falecido (teste t de Student)

	Despedida do					
	Falecido	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
IPGDS	Não	36	35.92	13.62	-.35	.731
	Sim	43	36.98	13.60		
IES-6	Não	36	9.81	5.97	-.18	.860
	Sim	43	10.05	6.10		
Intrusão	Não	36	3.33	2.46	-1.29	.201
	Sim	43	4.05	2.44		
Evitamento	Não	36	3.50	1.96	.78	.438
	Sim	43	3.14	2.11		
Hipervigilância	Não	36	2.97	2.34	.22	.827
	Sim	43	2.86	2.18		

PHQ-9	Não	36	12.08	6.10	.47	.638
	Sim	43	11.47	5.51		
Dimensão 1	Não	36	5.86	1.71	-.12	.907
	Sim	43	5.91	1.76		
Dimensão 2	Não	36	14.08	4.69	-.77	.443
	Sim	43	14.81	3.74		
Dimensão 3	Não	36	6.58	1.96	-1.17	.244
	Sim	43	7.05	1.54		
ECL	Não	36	13.72	10.80	.062	.951
	Sim	43	13.58	9.43		
Sentimentos de Reciprocidade	Não	36	18.19	5.93	-.72	.476
	Sim	43	19.05	4.65		
Atitudes Face ao Falecido	Não	36	12.11	3.03	-.22	.826
	Sim	43	12.26	2.80		
Culpa pela Felicidade	Não	36	16.97	3.39	1.29	.201
	Sim	43	15.91	3.87		
Sofrimento pela Morte	Não	36	7.86	1.62	-1.45	.152
	Sim	43	8.33	1.23		

4) Analisar as correlações entre as variáveis em estudo, assim como, as correlações entre as variáveis e a idade.

***H₄*: Existem diferenças significativas, face à idade, nos níveis de Luto, na Depressão, na Reação Pós-Traumática de *Stress* e na Culpabilidade no luto.**

Através da análise dos resultados obtidos no coeficiente de correlação de *Pearson* (tabela 6), verifica-se que a idade correlaciona-se de modo positivo moderado e estatisticamente significativo com o luto ($r = .472$; $p < .001$), o IES ($r = .474$; $p < .001$) e com as subescalas Intrusão ($r = .453$; $p < .001$) e Hipervigilância ($r = .429$; $p < .001$) do IES, e correlaciona-se de modo positivo fraco e estatisticamente significativo com a subescala Evitamento ($r = .377$; $p < .001$) do IES, com a depressão avaliado pelo PHQ-9 ($r = .294$; $p < .001$) e com o ECL ($r = .228$; $p < .001$).

Ainda, verifica-se que a idade correlaciona-se de modo negativo fraco e estatisticamente significativo com a Dimensão 1 do PHQ-9 ($r = -.288$; $p < .05$) e as

subescalas Atitudes Face ao Falecido ($r = -.249$; $p < .05$) e Culpa pela Felicidade ($r = -.336$; $p < .001$) do ECL.

Tabela 6

Correlação dos níveis de IPGDS, IES-6, PHQ-9 e ECL com a idade (Correlação de Pearson $n = 79$)

	Idade
IPGDS	.472**
IES-6	.474**
Intrusão	.453**
Evitamento	.377**
Hipervigilância	.429**
PHQ-9	.294**
Dimensão 1	-.288*
Dimensão 2	-.184
Dimensão 3	-.165
ECL	.228*
Sentimentos de Reciprocidade	-.132
Atitudes Face ao Falecido	-.249*
Culpa pela Felicidade	-.336**
Sofrimento pela Morte	-.066

* $p < .05$ ** $p < .001$

H₅: As variáveis explicativas Luto, Depressão, Reação Pós-traumática de Stress e Culpabilidade no Luto, estão correlacionadas umas com as outras.

No que diz respeito ao luto (IPGDS), este correlaciona-se de modo positivo moderado a forte e estatisticamente significativo com o IES-6 ($r = .839$; $p < .001$), as subescalas Intrusão ($r = .811$; $p < .001$), Evitamento ($r = .677$; $p < .001$) e Hipervigilância ($r = .743$; $p < .001$) do IES-6, com o PHQ-9 ($r = .655$; $p < .001$) e com o ECL ($r = .657$; $p < .001$). Por outro lado, o IPGDS correlaciona-se de modo negativo moderado a forte e estatisticamente significativo com a Dimensão 1 ($r = -.708$; $p < .001$), Dimensão 2 ($r = -.494$; $p < .001$) e a Dimensão 3 ($r = -.410$; $p < .001$) do PHQ-9 e com as subescala Culpa pela

Felicidade ($r = -.702$; $p < .001$) e Atitudes Face ao Falecido ($r = -.485$; $p < .001$) do ECL, e de modo negativo fraco e estatisticamente significativo com as subescalas Sentimentos de Reciprocidade ($r = -.372$; $p < .001$) e Sofrimento pela Morte ($r = -.262$; $p < .05$) do ECL.

No que diz respeito ao IES-6, este correlaciona-se de modo positivo forte a muito forte e estatisticamente significativo com as suas subescalas Intrusão ($r = .913$; $p < .001$), Evitamento ($r = .887$; $p < .001$) e Hipervigilância ($r = .870$; $p < .001$), de modo positivo moderado e estatisticamente significativo com o PHQ-9 ($r = .664$; $p < .001$) e o ECL ($r = .505$; $p < .001$). Por outro lado, o IES-6 correlaciona-se de modo negativo fraco a moderado e estatisticamente significativo com a Dimensão 1 ($r = -.626$; $p < .001$), Dimensão 2 ($r = -.554$; $p < .001$) e Dimensão 3 ($r = -.343$; $p < .001$) do PHQ-9 e com as subescalas Culpa pela Felicidade ($r = -.560$; $p < .001$), Sentimentos de Reciprocidade ($r = -.309$; $p < .001$), Atitudes Face ao Falecido ($r = -.343$; $p < .001$) e Sofrimento pela Morte ($r = -.300$; $p < .001$) do ECL.

No que diz respeito ao PHQ-9, este correlaciona-se de modo positivo moderado e estatisticamente significativo com o ECL ($r = .474$; $p < .001$). Por outro lado, o PHQ-9 correlaciona-se de modo negativo moderado a forte e estatisticamente significativo com a Dimensão 1 ($r = -.776$; $p < .001$), Dimensão 2 ($r = -.869$; $p < .001$) e a Dimensão 3 ($r = -.562$; $p < .001$) do PHQ-9 e com a subescala Culpa pela Felicidade ($r = -.435$; $p < .001$) do ECL, de modo negativo fraco e estatisticamente significativo com as subescalas Sentimentos de Reciprocidade ($r = -.306$; $p < .001$), Atitudes Face ao Falecido ($r = -.222$; $p < .05$) e Sofrimento pela Morte ($r = -.334$; $p < .001$) do ECL.

As restantes correlações entre as respetivas subescalas podem ser visualizadas na tabela 7.

Tabela 7

Correlação dos níveis de IPGDS, IES-6, PHQ-9 e ECL entre eles (Correlação de Pearson $n = 79$)

	IPGDS	IES-6	Intrusão	Evitamento	Hipervigilância	PHQ-9	Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3
IES-6	.839**								
Intrusão	.811**	.913**							
Evitamento	.677**	.887**	.743**						
Hipervigilância	.743**	.870**	.673**	.652**					
PHQ-9	.655**	.664**	.598**	.459**	.706**				
Dimensão 1	-.708**	-.626**	-.564**	-.478**	-.624**	-.776**			
Dimensão 2	-.494**	-.554**	-.402**	-.418**	-.662**	-.869**	.660**		
Dimensão 3	-.410**	-.343**	-.225*	-.234*	-.459**	-.562**	.529**	.594**	
ECL	.657**	.505**	.514**	.361**	.461**	.474**	-.501**	-.419**	-.554**
Sentimentos de Reciprocidade	-.372**	-.309**	-.320**	-.211	-.285*	-.306**	.250*	.357**	.253*
Atitudes Face ao Falecido	-.485**	-.343**	-.382**	-.195	-.323**	-.222*	.331**	.223*	.425**
Culpa pela Felicidade	-.702**	-.560**	-.551**	-.449**	-.489**	-.435**	.489**	.361**	.545**
Sofrimento pela Morte	-.262*	-.300**	-.231*	-.196	-.373**	-.334**	.270*	.288*	.304**

*p<.05 **p<.001

5. Discussão e Conclusão

Após uma análise cuidada dos resultados obtidos, é fundamental uma reflexão acerca dos mesmos com base na literatura existente até ao momento. Este projeto de investigação tem como objetivo aprofundar o estudo das implicações da pandemia quanto à experiência do luto.

De forma a concretizar o primeiro objetivo do estudo “*Analisar as diferenças do Luto em função do perfil sociodemográfico*” foi formulada a hipótese “*Existem diferenças significativas, entre géneros, nos níveis de Luto, na Depressão, na Reação Pós-Traumática de Stress e na Culpabilidade no luto*”, foi possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros.

Contrariamente ao que foi encontrado no estudo de Seens et al. (2022), no qual o género feminino experimentou níveis mais elevados de ansiedade e depressão após a pandemia por Covid-19 em comparação com o género masculino, assim como no estudo realizado por Jin et al. (2022) onde foi comprovado que os sintomas depressivos são mais comuns no género feminino durante a pandemia por Covid-19. No que diz respeito as variáveis luto, trauma e culpabilidade no luto, não foi possível concluir os dados obtidos, pois não há revisão de literatura atual.

No segundo objetivo do estudo “*Analisar a prevalência de Luto Prolongado, Depressão, Reação Pós-Traumática de Stress e Culpabilidade no luto*”, de acordo com os pontos de corte descritos anteriormente, foi possível constatar que 50.6% da amostra total apresenta um quadro de Perturbação Depressiva Major, facto reportado pela literatura que refere que durante este período de pandemia existe um risco acrescido de aparecimento de sintomatologia ansiogénica, depressiva e de *stress* (Aguiar et al., 2022; Alves et al., 2021; Bhuiyan et al., 2020; Bueno-Notivol et al., 2021; Crepaldi et al., 2020; Eisma et al., 2020; Eisma & Tamminga, 2022; Grey et al., 2020; Hajek et al., 2021; Jordan et al., 2021; Lebel et al., 2020; Lee et al., 2022; Neimeyer & Lee, 2021; Rehman et al., 2022; Reitsma et al., 2022; Rosa & Regnoli, 2022; Sanderson et al., 2020; Wallace et al., 2020; Wang et al., 2020).

Um estudo que avaliou a prevalência da Perturbação Depressiva Major na população canadiana, demonstra que 15.2% da população geral canadiana apresenta um

quadro de Perturbação Depressiva Major, sendo que estes valores foram duas vezes maiores durante a pandemia por Covid-19 do que a observada antes da pandemia (Shields et al., 2021).

No entanto, não se evidencia presença de prevalência para o Luto Prolongado, trauma e culpabilidade no luto, contrariamente ao que a literatura indica, são vários os estudos que verificam o aumento significativo de casos de luto prolongado após a perda de um ente querido em contexto pandémico (Aguiar et al., 2022; Bueno-Notivol et al., 2021; Eisma & Tamminga, 2022; Lebel et al., 2020; Moses et al., 2022; Reitsma et al., 2022).

Ainda, outros estudos verificam o aumento significativo da sintomatologia traumática e culpabilidade no luto, uma vez que a vivência de eventos negativos como a perda de entes queridos, as circunstâncias traumáticas da morte e o processo de perda tornaram-se um desafio individual (Djelantik et al., 2021; Eisma & Tamminga, 2022; Gesi et al., 2020; Ingravalho, 2020; Johnson et al., 2020; Jordan et al., 2021; Kokou-Kpolou et al., 2020; Masiero et al., 2020; Reitsma et al., 2022; Sanderson et al., 2020; Thompson et al., 2022; Wallace et al., 2020).

Um estudo realizado por Liu et al. (2020) avaliou quais os fatores associados à depressão, ansiedade e sintomatologia traumática em jovens adultos dos Estados Unidos da América durante a pandemia por Covid-19, entre outros resultados, demonstraram que 43.4% da amostra total apresenta altos níveis de depressão, 31.8% apresenta sintomas de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático e 45.4% apresenta ansiedade (Liu et al., 2022).

Embora não se demonstre prevalência de luto prolongado, sintomatologia traumática e culpabilidade no luto no presente estudo, parte da amostra apresenta uma percentagem considerável de sintomatologia traumática, corresponde a 36.6%, elevados sentimentos de culpa, corresponde a 39.2% e um quadro de luto prolongado, correspondente a 46.8%. Estes resultados são alarmantes e plausíveis a ter em conta pois constituem uma percentagem significativa da amostra. Sobre estes resultados, acresce, ainda que podem ser sustentados pelo término recente da pandemia, é expectável que estes números aumentem à medida que for avançando o tempo.

No que diz respeito ao terceiro objetivo do estudo “*Analisar o impacto da pandemia por Covid-19 na vivencia do Luto considerando as variáveis Depressão, Reação Pós-Traumática de Stress e Culpabilidade no luto*” foram formuladas duas hipóteses. Porém, tendo em conta a segunda hipótese “*Existem diferenças significativas nos níveis de*

Luto, na Depressão, na Reação Pós-Traumática de Stress e na Culpabilidade no luto consoante a possibilidade de visualização do corpo do falecido” foi possível verificar que os indivíduos que não viram o corpo do falecido, mas gostavam de ter visto apresentam níveis superiores de luto e culpabilidade.

A literatura vai de encontro a estes resultados, apontando que os indivíduos que perderam um ente querido durante a pandemia por Covid-19, confrontaram-se com um conjunto de limitações impostas face às cerimónias fúnebres. Estas limitações vieram afetar o processo de luto, pois a perda foi vivenciada em quarentena, sem a possibilidade de visualização do corpo do falecido, sem existir um momento de despedida e sem apoio social e emocional de familiares e amigos (Aguiar et al., 2022; Bueno-Notivol et al., 2021; Diolaiuti et al., 2021; Eisma & Tamminga, 2022; Ingravallo, 2020; Lebel et al., 2020; Masur & Wertheimer, 2021; Moses et al., 2022; Reitsma et al., 2022).

A culpa é frequentemente relacionada com a pandemia por Covid-19, pois os indivíduos podem-se sentir culpabilizados por não ter visitado os seus familiares e amigos, por não ter dado conforto ou por não estar presentes no momento da morte (Gesi et al., 2020; Djelantik et al., 2021; Ingravallo, 2020; Jordan et al., 2021; Kokou-Kpolou et al., 2020; Sanderson et al., 2020; Wallace et al., 2020). Os sentimentos de culpa podem interferir com o processo de luto, constituindo um obstáculo para a resolução do mesmo.

Ainda no que diz respeito à segunda hipótese, foi possível verificar que os indivíduos que não viram o corpo do falecido, mas também não gostavam de ter visto sentem-se culpabilizados por não terem sido capazes de prevenir a morte do ente querido ou atribuem a causa da morte a eles próprios. Este resultado pode indicar sentimentos de responsabilidade pela morte como consequência, por exemplo, da propagação da doença, principalmente quando esta é propagada a idosos ou pessoas com problemas subjacentes (Cavalera, 2020; Cavalera & Oasi, 2022; Clark, 2021; Sanderson et al., 2020; Wallace et al., 2020).

A terceira hipótese colocada “*Existem diferenças significativas nos níveis de Luto, na Depressão, na Reação Pós-Traumática de Stress e na Culpabilidade no luto consoante a possibilidade de despedida do falecido*” não se confirma. A amostra do presente estudo indica que 54.4% dos participantes tiveram oportunidade de se despedir dos seus entes queridos. Estudos recentes sugerem que devido a pandemia não foi possível existir um momento de despedida impossibilitando o acompanhamento do doente na doença e no

momento da morte, o que pode desencadear num quadro de luto prolongado (Mortazavi et al., 2020; Wallace et al., 2020).

Os resultados obtidos sugerem que mais de metade dos participantes do estudo tiveram oportunidade de se despedir dos seus entes queridos, estes resultados podem ser sustentados devido ao levantamento das medidas preventivas de saúde pública que vieram restabelecer a normalidade no processo de morte, por este motivo é previsível obter valores inferiores nas variáveis em estudo.

De forma a concretizar o quarto objetivo do estudo “*Analisar as correlações entre as variáveis em estudo, assim como, as correlações entre as variáveis e a idade*” foram formuladas duas hipóteses. No que diz respeito a quarta hipótese do estudo “*Existem diferenças significativas, face à idade, nos níveis de Luto, na Depressão, na Reação Pós-Traumática de Stress e na Culpabilidade no luto*” foi possível verificar que, com o aumento da idade aumentam os níveis de luto, depressão, trauma e culpabilidade no luto. Estes resultados vão de encontro com a literatura. Estudos desenvolvidos por Kersting et al. (2011) e Shear (2015) indicam que o luto prolongado é mais frequente em pessoas com idade avançada, superior a 60 anos.

Um estudo realizado por Han et al. (2021) demonstrou que os indivíduos com risco acrescido em relação à Covid-19, nomeadamente os idosos, vivenciam maior medo em relação a sua saúde e à propagação da doença, motivo pelo qual apresentam níveis mais elevados de depressão, ansiedade e *stress* (Han et al., 2021). Ainda, os sentimentos de solidão, insegurança e medo, as alterações na rotina e a elevada taxa de mortalidade na faixa etária idosa como consequência de pandemia, podem explicar a depressão e a ansiedade (Robbins et al., 2022; Silva et al. 2022; Qiu et al., 2020).

Um outro estudo que explorou os sintomas e as alterações na vida de idosos seis meses após a hospitalização por Covid-19, demonstrou que as experiências traumáticas ativam pensamentos e medos à medida que as pessoas começam a tomar consciência da sua própria mortalidade (Heiberg et al., 2022). Isto pode explicar porque a faixa etária mais idosa da nossa amostra apresenta níveis mais elevados de trauma, pois vivenciou eventos traumáticos, e.g. a morte de um indivíduo com idade próxima gera consciência acerca da própria mortalidade.

Acresce, ainda, que este estudo demonstrou existência de elevados sentimentos de culpa na faixa etária idosa, pois os participantes relataram culpabilidade por terem tido a

doença, infetado os seus familiares e colocado em isolamento e observação médica os mesmos (Heiberg et al., 2022).

Ainda no que diz respeito a esta hipótese, verifica-se que os jovens vivenciam mais sintomas somáticos de depressão, bem como, culpa pela felicidade e acreditam ser culpados pela morte ou que poderiam ter feito algo para evitar a mesma. Como constatado na literatura, a pandemia por Covid-19 influenciou o bem-estar dos jovens adultos de várias formas, com alterações nas rotinas diárias, aprendizagem *online*, perda de contacto social, entre outros.

Para além disso, para muitos jovens as mortes relacionadas com a pandemia são as primeiras experiências de perda que, em conjunto com a falta de apoio ao familiar infetado, a falta de oportunidade de visitar os familiares nos hospitais e as restrições nas cerimónias fúnebres, constituem eventos traumáticos para os jovens. Ainda, o medo de perder familiares pode aumentar quando estes pertencem a um grupo de risco. Este medo está principalmente associado à possibilidade e culpa de infetar outras pessoas, principalmente os avós (Gawrych et al., 2022; Jones et al., 2021; Kauhanen et al., 2022).

Vários estudos apontam que os jovens adultos apresentam uma alta percentagem de sintomas depressivos, ansiogénicos, Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, solidão e diminuição da qualidade de vida (Gawrych et al., 2022; Jones et al., 2021; Rosa & Regnoli, 2022; Kauhanen et al., 2022; Qiu et al., 2020). A culpa pela felicidade que experimentam os jovens adultos pode ser explicada porque têm mais momentos de felicidade do que os idosos, dado que estes estão mais deprimidos (Fiske et al., 2009; Kim et al., 2022).

Por último, relativamente a quinta hipótese “*As variáveis explicativas Luto, Depressão, Reação Pós-traumática de Stress e Culpabilidade no luto, estão correlacionadas umas com as outras*” verifica-se que estas variáveis influenciam-se entre si. Estes resultados vão de encontro com a literatura existente a qual afirma que a sintomatologia depressiva e traumática, bem como a culpabilidade no luto, é frequente nos casos de luto prolongado, pois a medida que aumentam os níveis de luto prolongado aumenta também os sintomas depressivos e traumáticos e os sentimentos de culpa e vice-versa (Kokou-Kpolou et al., 2020; Love, 2007; Rabow et al., 2021; Shear et al., 2011; Simon, 2013; Wagner et al., 2021).

Recentemente, tem vindo a aumentar o estudo das variáveis implicadas na experiência de luto em fase de pandemia, no entanto, é necessário realizar estudos futuros mais aprofundados face a pertinência deste tema. Esta investigação revela-se bastante promissora, pois permite criar um certo nível de compreensão acerca do impacto da situação pandémica na experiência de luto, quais os fatores implicados no processo de luto, melhorar e facilitar a realização de um diagnóstico mais diferencial e estudar estratégias de prevenção para evitar níveis de sintomatologia associada ao luto prolongado mais significativa, com elevadas implicações para a saúde psicológica do próprio e dos familiares.

Os resultados obtidos neste estudo são de suma importância para o futuro, pois é expectável o aumento da prevalência de luto prolongado, assim como da sintomatologia depressiva e traumática e a culpabilidade no luto após a pandemia por Covid-19.

A dimensão da amostra constitui uma limitação, uma vez que apresenta um número reduzido. Ainda, a extensão do protocolo constituiu um constrangimento para os participantes, o facto de ser extenso provoca sensação de desconforto e cansaço, pelo que algumas pessoas recusaram responder, outras interromperam o preenchimento e outras só através do reforço positivo e do incentivo conseguiram concluir o preenchimento. Em várias ocasiões a perda do ente querido em fase de pandemia revelou-se recente, pelo que a recusa em participar no estudo aconteceu algumas vezes. Para além disso, existem desequilíbrios na recolha da amostra, uma vez que esta foi recolhida tanto em formato online como em formato presencial, consoante a fase da pandemia.

No que diz respeito a futuras investigações no contexto desta linha de investigação e de modo a fazer referência as limitações mencionadas, as investigações no futuro devem ter em consideração o tamanho da amostra pois os resultados obtidos poderiam ser diferentes, bem como, as limitações provocadas pela aplicação dos questionários em formato online, uma vez que se revelou ser um fator de forte desistência. Para além disso, existem aspetos pertinentes que poderiam ser alvo de análise, por exemplo, avaliar o impacto que o passar do tempo tem nas variáveis em estudo, com o objetivo de verificar se a prevalência da sintomatologia em torno dos processos de luto aumentou ou diminuiu.

Referências Bibliográficas

- Afonso, P. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health. *Acta Medica Portuguesa*. <https://doi.org/10.20344/amp.13877>
- Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2022). A Qualitative Study on the Impact of Death During COVID-19: Thoughts and Feelings of Portuguese Bereaved Adults. *PLOS ONE*, 17(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265284>
- Alves, A. M., Couto, S. B., Santana, M. P., Baggio, M. R., & Gazarini, L. (2021). The Medicalization of Mourning: Limits and Perspectives in the Management of Suffering During the Pandemic. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(9). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133221>
- American Psychiatric Association (2006). *DSM-IV-R: Manual de Diagnóstico das Perturbações Mentais* (4^o edição). Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual de Diagnóstico das Perturbações Mentais* (5^o edição). Artmed.
- Bachani, S., Sahoo, S. M., Nagendrappa, S., Dabral, A., & Chandra, P. (2022). Anxiety and Depression Among Women with COVID-19 Infection During Childbirth— Experience from a Tertiary Care Academic Center. *AJOG Global Reports*.
- Bhuiyan, I., Sakib, N., Pakpour, A. H., Griffiths, M. D., & Mamun, M. A. (2020). COVID-19-Related Suicides in Bangladesh Due to Lockdown and Economic Factors: Case Study Evidence from Media Reports. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00307-y>
- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabárbara, J. (2021). Prevalence of Depression During the COVID-19 Outbreak: A Meta-Analysis of Community-Based Studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>
- Cavalera, C. (2020). COVID-19 Psychological Implications: The Role of Shame and Guilt. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.571828>

- Cavalera, C., & Oasi, O. (2022). Shame, Guilt and Fear as Predictors of Traumatic Experiences Related to Covid-19 Pandemic. <https://doi.org/10.31234/osf.io/prg52>
- Chen, R., Sun, C., Chen, J., Jen, H., Kang, X., Kao, C., & Chou, K. (2020). A Large-Scale Survey on Trauma, Burnout, and Posttraumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.12796>
- Clark, J. (2021). What Makes Grief Complicated? A Review. *Australian Counselling Research Journal*, 57-65.
- Colizzi, M., Peghin, M., Martino, M., Bontempo, G., Gerussi, V., Palese, A., Isola, M., Tascini, C., & Balestrieri, M. (2022). Mental Health Symptoms One Year After Acute COVID-19 Infection: Prevalence and Risk Factors. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.05.008>
- Crepaldi, M. A., Schmidt, B., Noal, D. S., Bolze, S. D., & Gabarra, L. M. (2020). Terminalidade, Morte e Luto na Pandemia de COVID-19: Demandas Psicológicas Emergentes e Implicações Práticas. *Estudos de Psicologia*, 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>
- Das, S., Singh, T., Varma, R., & Arya, Y. K. (2021). Death and Mourning Process in Frontline Health Care Professionals and Their Families During COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.624428>
- 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>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113916>
- Djelantik, M., Buic, E., O'Connor, M., Rosner, R., Robinaugh, D., Simong, N., & Boelen, P. (2021). Traumatic Grief Research and Care in the Aftermath of the COVID-19

- Pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 12.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1957272>
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2020). Prolonged Grief Disorder Following the Coronavirus (COVID-19) Pandemic. *Psychiatry Research*.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>
- Eisma, M., & Tamminga, A. (2022). COVID-19, Natural, and Unnatural Bereavement: Comprehensive Comparisons of Loss Circumstances and Grief Severity. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2062998>
- Ferreira, T., Sousa, M., Meira, L., Cunha, C., Santos, A., Silva, S., Couto, A. B., Gomes, P., Costa, L., Barbosa, E., Basto, I., & Salgado, J. (2018). Brief Assessment of Depression: Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Research Gate*. <https://doi.org/0.33525/pprj.v1i2.36>
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annu Rev Clinical Psychology*, 5, 363–389.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- Fulton, R. (2003). Anticipatory Mourning: A Critique of the Concept. *Mortality*, 8(4), 342–351. <https://doi.org/10.1080/13576270310001613392>
- Gawrych, M., Cichoń, E., & Kiejna, A. (2022). Depression Among Young Adults – Risks and Protective Factors in the COVID-19 Pandemic. *Advances in Psychiatry & Neurology*, 31(2), 52-61. <https://doi.org/10.5114/ppn.2022.118265>
- Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I. M., & Dell'Osso, L. (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00489>
- Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P., & Abi-Habib, R. (2020). The Role of Perceived Social Support on Depression and Sleep During the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Research*, 293. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113452>
- Guedes, I., Nogueira, A., Soares, J., Killikelly, C., & Rocha, J. (2020). *Validation of the International Prolonged Grief Disorder Scale (IPGDS-PT): Portuguese Version*.

[Dissertação de mestrado, IUCS – Instituto Universitário Ciências da Saúde].
Repositório da CESPU. [MPSN_D_23121_mariacunha \(cespu.pt\)](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30079-7)

Haider, I. I., Tiwana, F., & Tahir, S. M. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Adult Mental Health. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2756>

Hajek, A., Sabat, I., Neumann-Böhme, S., Schreyögg, J., Barros, P. P., Stargardt, T., & König, H. (2021). Prevalence and Determinants of Probable Depression and Anxiety During the COVID-19 Pandemic in Seven Countries: Longitudinal Evidence from the European Covid Survey (ECOS). *Journal of Affective Disorders*, 517-524. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.029>

Haller, M., Norman, S. B., Davis, B. C., Capone, C., Brownie, K., & Allard, C. B. (2020). A Model for Treating COVID-19 –Related Guilt, Shame, and Moral Injury. *American Psychological Association*, 12(1), 174-176. <https://doi.org/10.1037/tra0000742>

Han, L., Zhan, Y., Li, W., Xu, Y., Xu, Y., & Zhao, J. (2021). Associations Between the Perceived Severity of the COVID-19 Pandemic, Cyberchondria, Depression, Anxiety, Stress, and Lockdown Experience: Cross-sectional Survey Study. *JMIR Public Health Surveill*, 7(9). <https://doi.org/10.2196/31052>

Hansel, T. C., Saltzman, L. Y., Melton, P. A., Clark, T. L., & Bordnick, P. S. (2022). COVID-19 Behavioral Health and Quality of Life. *Scientific Reports*, 12. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-05042-z>

Heiberg, K., Heggstad, A. K., Joranson, N., Lausund, H., Breivne, G., Myrstad, M., Ranhof, A. H., Walle-Hansen, M. M., & Bruun-Olsen, V. (2022). ‘Brain Fog’, Guilt, And Gratitude: Experiences of Symptoms and Life Changes in Older Survivors 6 Months After Hospitalization for COVID-19. *European Geriatric Medicine*, 13, 695–703. <https://doi.org/10.1007/s41999-022-00630-8>

Ingravalho, F. (2020). Death in the Era of the COVID-19 Pandemic. *The Lancet Public Health*, 5(5), 258. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30079-7](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30079-7)

- Jeong, J., Kim, A., Hilton, C., & Hong, I. (2021). Impact of Event Scale-6 (IES-6) for U.S. Adults Who Experienced the COVID-19 Pandemic. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1130260/v1>
- Jin, Y., Sun, H., Lam, S. H., Su, Z., Hall, B. J., Cheung, T., Qin, M., Ng, C. H., & Xiang, Y. (2022). Depressive Symptoms and Gender Differences in Older Adults in Hong Kong During the COVID-19 Pandemic: A Network Analysis Approach. *International Journal of Biological Sciences*, *18*(10), 3934-3941. <https://doi.org/10.7150/ijbs.69460>
- Johnson, M., Johnson, E., Webber, L., & Nettle, D. (2020). Mitigating Social and Economic Sources of Trauma: The Need for Universal Basic Income During the Coronavirus Pandemic. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/tra0000739>
- Jones, K., Mallon, S., & Schnitzler, K. (2021). A Scoping Review of the Psychological and Emotional Impact of the COVID-19 Pandemic on Children and Young People. *Illness, Crisis & Loss*, *31*(1) 175–199. <https://doi.org/10.1177/10541373211047191>
- Jordan, T. R., Wotring, A. J., McAfee, C. A., Cegelka, D., Wagner-Greene, V. R., Polavarapu, M., & Hamdan, Z. (2021). The COVID-19 Pandemic Has Changed Dying and Grief: Will There Be a Surge of Complicated Grief? *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1929571>
- Kauhanen, L., Yunus, W. M., Lempinen, L., Peltonen, K., Gyllenberg, D., Mishina, K., Gilbert, S., Bastola, K., Brown, J. S., & Sourander, A. (2022). A Systematic Review of the Mental Health Changes of Children and Young People Before and During the COVID-19 Pandemic. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02060-0>
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of Complicated Grief in a Representative Population-Based Sample, *131*, 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
- Kim, J. H., Choi, E., Kim, N., & Choi, I. (2022). Older people are not always happier than younger people: The moderating role of personality. *Health and Well-Being*. <https://doi.org/10.1111/aphw.12377>

- Kokou-Kpolou, C. K., Fernández-Alcántara, M., & Cénat, J. M. (2020). Prolonged Grief Related to COVID-19 Deaths: Do We Have to Fear a Steep Rise in Traumatic and Disenfranchised Grievs? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 94-95. <https://doi.org/10.1037/tra0000798>
- Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., & Giesbrecht, G., (2020). Elevated Depression and Anxiety Symptoms Among Pregnant Individuals During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 5–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>
- Lee, H., Choi, D., & Lee, J. J. (2022). Depression, Anxiety, and Stress in Korean General Population During the COVID-19 Pandemic. *Epidemiol Health*, 44. <https://doi.org/10.4178/epih.e2022018>
- Li, J., Stroebe, M., Chan, C. L., & Chow, A. Y. (2017). The Bereavement Guilt Scale: Development and preliminary validation. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 75(2), 166-183. <https://doi.org/10.1177/0030222815612309>
- Liu, C. H., Zhang, E., Wong, G. T., Hyun, S., & Hahm, H. (2020). Factors Associated with Depression, Anxiety, and PTSD Symptomatology During the COVID-19 Pandemic: Clinical Implications For U.S. Young Adult Mental Health. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>
- Lopes, A. L. T. (2013). *Convergent Validity of Impact of Event Scale-Revised and Impact of Event Scale-6. Portuguese Versions*. [Dissertação de mestrado, IUCS – Instituto Universitário Ciências da Saúde]. Repositório da CESPU. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/280>
- Love, A. (2007). Progress in Understanding Grief, Complicated Grief, and Caring for the Bereaved. *Contemporary Nurse*, 27(1), 73 – 83.
- Ma, Y., Li, W., Deng, H., Wang, L., Wang, Y., Wang, P., Bo, H., Cao, J., Wang, Y., Zhu, L., Yang, Y., Cheung, T., Ng, C., Wu, X., & Xiang, Y. (2020). Prevalence of Depression and its Association with Quality of Life in Clinically Stable Patients with COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 275, 145-148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.033>

- Masiero, M., Mazzocco, K., Harnois, C., Cropley, M., & Pravettoni, G. (2020). From Individual to Social Trauma: Sources of Everyday Trauma in Italy, the US and UK During the Covid-19 Pandemic. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1–7. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1787296>
- Masur, C., & Wertheimer, S. R. (2021). Mourning in Quarantine. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 1–8. <https://doi.org/10.1002/aps.1735>
- 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>
- McAdams, J. L., & Puntillo, K. (2009). Symptoms Experienced by Family Members of Patients in Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*, 18(3), 200–209. <https://doi.org/10.4037/ajcc2009252>
- McElroy-Heltzel, S. E., Shannonhouse, L. R., Davis, E. B., Lemke, A. W., Mize, M. C., Aten, J., Fullen, M. C., Hook, J. N., Van, D. R., Davis, D. E., & Miskis, C. (2021). Resource Loss and Mental Health During COVID-19: Psychosocial Protective Factors Among U.S. Older Adults and Those with Chronic Disease. *International Journal of Psychology*, 57(1), 127-135. <https://doi.org/10.1002/ijop.12798>.
- Mortazavi, S. S., Assari, S., Alimohamadi, A., Rafiee, M., & Shati, M. (2020). Fear, Loss, Social Isolation, and Incomplete Grief Due to COVID-19: A Recipe for a Psychiatric Pandemic. *Basic and Clinical Neuroscience*, 11, 225-232. <http://doi.org/10.32598/bcn.11.covid19.2549.1>
- Moses, K., Nagarajan, O., & Lenin, B. (2022). Determining the Association of Grief Intensity and Prolonged Grief Disorder among COVID-19 Bereaved – A Preliminary Study. *Journal of Family Life Education*, 1(1), 63-83.
- Neimeyer, R. A., & Lee, S. A. (2021). Circumstances of the Death and Associated Risk Factors for Severity and Impairment of COVID-19 Grief. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1896459>

- Pacheco, E. A. (2020). *Adaptação Cultural e Validação do Questionário PHQ-9*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina Universidade de Coimbra]. [TESE FINAL.pdf \(uc.pt\)](#)
- Palgi, Y., Shrira, A., Ring, L., Bodner, E., Avidor, S., Bergman, Y., Cohen-Fridel, S., Keisari, S., & Hoffman, Y. (2020). The Loneliness Pandemic: Loneliness and Other Concomitants of Depression, Anxiety and Their Comorbidity During the COVID-19 Outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 275, 109–111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.036>
- Panchal, N., Kamal, R., Cox, C., & Garfield, R. (2021). The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use. *Kaiser Family Foundation*.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais* (6ª edição). A Complementaridade do SPSS. Edições Sílabo, Lda.
- Pettinicchio, D., Maroto, M., Chai, L., & Lukk, M. (2021). Findings from an Online Survey on the Mental Health Effects of COVID-19 on Canadians with Disabilities and Chronic Health Conditions. *Disability and Health Journal*. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101085>
- Probst, D. R., Gustin, J. L., Goodman, L. F., Lorenz, A., & Wells-Di, S. M. (2016). ICU Versus Non-ICU Hospital Death: Family Member Complicated Grief, Posttraumatic Stress, and Depressive Symptoms. *Journal of Palliative Medicine*, 19(4), 387-393. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0120>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress Among Chinese People in the COVID-19 Epidemic: Implications and Policy Recommendations. *General Psychiatry*, 33(2). <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Rabow, M. W., Huang, C. S., White-Hammond, G. E., & Tucker, R. O. (2021). Witnesses and Victims Both: Healthcare Workers and Grief in the Time of COVID-19. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(3), 647-656. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.01.139>

- Rehman, U., Yildirim, M., & Shahnawaz, M. G. (2022). A Longitudinal Study of Depression, Anxiety, and Stress Among Indians During COVID-19 Pandemic. *Psychology, Health & Medicine*. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.2023751>
- Reitsma, L., Boelen, P. A., Keijsers, J., & Lenferink, I. M. (2022). Unguided Online Treatment of Disturbed Grief, Posttraumatic Stress, and Depression in Adults Bereaved During the COVID-19 Pandemic: A Randomized Controlled Trial. *Grief and covid-19*.
- Robbins, R., Weaver, M. D., Czeisler, M. É., Barger, L. K., Quan, S. F., & Czeisler, C. A. (2022). Associations Between Changes in Daily Behaviors and Self-Reported Feelings of Depression and Anxiety About the COVID-19 Pandemic Among Older Adults. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 77(7), 150-159. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab110>
- Rosa, B., & Regnoli, G. M. (2022). COVID-19 Pandemic, a Potential Collective Trauma. *Temi di Psicologia dell'Ordine degli Psicologi della Campania*, 1(2), 56-71. <https://doi.org/10.53240/topic002.05>
- Sanderson, W. C., Arunagiri, V., Funk, A. P., Ginsburg, K. L., Krychiw, J. K., Limowski, A. R., Olesnycky, O. S., & Stout, Z. (2020). The Nature and Treatment of Pandemic-Related Psychological Distress. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09463-7>
- Seens, H., Lu, Z., Fraser, J., MacDermid, J. C., Walton, D. M., & Grewal, R. (2022). An Intersectional Approach to Identifying Factors Associated with Anxiety and Depression Following the COVID-19 Pandemic. *Scientific Reports*, 12. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-15695-5>
- Shahini, N., Abbassani, S., Ghasemzadeh, M., Nikfar, E., Heydari -Yazdi, A. S., Charkazi, A., & Derakhshanpour, F. (2022). Grief Experience After Deaths: Comparison of Covid-19 and non-Covid-19 Causes. *Journal of Patient Experience*, 9, 1-6. <https://doi.org/10.1177/23743735221089697>
- Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153–160. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1315618>

- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A. D., & Keshaviah, A. (2011). Complicated Grief and Related Bereavement Issues for DSM-5. *National Institutes of Health*, 28(2), 103–117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>
- Shields, M., Tonmyr, L., Gonzalez, A., Weeks, M., Park, S., Robert, A., Blair, D., & MacMillan, H. (2021). Symptoms of Major Depressive Disorder During the COVID-19 Pandemic: Results From a Representative Sample of the Canadian Population. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 40(11), 340-358. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.04>
- Siegel, M. D., Hayes, E., Vanderwerker, L. C., Loseth, D. B., & Prigerson, H. G. (2008). Psychiatric Illness in the Next of Kin of Patients Who Die in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 36(6), 1722–1728. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e318174da72>
- Silva, M., Arndt, R., Silva, R. D., Pires, L. L., & Ugoline, B. G. (2022). Análise do Desenvolvimento da Depressão em Idosos na Pandemia da Covid-19. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(6), 2675-3375. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i6.5815>
- Simon, N. (2013). Treating Complicated Grief. Department of Health & Human Services, 24; 310(4), 416–423. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.8614>
- Scheinfeld, E., Barney, K., Gangi, K., Nelson, E. C., & Sinardi, C. C. (2021). Filling the Void: Grieving and Healing During a Socially Isolating Global Pandemic. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(10), 2817-2837. <https://doi.org/10.1177/02654075211034914>
- Thibaut, F., & Wijngaarden-Cremers, P. J. (2020). Women's Mental Health in the Time of Covid-19 Pandemic. *Frontiers in Global Women's Health*, 1. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2020.588372>

- Thompson, K. V., Eder-Moreau, E., Cunningham, S., Yamazaki, Y., & Chen, H. (2022). Exploring Trauma and Resilience Among NYS COVID-19 Pandemic Survivors. *Behavioral Sciences, 12*. <https://doi.org/10.3390/bs12080249>
- Thoresen, S., Tambs, K., Hussain, A., Heir, T., Johansen, V. A., & Bisson, J. I. (2010). Brief Measure of Posttraumatic Stress Reactions: Impact of Event Scale-6, *45*(3), 405–412. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0073-x>
- Vieira, R. N. (2020). *Validação da Escala de Culpabilidade no Luto: População Portuguesa*. [Dissertação de mestrado, IUCS – Instituto Universitário Ciências da Saúde]. Repositório da CESPU. [Validação da Escala de Culpabilidade no Luto: População Portuguesa \(cespu.pt\)](https://repositorio.cespu.pt/validacao-da-escala-de-culpabilidade-no-luto-populacao-portuguesa)
- Wagner, B., Hofmann, L., & Grafiadeli, R. (2021). The Relationship Between Guilt, Depression, Prolonged Grief, and Posttraumatic Stress Symptoms After Suicide Bereavement. *Journal of Clinical Psychology, 77*, 2545–2558. <https://doi.org/10.1002/jclp.23192>
- 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), 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., & Ho, C. (2020). A Longitudinal Study on the Mental Health of General Population During the COVID-19 Epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
- Zhai, Y., & Du, X. (2020). Loss and Grief amidst COVID-19: A Path to Adaptation and Resilience, *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053>

Anexos

Índice de Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

Anexo B – Protocolo de Avaliação

Anexo B1 – Questionário Sociodemográfico

Anexo B2 – Escala Internacional da Perturbação de Luto Prolongado (IPGDS-PT)

Anexo B3 – Escala de Impacto de Acontecimentos 6 (IES-6 COVID)

Anexo B4 – Questionário Sobre a Saúde do Paciente- 9 (PHQ-9)

Anexo B5 – Escala de Culpabilidade no Luto (ECL)

Anexo C – Resumo do Póster apresentado no *European Grief Conference - Emerging Perspectives & Collaborations* – Copenhaga, 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, por quê?

11. Foi possível existir um momento de despedida?

- Sim
- Não

Se não, por quê?

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?

- Conjugue
 - 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

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 desamparado 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 B3

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

IES-6 COVID

(Rocha, 2020)

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

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

Anexo B4

Questionário Sobre a Saúde do Paciente- 9 (PHQ-9)

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

Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afetado/a por algum dos seguintes problemas?

(Utilize " ✓ " para indicar a sua resposta)

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

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

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

Não dificultaram

Dificultaram um pouco

Dificultaram muito

Dificultaram extremamente

Anexo B5

Escala de Culpabilidade no Luto (ECL)

Escala de Culpabilidade no Luto

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

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

Anexo C

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

The pandemic and the grieving processes: The influence of clinical variables in a Portuguese sample

Marta Alves¹, Inês Eusébio¹ Noémia Carvalho², Márcia Mendes³, Rosana Vieira¹,
Joana Soares¹⁴

¹Unipro Research Unit, (IUCS-CESPU)

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

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

⁴Clinical Psychologist at the Psychology Service of the Centro Hospitalar Universitário de S. João do Porto

Background: The COVID-19 pandemic has affected the death process, posing a threat to the physical and psychological health of individuals¹. There are several studies that point to the influence of multiple factors related to the COVID-19 pandemic that can affect the grieving process, contributing to the development of the diagnosis of prolonged grief², as well as to the appearance of depressive and anxiogenic symptoms³. **Rationale:** This study makes it possible to reveal the negative psychological impact resulting from losses that occurred during the COVID-19 pandemic and, consequently, the possibility of developing an important problem of prolonged grief. Thus, the objective of the study is to evaluate the impact of the pandemic on the experience of grieving processes, considering the variables guilt, trauma and depression. **Design:** A quantitative study whose sample will consist of approximately 50 individuals who have experienced at least one loss during the COVID-19 pandemic, due to this or other reasons. The sample collection is being carried out in clinical settings. **Evaluation:** The protocol consists of a questionnaire on sociodemographic and clinical variables, carried out for the purposes of the study; International Prolonged Grief Disorder Scale (IPGDS-PT); Event Impact Scale-6 (IES-6); Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and Bereavement Guilt Scale. **Conclusion:** Through this study, a significant increase in cases with a diagnosis of prolonged grief as a consequence of the COVID-19² pandemic is expected, as well as an increase in traumatic⁴, depressive symptoms^{2,3} and guilt-related grief^{1,2}.

References

- ¹ Djelantik, M., Buic, E., O'Connor, M., Rosner, R., Robinaugh, D., Simong, N., & Boelen, P. (2021). Traumatic grief research and care in the aftermath of the COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 12. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1957272>.
- ² Jordan, T. R., Wotring, A. J., McAfee, C. A., Cegelka, D., Wagner-Greene, V. R., Polavarapu, M., & Hamdan, Z. (2021). The COVID-19 pandemic has changed dying and grief: Will there be a surge of complicated grief? *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1929571>
- ³ Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>
- ⁴ Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I.M., & Dell'Osso, L. (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00489>.