

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Experiências De Luto Em Tempos De Pandemia COVID-19

Eduarda Patrícia Oliveira de Barros Pereira

M

2022



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

EXPERIÊNCIAS DE LUTO EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19

Eduarda Patrícia Oliveira de Barros Pereira

Outubro 2022

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora
Margarida Rangel Henriques (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

-

Agradecimentos

As retas finais são fenómenos bastante peculiares – pelo menos para mim, sempre o foram. É engraçado como os percursos começam: enchem-se e enchem-nos de sonhos, de esperança e de expectativas. Depois, seguem-se os obstáculos, os desafios e as barreiras, cada qual superado, vencido, conquistado, de olhos fixos na meta, no horizonte. Agarra-se assim o sonho. Mas, às vezes, é quando conseguimos ver a meta a um palmo de nós que nos esquecemos do que sentimos no início, e mais difícil ainda é visualizar os degraus que já subimos. As pernas fraquejam, a corrida abranda, o cansaço lateja.

E eu, que tive tanta sorte nesta jornada! Foram tantas as mãos que se estenderam para que nunca houvesse obstáculo que me estagnasse. Tantos aqueles que me deram força quando eu deixei de a ter, e os outros tantos que lá estiveram para me reerguer.

Se este projeto chegou à fruição foi muito graças à generosidade de quem me rodeou. Da minha professora Margarida, que sempre se prontificou para encontrar a melhor forma de me fazer arrancar – mesmo depois dos vários arranques em falso. Do professor Nuno, incansável em se fazer presente, e em ajudar-me a contornar os bloqueios no meu caminho.

Da Inês, com quem partilhei todas as alegrias e angústias, das mais às menos dramáticas, a pessoa de todas as horas, para todos os momentos. Da Francisca “Kika”, de quem era suposto ter sido eu a cuidar, mas que acabou por cuidar de mim a cada passo do meu caminho, que tanto me inspirou, ensinou e apoiou, a quem não me chegam palavras para agradecer a magnitude do que fez por mim. Das minhas âncoras, colegas e também professorxs: Andreia “Nélinha”, Rita, Andreia S., Ana Teresa, David, Joana C., Joana M., Violeta, Regina, Carolina V., Diogo G.

Por último, aos “santos da casa” (que em termos de “aturar”, já o fazem há muito!), sobretudo à minha Mãe, pois sem o apoio incondicional dela, nunca teria chegado aqui. Aos meus Gonçalves, aos Oliveiras e aos Barros Pereira. À “Kikas”, à “Lana”, à Ana, à “Luna”. Por fim, à pessoa que comigo caminhou e partilhou o sonho para uma vida.

Aos meus, um sincero muito obrigada!

Resumo

A pandemia COVID-19 constituiu um evento sem precedentes históricos recentes. Dada a elevada taxa de transmissibilidade e de mortalidade associadas ao SARS-CoV-2, tornou-se pertinente estudar os efeitos que este contexto pandémico poderá ter nos processos de luto, fenómeno esse que este estudo procura conhecer. A amostra foi constituída por 42 participantes que perderam um ente querido, por COVID-19 ou não, entre 15 de março de 2020 e 31 de abril de 2021, com idades compreendidas entre os 20 e os 62 anos de idade ($M=34.50$, $DP= 11.99$), maioritariamente do género feminino (85.7%). Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Sintomas Psicopatológicos, o Inventário de Luto Complicado, a Escala do Impacto do Acontecimento-Revista, o *Brief COPE*, o Inventário do Luto Traumático (traduzido para este estudo), e o Questionário de Dados Pessoais e das Características da Perda, desenvolvido para este estudo e orientado para as particularidades da perda em contexto de COVID-19. Verificou-se que 35.7% dos participantes apresentavam possível presença de perturbação emocional, 69% apresentava *distress* subjetivo relacionado com a perda, 16.7% dos enlutados evidenciavam a possível presença de luto complicado, enquanto 23.8% evidenciava possível luto traumático. Os estilos de *coping* mais utilizados pelos enlutados foram a aceitação, planear, suporte emocional e *coping* ativo, sendo os menos utilizados, o abuso de substâncias, o desinvestimento comportamental e a negação. Os resultados sugerem também que estes processos de luto são marcados pela presença de um conjunto de fatores de risco para o desenvolvimento de lutos complicados, nomeadamente, as circunstâncias da morte, existência de múltiplas perdas primárias e secundárias em tempos pandémicos e de restrição do contacto social, mortes consideradas súbitas/inesperadas e a ausência de oportunidade de se despedir, entre outros fatores. O presente estudo evidencia a pandemia COVID-19 como um contexto condicionante do *status quo* daquelas que são as normas culturais e sociais associada à perda de um ente querido e com possíveis implicações na evolução de lutos traumáticos. A utilização de questionários específicos que permita a sua deteção precoce será de suma importância para mitigar os efeitos pandémicos e contribuir para a promoção da saúde mental dos sobreviventes.

Palavras-Chave: COVID-19, pandemia, luto complicado, luto traumático

Abstract

The COVID-19 pandemic was as global phenomenon without recent historical precedents. Due to the elevated transmission and mortality rates associated to SARS-CoV-2, studying the effects of the pandemic contexts on grief and bereavement became pertinent, a phenomenon which the present study seeks to understand. Our sample was made up of 42 participants that have lost a loved person, due to COVID-19 or not, between the 15th of March 2020 and 31st of April 2021, with ages ranging from 20 to 62 years of age ($M=34.50$, $DP= 11.99$), predominantly female (85.7%). The applied instruments were the Brief Symptom Inventory, the Complicated Grief Questionnaire, the Impact of Event Scale-Revised, the Brief COPE, the Traumatic Grief Questionnaire (translated for this study), and the Questionnaire of Personal Details and Characteristics of the Loss, designed for this study and oriented to the particularities of a loss in a COVID-19 context. We were able to verify that 35.7% of the sample presented a possible emotional disturbance, 69% showed signs of subjective distress related to the loss, 16.7% of the bereaved indicated a possible presence of complicated grief, while 23.8% showcased signs of traumatic grief. The most frequent coping styles used by the bereaved were acceptance, planning, emotional support, and active coping, the less used were substance abuse, behavioral disinvestment, and denial. Results also seemed to suggest that these grief processes were marked by the presence of a set of risk factors for the development of complicated grief, namely, the circumstances of death, the existence of multiple losses including primary and secondary in times of pandemic and social restriction, deaths considered sudden or anticipated, inability to say goodbye, symptoms of psychopathology, and other factors. The present study highlights the COVID-19 pandemic as a context that challenges the *status quo* of the cultural and social norms associated with the loss of a loved one and with possible implications in the development of traumatic grief. Using specific questionnaires that allow its early detection will be of utmost importance to mitigate the effects of the pandemic and contribute to the promotion of the survivor's mental health.

Keywords: COVID-19, pandemic, complicated grief, traumatic grief

Résumé

La pandémie COVID-19 constitue un événement sans précédents historiques récents. Compte tenu de l'haute taux de transmission et de mortalité associées au SARS-CoV-2, il est devenu pertinent d'étudier les effets que ce contexte pandémique pourra avoir sur les processus de deuil, le phénomène que cette étude cherche à connaître. L'échantillon a été constitué par 42 participants qui ont perdu un être cher entre le 15 mars 2020 et le 31 avril 2021, âgés de 20 à 62 ans ($M=34.50$, $DP=11.99$), la plupart du genre féminin (85.7%). Les instruments utilisés ont été l'Inventaire des Symptômes Psychopathologiques, l'Inventaire du Deuil Complicé, l'Échelle de l'Impact de l'Événement-Revisé, le *Brief COPE*, l'Inventaire du Deuil Complicé (traduit pour cette étude), et le Questionnaire de Données Personnelles et des Caractéristiques de la Perte, développé pour cette étude et orienté vers les particularités de la perte en contexte de COVID-19. On a trouvé que 35.7% de l'échantillon présentait la présence possible de perturbation émotionnelle, 69% de l'échantillon présentait détresse subjective rapportée à la perte, 16.7% des endeuillés rendaient visible la présence de deuil compliqué, tandis que 23.8% rendaient visible un possible deuil traumatique. Les styles de *coping* les plus utilisés par les endeuillés ont été l'acceptation, planifier, support émotionnel et *coping* actif, dont les moins utilisés ont été l'abus de substances, le désengagement comportemental et la négation. Les résultats suggèrent aussi que les processus de deuil sont marqués par la présence d'un ensemble de facteurs de risque vers le développement de deuils compliqués, en particulier, les circonstances de la mort, les multiples pertes primaires et secondaires en temps de pandémie et de restriction au niveau du contact social, les morts considérées soudaines / inattendues et l'absence d'opportunité de prendre congé et dire au revoir, la symptomatologie psychopathologique, parmi d'autres facteurs. Cette étude met en évidence la pandémie COVID-19 comme un contexte qui conditionne le *status quo* des normes culturelles et sociales associées à la perte d'un être aimé et qui pourront avoir des implications sur l'évolution des deuils traumatiques. L'utilisation de questionnaires spécifiques qui puisse détecter précocement ce qui sera très importante pour mitiger les effets pandémiques et contribuer pour la promotion de la santé mentale des survivants.

Mots-clés: COVID-19, pandémie, deuil traumatique, deuil compliqué

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico.....	2
2.1. Evolução do conceito de Luto	2
2.2. Luto Normativo e Luto Complicado	2
2.3. A perda como evento traumático	8
2.4. COVID-19: Pandemia sem precedentes	9
3. Estudo Empírico	15
3.1. Método.....	15
3.2. Objetivos de Estudo	15
3.3. Participantes.....	16
3.4. Instrumentos.....	16
3.5. Procedimentos.....	22
4. Resultados	24
5. Discussão	36
6. Conclusão.....	46
Referências.....	47
Anexos	57
ANEXO I – Permissão de tradução por parte dos autores.....	57
ANEXO II – Questionário das Características das Perdas e da Morte.....	58
ANEXO III – Tabelas de Caracterização Geral dos Participantes.....	77
ANEXO IV - Caracterização dos participantes com Luto Traumático	94

Índice De Tabelas

Tabela 1 Tipo de relacionamento com a pessoa falecida.....	77
Tabela 2 Causa da morte da pessoa falecida.....	77
Tabela 3 Mês em que ocorreu a perda.....	78
Tabela 4 Morte súbita ou inesperada.....	78
Tabela 5 Proximidade afetiva à pessoa falecida.....	78
Tabela 6 Crosstab: Proximidade afetiva e Coabitação	79
Tabela 7 Caracterização dos participantes relativamente a diversas medidas relativas às equipas de saúde	80
Tabela 8 Duração do internamento da pessoa falecida.....	81
Tabela 9 Crosstab: Contexto da morte e Oportunidade de se despedir	81
Tabela 10 Oportunidade de se despedir da pessoa falecida e sentimento de que ficaram coisas por dizer à mesma.....	82
Tabela 11 Possibilidade de presença nas cerimónias fúnebres da pessoa falecida	82
Tabela 12 <i>Importância de ter estado presente nas cerimónias fúnebres</i>	82
Tabela 13 <i>Permissão de ver o corpo da pessoa falecida</i>	82
Tabela 14 Presença de mais pessoas na cerimónia fúnebre	83
Tabela 15 Respeito dos desejos póstumos da pessoa falecida	83
Tabela 16 Caracterização dos participantes relativamente a diversas medidas de suporte social percecionado	84
Tabela 17 Sentimento de solidão	85
Tabela 18 Sentimento de evitamento por parte dos amigos/as	85
Tabela 19 Caracterização dos participantes relativamente a diversas medidas de estigmatização percecionada	86
Tabela 20 Crosstab Culpa-se pela morte do seu ente querido? * Causa da morte.....	87
Tabela 21 Sentimento de responsabilidade pela transmissão da doença à pessoa falecida .	87
Tabela 22 Sentimento de que poderia ter feito algo mais para prevenir a morte a pessoa falecida	87
Tabela 23 Valores mínimos, máximos, médios e de desvio-padrão do BSI e suas dimensões	88

Tabela 24 Categorização dos participantes consoante pontuação acima ou abaixo do ponto de corte (ISP > 1.7) no BSI	88
Tabela 25 Acompanhamento psicológico/psiquiátrico prévio à pandemia COVID-19	89
Tabela 26 Diagnóstico de perturbação mental previamente à perda da pessoa falecida	89
Tabela 27 <i>Procura de acompanhamento psicológico/psiquiátrico a partir da pandemia COVID-19</i>	89
Tabela 28 Valores mínimos, máximos, médios e de desvio-padrão do ILC e suas dimensões	89
Tabela 29 Categorização da amostra consoante pontuação acima ou abaixo do ponto de corte (ILC ≥ 30) no ILC	90
Tabela 30 Categorização dos participantes consoante pontuação acima ou abaixo do ponto de corte (ILT > 53) no ILT	90
Tabela 31 Valores mínimos, máximos, médios e de desvio-padrão da EIA-R e suas dimensões	90
Tabela 32 Categorização dos participantes consoante pontuação acima ou abaixo do ponto de corte (EIA-R > 35.5) na EIA-R	90
Tabela 33 Valores mínimos, máximos, médios e de desvio-padrão do Brief COPE e suas dimensões	91
Tabela 34 Correlações entre instrumentos	92
Tabela 35 Correlação entre ILT e ILC	92
Tabela 36 Correlação entre ILT e EIA-R	92
Tabela 37 Correlação entre ILT e BSI	93
Tabela 38 Correlação entre ILT e Brief COPE	93
Tabela 39 Crosstab entre ILT e ILC	94
Tabela 40 Resultados dos participantes com luto traumático no ILC	94
Tabela 41 Crosstab ILT e EIA-R	94
Tabela 42 Resultados dos participantes com luto traumático na EIA-R	95
Tabela 43 Crosstab ILT e BSI	95
Tabela 44 Resultados dos participantes com luto traumático no BSI	96
Tabela 45 Resultados dos participantes com luto traumático no Brief COPE	97

Lista de abreviaturas

BC – Brief Cope

BSI – Brief Symptom Inventory

COVID-19 – Corona Virus Disease 2019

EIA-R – Escala do Impacto do Acontecimento-Revista

FPCEUP - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

IA – Impacto do Acontecimento

ILC – Inventário de Luto Complicado

ILT – Inventario de Luto Traumático

IGS – Índice Geral de Sintomas

ISP – Índice de Sintomas Positivos

LC – Luto Complicado

LT – Luto Traumático

PLP – Perturbação de Luto Prolongado

PSPT – Perturbação de Stress Pós-Traumático

SARS-CoV-2 - Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

TSP – Total de Sintomas Positivos

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

1. Introdução

A morte e a perda são eventos inevitáveis no ciclo de vida, cuja noção de inevitabilidade matura com o ser humano à medida que este a experiência, direta ou indiretamente. A certeza do fim gera uma forte angústia que a pessoa tende a reprimir, para garantir o seu funcionamento diário. Não obstante, viver a perda de um ente querido, por mais normativa e expectável que seja, desencadeia processos altamente stressantes a nível emocional para o ser humano, que conduzem a processos de luto (Holmes & Rahe, 1967).

O luto é o termo que descreve a resposta psicológica e fisiológica que sucede a perda de um ente querido (Lundorff et al., 2017). Trata-se de um acontecimento natural e expectável, que, não obstante, é normalmente vivido como um processo doloroso e cuja intensidade, tipicamente, diminui ao longo do tempo (Gesi et al, 2020).

Existe, contudo, um reconhecido conjunto multifatorial de circunstâncias que podem dificultar o processo de luto e eventual readaptação da pessoa ao mundo que a rodeia, tornando este processo maladaptativo. A pandemia pelo vírus SARS-CoV-2, e todo o seu contexto envolvente, veio colocar importantes questões acerca de como esta súbita e brutal mudança na vida quotidiana a nível mundial, com repercursões a nível socioeconómico, e individual, poderá contribuir para percursos de luto não normativos e/ou maladaptativos.

O presente estudo, desenhado e iniciado em 2020, surge na sequência das grandes incógnitas levantadas pelos principais investigadores na área do luto, cujas principais hipóteses relativamente aos *outcomes* desta súbita situação pandémica – completamente sem precedentes modernos – surgem com base na literatura disponível acerca de *outcomes* e fatores de risco para um luto não normativo em contextos extremos como: situações de desastres e/ou catástrofes naturais (e.g., Maremoto do Sri Lanka de 2004; Terremoto do Haiti de 2010, Furacão Katrina de 2005 nos Estados Unidos da América; Ekanayake et al., 2013; Eisma et al., 2020); mortes em contextos de saúde (i.e., hospitais; Unidades de Cuidados Intensivos – UCIs; Gesi et al, 2020); morte com potencial traumático (i.e., suicídios, homicídios, acidentes; Kristensen et al., 2010; Kristensen et al., 2012). Partindo desta ssuposições desenvolveu-se um estudo exploratório com vista a conhecer como é que as restritas medidas de contenção implementadas na sequência da pandemia COVID-19 caracterizam as experiências de luto, na população portuguesa, tendo as perdas ocorrido por COVID-19 ou não.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Evolução do conceito de Luto

O interesse pela investigação do luto enquanto processo psicológico começou com os trabalhos de Freud (1917) com a publicação *Luto e Melancolia* onde introduz o conceito de “trabalho de luto”: o processo no qual a energia emocional (i.e., Libido), anteriormente investida na pessoa querida perdida, é redirecionada da sua imagem mental, memórias e pensamentos, e reinvestida em novos laços. O luto assume assim o papel de libertar, gradualmente, os laços com a pessoa perdida, ao rever o passado e orientar-se para o futuro (Stroebe et al., 2005). Para Bowlby (1980, *cit.* por Mikulincer, 2008) o luto é a resposta à frustração pervasiva desencadeada pela incapacidade de manter a proximidade com uma figura de vinculação significativa que, por sua vez, abala o significado de segurança de vida. Para Moore e colaboradores (1990) - com uma abordagem de cariz psicanalítico - o luto é o processo mental de restabelecimento do equilíbrio físico após a perda de um ente querido ou outra perda significativa. Por último, Shuchter e Zisook (1993) definem o luto como um fenómeno natural consequente da perda de uma pessoa significativa.

Hoje, o luto é entendido como um processo afetado por multifatores, é idiossincrático; varia de pessoa para pessoa; não é simples nem universal, e cada processo possui a sua própria constelação sintomatológica; é específico ao contexto sociocultural e temporal em que ocorre e não é melhor entendido como um processo fixo, por etapas (Stroebe et al., 1994, *cit.* Hagman, 1995; Shuchter & Zisook, 199, p.23). Entende-se também como um processo de luto que implica a adaptação às perdas primárias e secundárias que advêm da morte de alguém querido (Gabriel et al., 2021; Zhai & Du, 2020). As perdas primárias são perdas diretamente associadas a eventos significativos como a morte de um ente querido, ou mudanças de vida súbitas e importantes. As perdas secundárias, são consequências das perdas primárias, (i.e., ausência de momentos de proximidade física), muitas vezes negligenciadas por serem mais encobertas nas fases iniciais da perda, emergindo mais tarde como problemas significativos (Zhai & Du, 2020).

2.2. Luto Normativo e Luto Complicado

A dor da perda (*grief*) é uma experiência inevitável na vida da maioria das pessoas, envolvendo uma reação psicológica e fisiológica (Lundorff et al., 2017). A angústia

(*distress*) elicitada por este processo doloroso é natural e expectável (APA, 2013), tendendo a diminuir em intensidade de forma gradual, ao longo do tempo (Jordan & Litz, 2014). É esperado que a maioria dos indivíduos enlutados possua recursos internos e suporte externo necessários para que, de forma gradual, integre a informação acerca da finalidade e consequências da perda, reajustando-se progressivamente à vida e a um futuro sem o ente querido, reintegrando-se e envolvendo-se em atividades prazerosas e sociais, sem ser necessária a intervenção profissional neste processo (Bonanno et al., 2004; Currier et al., 2008; Prigerson et al. 2009; Shear & Skritskaya, 2012; Zisook & Shear 2009).

O luto é a consequência natural e expectável à perda de um objeto valioso, seja este uma pessoa ou não (i.e., trabalho, sonhos, *status*) (Engel, 1961) e, apesar de haver alguma consistência nos percursos de luto dito normativo, a forma como as pessoas respondem à morte de um ente querido varia significativamente (Boelen & Lenferink, 2020).

Lindemann (1944) no primeiro estudo empírico com pessoas enlutadas, refere o termo *luto agudo* para se referir à reação normal à situação angustiante que é a perda, determinando que, de uma forma universal, todos os enlutados partilhavam sintomatologia semelhante: sensações somáticas e sensações de mal-estar psicológico. Estas sensações não constantes, surgiam em “ondas”, podendo ser precipitadas por determinados fatores ou eventos (i.e., visitas, menções ao ente querido perdido, receber condolências). Por sua vez, estas ondas podem despoletar nos enlutados evitamento dos fatores que as elicitam. Lindemann (1944) verificou também que é comum que a pessoa recentemente enlutada demonstre um anseio (*yearning*) intenso pela pessoa perdida.

Já Engel (1961) observou que, dentro das reações expectáveis pós-perda, os percursos mais consistentes parecem envolver uma fase inicial de choque e incredulidade, de negação da perda, e de isolamento da realidade. Estas fases devem ser gradualmente substituídas pela fase de aceitação da perda, marcada pelo confronto com a tristeza da perda, culpa, vergonha, ou falta de esperança, e acompanhada de reações somáticas exuberantes, como perturbações alimentares ou do sono. Por último, espera-se que a pessoa atravesse a fase de restituição e recuperação das atividades, ultrapassando o trauma da perda e reestabelecendo a saúde e bem-estar (Engel, 1961).

Atualmente, o consenso geral da prática e da investigação em luto é de que o processo de ajuste à perda é considerado saudável e normativo quando o enlutado confronta e expressa os seus sentimentos e reações à perda do ente querido, e que a falha nestas dimensões se traduzirá em reações de luto complicado (Stroebe et al., 2005).

Sublinha-se que a normalidade do processo de luto depende do tempo histórico e do espaço sociocultural e contextual em que se processa (Gabriel et al., 2021; Hagan, 1995).

A literatura preconiza que, para a minoria dos enlutados – entre 9.8 a 11% (Lundorff et al., 2017) – o processo de luto pode ter complicações (Jordan & Litz, 2014; Prigerson et al., 2009) quando persiste além do tempo expectável, mantendo a intensidade, e associado a sintomatologia severa, afetando várias dimensões da vida funcional da pessoa, limitando e causando distúrbios na sua vida diária, ao evoluir para reações de luto crónicas, persistentes e debilitantes (APA, 2013; Prigerson et al. 1995, 2009; Shear, 2015).

Esta angústia persistente é por vezes descrita através do termo geral luto complicado (LC; Komischke-Konnerup et al., 2021), reconhecendo que os termos relacionados com os percursos de luto “não normativos” têm vindo a ser designados na literatura de forma inconsistente e imprecisa ao longo do tempo (i.e., luto patológico, neurótico, maladaptativo, não-resolvido, disfuncional, desviante). Este termo qualifica uma série de processos que se complicaram de algum modo, sendo o termo “complicado” considerado menos patologizante ou pejorativo, uma vez que, se limita a nomear uma miríade de múltiplos fatores associados à perda (i.e., circunstâncias, características individuais do enlutado e do suporte social recebido) (Rando, 1993).

Segundo Rando (1993) pode-se assumir a presença de um LC quando, tendo em consideração o tempo decorrido após a morte, persiste um comprometimento, distorção, ou falha numa ou mais das seis dimensões “R” do processo de ajustamento a qualquer perda, nomeadamente: 1) Reconhecer a perda (i.e., admitir a morte; compreender a morte); 2) Reagir à separação (i.e., experienciar a dor; sentir, identificar, aceitar, e expressar de alguma forma todas as reações psicológicas à perda; identificar e chorar (*mourn*) as perdas secundárias); 3) Recordar (*recollect*) e reexperienciar a pessoa perdida e a relação (i.e., rever e relembrar de forma realista; reviver e reexperienciar os sentimentos); 4) Renunciar as antigas ligações à pessoa perdida e ao velho mundo pressuposto; 5) Reajustar-se para se mover de forma adaptativa para o novo mundo, sem esquecer o velho (i.e., rever os velhos pressupostos acerca do mundo; desenvolver uma nova relação com a pessoa perdida; adotar novas formas de estar no mundo; formular uma nova identidade); 6) Reinvestir.

De uma forma geral, em todas as formas de luto complicado, é possível verificar a existência de tentativas de repressão, negação ou evitamento da perda e sua dor subjacente, bem como a tomada de consciência das implicações para o enlutado, caracterizados pela resistência em concretizar o desapego à pessoa perdida, (Rando, 1993).

2.2.1. Tipos de luto complicado

Até recentemente, o DSM-IV e ICD-10 excluíam, de forma intencional, as reações de luto como possíveis perturbações psiquiátricas, por forma a evitar a patologização de uma resposta à perda considerada normal e natural (Bryant, 2012; Engel, 1961; Rando, 1993). Não obstante, vários trabalhos científicos contribuíram para a solidificação das definições dos percursos de LC (e.g., Lundorff et al., 2017; Prigerson et al., 1995, 2009; Shear, 2015), culminando numa mudança de paradigma na forma como o LC é entendido, resultando na inclusão de categorias diagnósticas como a Perturbação de Luto Complexo e Persistente (PLCP) no DSM-5, e de Perturbação de Luto Prolongado (PLP) na ICD-11.

2.2.1.1. Perturbação de Luto Complexo e Persistente e Perturbação de Luto Prolongado

Prigerson e colaboradores (2009) propuseram os critérios para Perturbação de Luto Prolongado (PLP) a serem incluídos no DSM-5 e na 11ª edição do ICD, que seriam mais tarde utilizados como critérios a incluir no DSM-5 (APA, 2013) para Perturbação de Luto Complexo e Persistente (PLCP): a) a morte de uma pessoa próxima do enlutado ter ocorrido pelo menos há 12 meses; b) desde a morte, desenvolveu-se uma resposta de luto persistente, caracterizada por uma angústia intensa em relação à separação, associada a preocupação com pensamentos ou memórias da pessoa falecida; c) desde a morte, pelo menos um dos seguintes sintomas estar presente: disrupção de identidade, sentimento marcado de incredulidade em relação à morte, evitamento de situações que lembrem que a pessoa morreu, dor emocional intensa ou anestesia emocional, dificuldade em retomar atividades e relações após a perda, sentimento de “falta de sentido” na vida, solidão intensa resultante da morte; d) estes distúrbios causam angústia ou incapacidade clinicamente significativa na vida da pessoa (i.e. social, ocupacional, ou outras áreas importantes para o funcionamento); e) a duração e severidade da reação e luto excede claramente as normas sociais, culturais ou religiosas da cultura da pessoa e seu contexto. Já o ICD-11 mantém-se mais próximo dos critérios propostos para PLP por Prigerson e colaboradores (2009) e inclui os critérios acima referidos, acrescentando: sentimentos de culpa acerca da morte, incapacidade de experienciar humor positivo, e dificuldade em aceitar a morte, podendo ser diagnosticada 12 meses após a morte do ente querido. Talvez um dos diferenciadores mais importantes da PLCP em relação a outros percursos de luto, será que este sobrepõe

sintomatologia de PLCP com sintomas relacionados com Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) e Depressão, criando um perfil de sintomas único (Groen et al., 2022).

2.2.1.2. Luto Complicado

Shear e colaboradores (2011) propõem os critérios para LC, critérios estes que se sobrepõem aos anteriormente propostos por Prigerson e colaboradores (2009) para PLP, incluindo sintomas adicionais como solidão, pensamentos ruminantes, e reatividade psicológica e emocional, atribuindo-lhe uma raiz do luto sobretudo assente na depressão relacionada com complicações no luto (Maciejewski et al., 2016). Enquanto que, empiricamente, se evidenciou que as diferenças entre PLP e PLCP parecem ser sobretudo semânticas, sendo semelhantes em termos de diagnóstico da mesma identidade, o LC parece surgir como identidade independente (Maciejewski et al., 2016)

2.2.1.3. Luto Traumático: Luto, Perturbação de Stress Pós-Traumático e Episódios Depressivos

Por vezes, o termo “luto traumático” – sugerido por Prigerson e colaboradores (1999), em detrimento do conceito de luto complicado – é utilizado para referir PLCP que surge em comorbilidade com PSPT e/ou episódios depressivos decorrentes da perda traumática de um ente querido (Smid et al., 2015). A sintomatologia que une PSPT e PLCP é um evento traumático, choque, memórias intrusivas, e comportamento evitante relacionado com as memórias do evento traumático (Groen et al., 2022). Por outro lado, pessoas com PLCP não precisam ter sido expostas a situações extremas e ameaçadoras à sua vida e/ou integridade física, que invocam sintomas como medo e ansiedade, uma vez que, a emoção primária presente na PLCP é a dor da perda. Na PLCP sobressai o “trauma da separação” e respetiva sintomatologia (i.e., preocupação com pensamentos acerca da pessoa perdida, anseio e busca pela pessoa perdida, solidão excessiva após a perda; Prigerson et al., 1999). De notar, também, que na PSPT os pesadelos são recorrentes, enquanto que na PLCP este sintoma não é tão reportado. Note-se também que, na PSPT está presente um forte desejo de esquecer o evento, contrastando diretamente com a PLCP, onde o enlutado persiste no desejo de recordar o ente querido (Groen et al., 2022)

No que concerne a perturbação depressiva e PLCP, estas confluem na seguinte sintomatologia: dor relacionada com a perda (*grief*), perda de interesse, sentimentos autodesvalorizantes, e de culpa (Groen et al., 2022).

2.2.1.4. Outros tipos de Luto Complicado: Luto Crônico e Luto Inibido (Latente, Adiado, ou Mascarado)

Pode-se ainda ir além dos critérios do DSM-5 e do ICD-11 e encontrar outras trajetórias possíveis nos processos de luto complicado, melhor representadas como subtipos deste processo, nomeadamente: luto crônico e luto inibido (Gabriel et al., 2021).

Nas expressões de **luto crônico**, a pessoa tem percepção que não está a conseguir fazer a integração do processo de luto, notando ausência de melhorias progressivas na intensidade da sintomatologia (i.e. choque, atordoamento, confusão, dor emocional intensa, amargura, revolta, culpa, e percepção de que a vida não tem sentido) (Gabriel et al, 2021), e mantendo a disrupção social (i.e. não retoma as atividades do quotidiano, não reinveste em atividades prazerosas/novas relações significativas (Barbosa, 2016; Prigerson et al., 2009).

No luto inibido – também reconhecido como luto latente, adiado ou mascarado - em oposição, não é visível a disrupção significativa no funcionamento geral e rotinas, e tampouco se verificam expressões de luto, estando estas suprimidas (Barbosa, 2016; Payás, 2010). As expressões de luto aparentam estar reprimidas, embora pequenos acontecimentos possam desencadear reações consideradas desproporcionais, sendo inclusivamente possível que perdas posteriores reativem processos de luto anteriores não elaborados. São características do luto inibido: pensamentos intrusivos frequentes; sintomatologia física (i.e., perturbações de sono); tensão emocional (i.e., sentimentos de angústia, impotência, solidão, irritabilidade e agressividade) e muscular; dificuldades relacionais; isolamento; dificuldade de concentração; e evitamento/relutância em falar sobre a perda/ pessoa perdida (Gabriel et al, 2021). Destaca-se ainda a tendência para a funcionalidade pragmática, dificuldade na expressão emocional (i.e. das suas necessidades e vulnerabilidades).

2.2.1.5. Fatores de vulnerabilidade do luto

As trajetórias de luto enquanto multideterminadas e idiossincráticas, dependem não só dos recursos internos e externos da pessoa, mas também das circunstâncias específicas da perda, da qualidade da relação da pessoa perdida, e do suporte social que o enlutado dispõe (Barbosa, 2016). Não obstante, são reconhecidos um conjunto de fatores de vulnerabilidade que permitem identificar precocemente situações de LC, nomeadamente:

a) Aspectos situacionais e sociodemográficos, como as circunstâncias da morte (i.e., morte súbita, violenta, chocante, prematura, tida como evitável, decorrente de situações catastróficas envolvendo perdas múltiplas, ou ter presenciado a morte (Ekanayake et al., 2013; Kristensen et al., 2012); Stressores concorrentes que aumentam o nível global de *distress* (e.g., dificuldades económicas, problemas de saúde, outros dependentes (Frade, 2014; Polder et al., 2006); ser do género feminino (Chiu et al., 2010; Presa, 2014; Ringdal et al., 2001), embora Stroebe e colaboradores (2001) sugira que este fator poderá ser enviesado pelo facto de que, culturalmente, as mulheres assumem maior expressão no papel de cuidador, tratando-se também do género mais participativo nos estudos; pertencer a uma faixa etária mais velha (Gilbar & Ben-Zur, 2002; Ringdal et al., 2001); perder um filho, um cônjuge (Carnelley et al., 2006; Leahy, 1993), ou falecer em idade precoce (Ringdal et al., 2001); b) Aspectos relacionais, nomeadamente, as características da relação com a pessoa perdida, i.e., forte dependência emocional com a pessoa perdida (Carr et al., 2000; Thomas et al., 2014), conflituosa e/ou ambivalente (Bonanno et al., 2002); Perceção de falta de suporte familiar, quer logo após a perda, quer a longo prazo (Bennett et al., 2010); disfuncionalidade da família (Delalibera et al., 2015); c) Vulnerabilidade psicológica individual, como um percurso de vida marcado por trauma, particularmente PSPT, ou perdas múltiplas (Gamino et al., 2000), psicopatologia prévia ou características neuróticas (i.e., ansiedade, depressão, hostilidade, baixa autoestima, impulsividade; Robinson & Marwit, 2006), possuir um estilo de vinculação inseguro, marcado pela preocupação acerca da disponibilidade da figura de vinculação (Wijngaards-de Meij et al., 2008), ter tendência para adotar estilos de *coping* defensivos (i.e., negação, distorção da realidade externa; Gana & K'Delant, 2011) e/ou pensamentos ruminativos (Taku et al., 2008) são reconhecidos fatores que facilitam a ocorrência de complicações no processo do luto. Também são reconhecidos fatores de vulnerabilidade psicológica, a propensão para reações intensas de raiva e culpa (Gold et al., 2017; Li et al., 2019) ou ter dificuldade de atribuir significado/sentido à perda (Gillies & Neimeyer, 2006), bem como percecionar uma situação como particularmente perturbadora (*distressing*; Benight et al., 2001) ou fora de controlo (i.e., morte inesperada; Wijngaards-de Meij et al., 2008).

2.3. A perda como evento traumático

As circunstâncias da perda podem exacerbar a sua dimensão traumática e, conseqüentemente, do processo de luto despoletado, sobretudo quando associadas a perdas

súbitas, inesperadas, violentas, e/ou “contranatura” (Gabriel et al., 2021). A perda traumática tem o potencial de alterar a forma de ver e entender o mundo que nos rodeia, ao afetar os “modelos mentais” pré-existentes (Janoff-Bulman, 1992 *cit.* Stroebe et al., 2005); Neimeyer, 2001, *cit.* Gabriel et al, 2021; Parkes, 1975 *cit.* Stroebe et al., 2005). Os modelos mentais envolvem as teorias que cada indivíduo possui acerca de si e do mundo que o rodeia, e permitem organizar o comportamento da pessoa, criando metas e planejando o seu comportamento, procurando estabelecer um sentido de previsibilidade e sensação de capacidade de controle do mundo envolvente, dando-lhe sentido, sensação de justiça, e segurança para o dia-a-dia (Janoff-Bulman, 1992, *cit.* Stroebe et al., 2005). Um evento traumático, pelas suas características de imprevisibilidade, desafia estes pressupostos, desencadeando o que Parkes (1988, *cit.* Stroebe et al., 2005) caracteriza de uma fase inicial de luto envolvida em caos, onde o indivíduo é invadido por uma sensação de perda de uma parte central de si mesmo, ficando em seu lugar uma falta de sentido e irrelevância – de si e do mundo. Segundo estas teorias cognitivas do luto, a recuperação da perda implica processar o evento até o incorporar nas teorias internas pré-existentes, ou as modificar, permitindo a integração de informação nova (Lepore et al., 1996). Esta integração implica confrontar pensamentos e memórias dolorosos, o que por vezes suscita comportamentos de evitamento que podem bloquear o processo essencial de integração.

O processo de luto consequente de uma perda traumática envolve sensações de descrença, atordoamento, embotamento afetivo, *distress* (i.e., sentimentos intensos e variados, impactantes no funcionamento geral da pessoa) e acentuados sentimentos de raiva e culpa (Gabriel et al., 2021, p. 25).

2.4. COVID-19: Pandemia sem precedentes

A 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde declara estatuto pandémico ao Sars-Cov-2. Considerada uma das piores crises de saúde do século, a COVID-19 foi marcada por um elevadíssimo grau de transmissibilidade, contaminação e uma elevada taxa de mortalidade a nível mundial (Gesi et al, 2020). Governos mundiais viram-se forçados a tomar severas medidas sem precedentes de contenção do vírus e proteção da população para diminuir o impacto da COVID-19 (Campos et al., 2022).

Esta crise foi uma das situações mais ameaçadoras que a maior parte dos indivíduos já vivenciaram (Ferreira et al., 2021) envolvendo angústia mental, social e sofrimento físico na mesma medida (Armitage & Nellums, 2020). Foi um contexto de perdas

múltiplas – primárias e secundárias (Zhai & Du, 2020) – a níveis vários, desde o pessoal (i.e., liberdade pessoal, independência, autonomia, intimidade, convívio social, estilo de vida, eventos de vida importantes, casamentos festivos), ao económico (i.e., precariedade financeira, perda de emprego e residência), societal e político (i.e., atmosfera de culpabilização, medo, e suspeita relativas a vários tópicos como a China, estrangeiros, vacinação, conspirações) (Maddrell, 2020; Wallace et al., 2020; Zhai & Du, 2020), afetando especialmente aqueles que já viviam com condições de saúde mental pré-existentes (i.e., idosos isolados, populações vulneráveis, e pessoas em fase final de vida).

A sua elevadíssima taxa de mortalidade provou ser uma particular ameaça para as populações mais envelhecidas, com múltiplas comorbilidades, ou em fases terminais de doença crónica (Armitage & Nellums, 2020). A nível nacional, nos primeiros seis meses após a implementação das medidas de contenção (i.e., até meados de Setembro de 2020), foram reportadas 1855 mortes. Considerando que cada morte gera cerca de seis pessoas enlutadas (Barry et al., 2001, citados por Payàs, 2010), é possível projetar a existência de cerca de 11 130 pessoas em processo de luto por essas perdas (Gabriel et al., 2021).

Os governos tiveram de restringir as liberdades básicas da maioria dos cidadãos (i.e., quarentenas, isolamento social, limites de lotação), pedindo-lhes que realizassem sacrifícios para sua proteção e pelo bem coletivo, incluindo mudanças na forma de viver a morte dos entes queridos, as quais se iriam traduzir num risco acrescido para lutos complicados (Eisma et al., 2020; Yardley & Rolph, 2020), tal como a seguir abordaremos.

As mortes por COVID-19 decorrem de uma rápida deterioração que pode ocorrer no breve espaço temporal de 2 a 3 dias após a decisão de não oferecer ou retirar a pessoa do suporte oferecido em cuidados intensivos (Yardley & Rolph, 2020). Durante os períodos de maior contenção, o acesso aos entes queridos que sucumbiam às consequências do vírus foi negado aos familiares, enquanto que os próprios pacientes enfrentavam a sua própria mortalidade em completo isolamento social (Wang et al., 2020; Yardley & Rolph, 2020).

Além da angústia de não poder acompanhar o ente querido no momento da sua morte, questões burocráticas, relacionadas com as medidas de contingência vigentes, dificultaram e prolongaram a entrega do corpo aos familiares (Yardley & Rolph, 2020). Os rituais fúnebres foram restritamente regulamentados, marcados por uma paucidade generalizada no contacto humano, incluindo restrições ao número de pessoas permitidas no funeral, limitando ainda a presença ao grau de relacionamento familiar com a pessoa perdida. O uso recomendado de caixões fechados não permitiu a visualização do corpo em

muitos casos, e nas fases iniciais de contenção, as cremações foram recomendadas sobretudo para quem tivesse falecido por complicações derivadas de COVID-19. Verificou-se ainda o impedimento de participar nos rituais fúnebres para populações de risco e/ou quarentena obrigatória, surgindo ainda situações de cremação forçada (Maddrell, 2020; Wang et. al, 2020; Yardley & Rolph, 2020). Estas medidas de contenção entraram em conflito direto com as respostas coletivas e simbólicas socialmente estabelecidas para “uma boa morte”. Acredita-se coletivamente que uma morte solitária ou invisível é socialmente errada e indigna: no final da vida precisa-se de humanidade, qualidade que foi limitada durante os períodos de contenção da pandemia (Bailey & Walter, 2016; Ezer et al., 2018; Van Gennep, 1960 *cit.* Yardley & Rolph, 2020; Bear, 2020 *cit.* Maddrell, 2020).

2.4.1. COVID-19: Desastres Naturais, Morte em contexto de UCI e Luto Complicado

Não havendo na história recente precedentes de situações pandémicas com a dimensão e extensão da COVID-19, as hipóteses que surgiram no início da pandemia COVID-19 acerca dos possíveis efeitos no processo de luto basearam-se no conhecimento prévio acerca do luto complicado em situações de catástrofes naturais, doença prolongada, ou na experiência de profissionais UCIs (Kristensen, 2012; Stroebe & Schut, 2021), tendo havido um grande impulso por parte da comunidade científica para encontrar evidências empíricas que criem a ponte entre as particularidades do luto em situações COVID-19 e suas consequências para o processo de luto e seus *outcomes*.

Perder um ente querido por desastre natural é particularmente traumático e angustiante. A perda por COVID-19 tem em comum com a perda por desastre natural características de uma perda/morte súbita e inesperada (Gesi et al, 2020). O choque associado às mortes por COVID-19, não antecipadas e associadas a regimes de quarentena e/ou confinamento, com acesso restrito ou inexistente ao suporte social e familiar, pode reforçar a negação ou raiva em relação à morte do ente querido, bem como sensação de injustiça, culpa e impotência potenciando o surgimento de um luto complicado ou prolongado (Maddrell, 2020). O paralelismo com a perda por desastre natural prende-se também com o facto de poder acarretar múltiplos tipos de perdas em simultâneo, como rendimentos, segurança financeira, suporte social (Gesi et al., 2020), bem como entre a situação pandémica de COVID-19 e situações de morte em contexto hospitalar.

Em casos de desastres naturais, as perdas não relacionadas com a morte e a sintomatologia de PSPT têm sido indicadas como fatores de risco para LC (Dell’Osso et

al., 2011; Shear et al., 2011), chamando a atenção para o papel das perdas cumulativas e da exposição traumática no desenvolvimento de percursos de LC (Sveen et al., 2018), exposição esta que se salientou e multiplicou por efeito da exposição constante e cobertura por parte dos meios de comunicação (Thompson et al., 2019).

Na situação pandémica de COVID-19, a morte ocorreu muitas vezes em contexto hospitalar, sendo reconhecida a relação entre percursos de LC e contextos em que a doença exigiu tratamento em UCI (Gesi et al., 2020). As UCIs apresentam risco acrescido de morbilidade psicológica nos familiares, durante e após a estadia hospitalar (Azoulay et al., 2005; Davidson et al., 2012; Probst et al., 2016), incluindo PSPT, Ansiedade, Depressão e LC, este último com prevalências estimadas em familiares que variam entre 5 e 52% quando avaliadas, em média, seis meses após a morte (Lautrette et al., 2007; McAdam & Puntillo, 2009; Probst et al., 2016; Siegel et al., 2008).

Além disso, surge outro conjunto de grandes medos associados à morte de um ente querido em UCI (Yardley & Rolph, 2020), como o do ente querido não estar a receber os cuidados necessários (Maddrell, 2020), o de não ter recebido a informação verdadeira por parte das equipas médicas acerca do estado do paciente, o medo das decisões médicas não terem sido as mais justas e o medo que a pessoa tenha falecido com dor.

Nas UCIs, onde tipicamente, eventos críticos (i.e. morte) acontecem em ápices, dada a erradicação da possibilidade de visitas, não foi possível para as equipas de saúde convidar os familiares a despedir-se do seu ente querido a tempo. Esta ausência de um “adeus” tem sido indicada como um fator de risco autónomo para o LC em contexto normativo (Probst et al., 2016; Kentish-Barnes et al., 2015).

2.4.2. COVID-19: Principais características de perda e luto e seus fatores de risco

Preconiza-se que a morte em contexto de pandemia COVID-19 pode inflacionar o surgimento de alguns tipos particulares de luto, nomeadamente: *bereavement overload*, luto antecipatório, luto ambíguo, luto desautorizado, e perdas estigmatizadas (Johns et al., 2020; Zhai & Du, 2020).

O *bereavement overload* descreve o fenómeno de perdas múltiplas e/ou consecutivas, que não permitem ao indivíduo acomodar a perda anterior até à ocorrência de uma nova perda (Neimeyer & Holland, 2006). Considerando o volume de perdas primárias e secundárias associado ao contexto pandémico COVID-19, este surge como uma grande ameaça para os percursos de luto ocorridos neste contexto (Zhai & Du, 2020).

A perda inesperada, como já referida, tende a estar associada a percursos de LC, devido à ausência de um momento de despedida (Kentish-Barnes et al., 2015). Já a perda ambígua, surge hipotetizada em sequência da ausência ou restrição de rituais fúnebres na sua forma tradicional. Relaciona-se também com a separação decorrente de, por exemplo, casos de internamento ou quarentena, aproximando-se assim dos lutos vividos por pessoas cujos familiares se encontram desaparecidos (Zhai & Du, 2020). É um tipo de perda associado a riscos elevados de stress pós-traumático e a lutos mal resolvidos (Boss, 2010).

A perda estigmatizada surge como possível consequência principalmente para indivíduos que se sintam culpados pela contração e transmissão de COVID-19 ao seu ente querido (Zhai & Du, 2020). Este tipo de perda, segundo os mesmos autores, pode levar o enlutado a alienar-se dos outros, diminuindo a sua rede de suporte social.

No que concerne o luto desautorizado, este é projetado não só como consequência da ausência de rituais fúnebres, mas também do reconhecimento social e cultural. Está associado a um suporte social reduzido, a receio de falar da morte, e a uma sensação de distância emocional do sofrimento do enlutado por parte dos outros (Zhai & Du, 2020).

Por último, o luto antecipatório é um processo que ocorre antes da perda factual: o ente querido encontra-se em progressiva ameaça de declínio ou morte, e a pessoa experiencia um sofrimento prolongado, caracterizado por sentimentos antecipatório, característicos do luto (i.e., raiva perante a situação; ansiedade intensa) (Gabriel et al., 2021; Zhai & Du, 2020).

Sumariando, existem sobretudo oito grandes fatores de risco de luto complicado diretamente relacionados com o contexto pandémico COVID-19, nomeadamente: 1) Ausência ou prejuízo nas condições dos rituais fúnebres, momentos fulcrais para a pessoa se confrontar com a realidade da perda, facilitando a aceitação da perda e consequente integração na narrativa de vida e identidade e assim servindo de ponto de partida para a recuperação (Mitima-Verloop et al., 2019; Kastenbaum, 2004). Os rituais fúnebres providenciam também uma oportunidade para acolher o apoio da comunidade em que a pessoa se insere, facilitando a expressão emocional do enlutado (Mitima-Verloop et al., 2019; Wilson, 2013). Especificamente, o contacto físico, tão importante para a sensação de suporte emocional, foi desencorajado face às contingências implementadas, podendo aumentar sentimentos de desamparo e fragilidade. O facto de familiares não diretos terem sido desencorajados a participar nestas cerimónias, independentemente da proximidade afetiva com a pessoa falecida, pode também ter levado ao desenvolvimento de sentimentos de culpa pela sua ausência num momento tão significativo (Gabriel et al., 2021). A

impossibilidade de visualizar o corpo do ente querido, também poderá ter contribuído para a sensação de descrença em relação à morte, em muito semelhante aos casos de luto de pessoas cujos corpos não são encontrados (Gabriel et al., 2021); 2) Incapacidade de atribuir um significado à perda, uma perda considerada injusta ou inexpectável abala as crenças internas de que o mundo é um lugar seguro e controlável, evocando sentimentos de revolta e injustiça que, por sua vez, dificultam a acomodação da perda e subsequente readaptação ao mundo (Davis et al., 2007); 3) Acrescidos sentimentos de culpabilização pelo contágio e raiva contra as equipas médicas, relacionados com o contágio da pessoa perdida, autorresponsabilização (ex. não saber que estava contagiado) ou com a sensação de que poderia ter feito algo mais para evitar a morte (Taylor, 2017), podem traduzir-se em culpa de sobrevivente: a pessoa tende a questionar-se constantemente acerca do significado da vida e do porquê de ter sobrevivido e o outro não (Levin, 2019), já os sentimentos de raiva podem surgir direcionados às equipas de cuidados, à sua própria impotência e limitações, sensação de ausência de controlo, de abandono ou de solidão (Gabriel et al, 2021). 4) Conversa inacabada e Despedida pendente, nomeadamente, coisas que ficaram por dizer ao ente querido, devido à perda inesperada e/ou súbita (Taylor, 2017). 5) Suporte social reduzido, devido ao desencorajamento de contacto social pelas normas governamentais; 6) Camuflagem por isolamento dentro da própria casa, uma vez que a imposição de isolamento social pode mascarar comportamentos de isolamento relacionados com a dor da perda e um forte sentimento de solidão, estes podem passar despercebidos, ser desvalorizados e agravados (Gabriel et al, 2021); 7) Invasão persistente do tema da morte, devida à constante cobertura por parte dos meios de comunicação social das mortes por Covid, que levou a exacerbar o medo da morte ou até evocar lutos passados, bem como outras emoções e sentimentos latentes, situação especialmente fragilizante para aqueles que já padeciam de outras questões de saúde mental (i.e., ansiedade ou depressão; Gabriel et al, 2021); 8) Autodesvalorização sofrimento vivenciado, uma vez que o sofrimento parece permear todos os contextos, as pessoas podem tender a ter dificuldade em reconhecer a magnitude do seu próprio sofrimento, por exemplo, perder um ente querido por morte natural (i.e., idade) pode desencadear um luto desautorizado, inibindo a procura de suporte para o seu próprio sofrimento por considerar que o mesmo está a ocorrer com tantas pessoas e que haverá sempre situações mais graves do que a sua a acontecer (Gabriel et al, 2021).

3. Estudo Empírico

3.1. Método

O presente projeto de investigação seguiu uma metodologia quantitativa e constitui um estudo empírico exploratório, de natureza descritiva. Segundo (Dyńiewicz, 2009), a metodologia descritiva permite observar, descrever, explorar, classificar e interpretar os fatos ou fenómenos em estudo, neste caso, luto em tempos de COVID-19.

Por sua vez, a opção por uma abordagem quantitativa foi escolhida para descrever o fenómeno da perda neste contexto, identificando sintomatologias de luto traumático e complicado, e explorando a sua associação com as características da perda, características de psicopatologia geral, e potencial traumático do acontecimento, descrevendo também os estilos de *coping* mais salientes. Para esse efeito recorreu-se a uma bateria de questionários e inventários, em escala tipo *likert*, cuidadosamente selecionados para o presente estudo. Segundo Chizzotti (1991), uma abordagem deste tipo permitirá a investigação das variáveis em estudo, através da análise de frequências e correlações estatísticas.

3.2. Objetivos de Estudo

Devido à elevada taxa de mortalidade do vírus SARS-CoV-2 e às restritas medidas de contenção durante a pandemia, uma das inevitáveis questões que surge na literatura da psicologia clínica prende-se com a análise dos processos de luto. Este estudo propõe-se a conhecer as circunstâncias das perdas e despedidas do ente querido e respetiva experiência de luto em contexto de pandemia, tendo a morte ocorrido por COVID-19 ou não.

Para esse efeito, foram definidos os seguintes objetivos de estudo:

1) Caracterizar as perdas, as circunstâncias da morte; das despedidas, do suporte social e de perceções várias relacionadas com a experiência emocional decorrente da perda neste contexto.

2) Investigar a presença de sintomatologia de luto traumático, luto complicado, *distress* relacionado com a perda e explorar a sua associação com sintomatologia psicopatológica e estilos de *coping*,

3) Descrever e analisar em profundidade a situação de participantes com luto traumático, quanto a outras variáveis, nomeadamente sintomatologia psicopatológica, *distress* face à perda e estilos de *coping*.

3.3. Participantes

No presente estudo utilizou-se uma amostra não probabilística por conveniência. Definiram-se dois critérios de inclusão, nomeadamente, ter idade igual ou superior a 18 anos e ter perdido um entre querido entre 15 de março de 2020 e 31 de abril de 2021.

O grupo foi constituído por 42 participantes, 97.6% dos quais portugueses, sendo 85.7% do género feminino ($N=36$), 11.9% do género masculino ($N=5$), e um participante não referiu o género. A média de idade dos participantes foi de 34.50 anos ($DP = 11.99$; $Min = 20$; $Max = 62$). No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos participantes eram solteiros (59.5%), 26.2% dos participantes eram casados, 9.5% divorciados e 4.8% viviam em união de facto. No que concerne à escolaridade, a média de anos que os participantes passaram a estudar foi de 16.60 ($DP= 3.25$), e quanto às suas habilitações literárias, 45.2% dos participantes têm licenciatura, 31% dos participantes mestrado, 16.7% o ensino secundário, um participante referiu a opção “outro”, um participante não respondeu à questão e um outro referiu bacharelato.

3.4. Instrumentos

Foi realizada uma pesquisa aprofundada no sentido de identificar os instrumentos de avaliação do luto que melhor permitissem uma boa avaliação deste processo, atendendo àqueles que pudessem refletir as particularidades da experiência de luto numa situação de pandemia e restritas medidas de contenção do contato social. Após destacados os principais questionários citados na literatura, foi feita uma comparação entre eles, analisando-os com base nas indicações quanto ao critério de tempo de aplicação após a perda, bem como quanto à existência ou não de versão portuguesa, procurando-se privilegiar os que se encontravam validados para a nossa população. Deste estudo, resultou a seleção de dois questionários, o Inventário do Luto Complicado (ICG; Prigerson, et al., 1995, versão portuguesa por Frade, 2010) e o Questionário do Luto Traumático - Versão Autorrelato que dada a sua pertinência se optou, mesmo exigindo da nossa parte a sua tradução (TGQ; Traumatic Grief Questionnaire - Self-report version, Boelen & Smid, 2017, tradução e adaptação Henriques & Pereira 2020). Com vista a melhor compreender a questão do trauma associada à perda neste contexto pandémico integrou-se também no protocolo a Escala do Impacto do Acontecimento-Revista (EIA-R; Impact of Event Scale-Revised, Weiss & Marmar, 1997; Tradução e adaptação por Matos, & Pinto-Gouveia, 2006). Ainda para descrever a experiência do luto e a perda sofrida, bem como, registar

dados sociodemográficos dos participantes, preparou-se o Questionário de Dados Pessoais e das Circunstâncias da(s) Perda(s) (Henriques, Pires, & Pereira, 2020), onde se incluíram alguns itens dos questionários estudados entendidos como relevantes, bem como, alguns outros pontos que se consideraram ricos para descrever especificidades da experiência. Com vista a discriminar a sintomatologia de luto de sintomatologia de perturbações muito correntes em tempos de pandemia, a ansiedade e a depressão, ou identificar sua coocorrência, optou-se por utilizar o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982; versão portuguesa de Canavarro, 1999). Finalmente, considerou-se pertinente conhecer os mecanismos de *coping* a que as pessoas enlutadas em contexto pandémico terão recorrido, escolhendo o Brief COPE (Carver et al., 1989; adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004) para esse efeito.

Sublinha-se ainda a preocupação com as questões éticas relacionadas com a investigação de um tópico tão delicado. Conscientes do quão emocionalmente ativador poderia ser para o participante recontar e reviver as suas experiências dolorosas de luto, foram facultadas aos participantes ferramentas de apoio e aconselhamento, nomeadamente o contacto dos investigadores principais e ainda a hiperligação direta para a plataforma web de suporte psicológico Psic.ON (<https://up.pt/suporte-psicologico-online/>) através da qual os participantes poderiam aceder a suporte psicológico profissional gratuito.

De seguida é apresentada uma descrição dos instrumentos referidos, pela ordem da sua aplicação, tendo-se considerado a vantagem de deixar os questionários do luto para o fim, para que o foco nesta temática não contaminasse a apreciação de outros sintomas. Também para desenlaçar o desconforto emocional que o estudo pudesse elicitar no participante, optou-se por finalizar o mesmo com o Brief COPE, para fechar a participação num tom mais positivo e, eventualmente, inspirador.

3.4.1. Questionário de Dados Pessoais e das Circunstâncias da(s) Perdas (s) (Henriques, Pires, & Pereira, 2020)

Este questionário, desenvolvido para o presente estudo, tem por objetivo caracterizar em pormenor a experiência da perda por morte, tendo em conta o contexto em que esta ocorreu. Divide-se em diferentes temáticas que se explicitam de seguida: 1) *Dados Sociodemográficos* e 2) *Descrição do Agregado Familiar*, sendo que estas duas primeiras temáticas têm por objetivo permitir a caracterização do respondente no que concerne aos seus dados individuais e contextuais; 3) *Identificação de outros tipos de perdas associadas à situação de restrições do período pandémico*, secção que procura

oferecer dados que permitam suportar as dimensões propostas na literatura quanto ao efeito das perdas múltiplas hipotetizadas como fatores que exponenciam o nível de *distress* (e.g., Kristensen et al., 2012; Ekanayake et al., 2013; Zhai & Du, 2020); 4) *Caracterização das perdas por morte*, onde se insere a avaliação subjetiva da atuação e comunicação com equipas de saúde para aqueles que perderam os seus entes queridos em situação de internamento, tendo por base as hipóteses levantadas por Gesi e colaboradores (2020), nomeadamente no que concerne a morte em contextos de UCI e o seu potencial traumático, e como a atuação da equipa de saúde pode mitigar este potencial ; 5) *Oportunidade de se despedir* e 6) *Cerimónias fúnebres* ; 7) *Suporte social durante o luto* 8) *Estigmatização* e 9) *Culpabilização*, clarificando que estas três temáticas (Falta de suporte social, Estigmatização e Culpabilização) são inspiradas no *Grief Experience Questionnaire* (GEQ; Barrett & Scott, 1989), ferramenta muito utilizada na avaliação do luto, abrangendo em particular a sensação de estigma relacionado com uma morte. 10) *Uso de comunicação por meios tecnológicos*; 11) *Psicopatologia prévia* procura auxiliar na identificação de casos em que o processo de luto possa ter sido potenciado pela presença de fatores individuais ligados à saúde mental pré-perda; 13) *Perdas pré-COVID-19* surge com o intuito de servir de base comparativa para, na perceção dos respondentes, entender se o COVID-19 e seus contextos associados podem ter dificultado o processo de adaptação à perda. O questionário completo encontra-se disponível para consulta no Anexo II

3.4.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory, Derogatis, 1982, versão portuguesa por Canavarro, 1999)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) é um instrumento de autorrelato, constituído por 53 itens, com escala de resposta tipo *Likert*, com valores que oscilam entre 0=“Nunca” e 4=“Muitíssimas vezes”. Este instrumento permite apurar a frequência com que determinados sintomas acontecem, o que, por sua vez, permite avaliar *distress* psicológico e a experiência de sintomas psicológicos e somáticos ocorrida nos últimos sete dias. Os resultados são compilados em nove dimensões de sintomas psicológicos (Somatização; Obsessões-compulsões; Sensibilidade interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade fóbica; Ideação Paranoide; Psicoticismo), que identificam o tipo de sintomatologia mais preponderante no indivíduo. Permite, ainda, a análise de três Índices Globais (Índice Geral de Sintomas (IGS); Índice de Sintomas Positivos (ISP); Total de Sintomas Positivos (TSP)) que possibilitam a realização de uma avaliação sumária do nível de perturbação emocional do indivíduo (Derogatis, 1993; Canavarro, 1999).

O ponto de corte que permite diferenciar os sujeitos da população em geral e pessoas "perturbadas emocionalmente" (Canavarro, 2007, p. 316), encontrado nos estudos de aferição deste instrumento para o contexto português foi de 1.7 no Índice de Sintomas Positivos. Assim sendo, um valor de ISP igual ou superior a 1.7 indica a possibilidade da pessoa se encontrar perturbada a nível emocional.

Quanto às qualidades psicométricas, a versão portuguesa do BSI apresenta índices satisfatórios de consistência interna, onde os valores do alfa de Cronbach variam entre os .62 e os .80 nas nove subescalas (Canavarro, 2007). No presente estudo, o BSI revelou ótima consistência interna, tendo-se encontrado valores de alfa de Cronbach superiores a .70 em todas as suas subescalas: Somatização $\alpha = .86$; Obsessões-compulsões $\alpha = .84$; Sensibilidade interpessoal $\alpha = .85$; Depressão $\alpha = .92$, Ansiedade $\alpha = .87$; Hostilidade $\alpha = .77$; Ansiedade fóbica $\alpha = .84$; Ideação paranoide $\alpha = .84$ e, por fim, Psicoticismo: $\alpha = .76$.

3.4.3. Inventário de Luto Complicado (ILC; Prigerson et al., 1995; versão portuguesa adaptada por Frade et al., 2009)

O Inventário de Luto Complicado é um instrumento utilizado na avaliação da gravidade de sintomatologia de luto, sendo uma ferramenta que possibilita a discriminação entre luto complicado e não complicado. Composto por 19 itens de autorrelato, com gradação tipo escala de *Likert*, o ILC avalia a frequência de sintomatologia em 5 níveis: de 0= "Nunca" a 4= "Sempre".

A versão inglesa deste instrumento tem mostrado elevadas qualidades psicométricas no âmbito da sua especificidade, fidelidade, validade e predição (Prigerson, Bierhals, & Zonarich, 1996; Prigerson et al., 1995). Trata-se de um instrumento melhor caracterizado por um único fator na sua versão original, embora a versão portuguesa se tenha apresentado como multidimensional de 5 fatores: Dificuldades Traumáticas (ocorridas pela morte de uma pessoa significativa, podendo a pessoa apresentar sintomas de evitamento, solidão, desesperança no futuro e sentimentos de dor ou doença semelhantes aos da pessoa falecida); Dificuldades de Separação (envolvendo uma preocupação intrusiva e angustiante face à perda e à pessoa); Dimensão Negação e Revolta (reações de negação e revolta, e de procura de melhores explicações); Dimensão Psicótica (como alucinações visuais ou auditivas) e Dimensão Depressiva (Frade, 2010). O ILC possui uma consistência interna alta quer na versão original ($\alpha = .94$), quer na versão adaptada ($\alpha = .91$; Frade, 2010) no que concerne à escala total. Já nas suas subescalas, a versão portuguesa do ILC apresentou uma consistência interna razoável: Dificuldades

traumáticas ($\alpha = .83$); Dificuldades de separação ($\alpha = .87$); Negação e revolta ($\alpha = .88$); psicótica ($\alpha = .63$) e depressiva ($\alpha = .56$). No presente estudo, o ILC revelou ótima consistência interna, tendo todos os valores de alfa de cronbach sido superiores a .70, mais especificamente, ILC escala total: $\alpha = .95$, Dimensão dificuldades traumáticas: $\alpha = .83$, Dimensão dificuldades de separação: $\alpha = .90$, Dimensão negação e revolta: $\alpha = .89$, Dimensão psicótica: $\alpha = .85$ e na Dimensão depressiva: $\alpha = .77$.

Com base num estudo do cálculo do ponto de corte do ILC numa amostra portuguesa, assumiu-se como critério uma pontuação igual ou superior a 30 (Sousa, 2011).

3.4.4. Escala do Impacto do Acontecimento-Revista (EIA-R; Impact of Event Scale-Revised, Weiss & Marmar, 1997; Tradução e adaptação: Matos et al., 2011)

A Escala do Impacto do Acontecimento-Revista é um dos instrumentos de autorrelato mais utilizados na avaliação de sintomatologia da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT). Desenvolvida para abranger os três *clusters* de sintomas de PSPT, nomeadamente, pensamentos intrusivos, evitamento e hiperativação, a EIA-R utiliza uma escala de *likert* (0=“Nada”; 4=“Muitíssimo”) para avaliar a frequência com que determinada sintomatologia ocorreu em resposta a um evento específico ao longo de 22 itens. Assim, quanto mais elevada a pontuação obtida nesta escala, mais elevados serão os níveis de sintomatologia traumática presentes no indivíduo. Posteriormente, este instrumento foi ostensivamente reanalisado tendo-se verificado a emergência de um quarto fator latente, inclusive na versão portuguesa (Vieira et al., 2021). Assim sendo, este instrumento é melhor caracterizado por uma estrutura de quatro fatores: ativação fisiológica (8 itens), intrusão (6 itens), evitamento (6 itens) e anestesia emocional (2 itens).

A EIA-R apresenta boas qualidades psicométricas nas suas versões original e adaptada. Neste estudo, a EIA-R apresentou todos os valores de alfa de cronbach superiores a .70. Especificamente, EIA-R escala total $\alpha = .97$, Dimensão ativação fisiológica: $\alpha = .93$, Dimensão intrusão: $\alpha = .93$, Dimensão evitamento: $\alpha = .87$ e Dimensão anestesia emocional: $\alpha = .79$, revelando ótima consistência interna na presente amostra.

Consideramos nesta escala o ponto de corte superior a 35,5 tendo por base o estudo de determinação do ponto de corte da EIA-R para o contexto português de Lopes (2013).

3.4.5. Inventário do Luto Traumático - Versão Autorrelato (ILT; Traumatic Grief Inventory- Self-report version, Boelen & Smid, 2017, tradução e adaptação Henriques & Pereira 2020)

O Inventário de Luto Traumático (ILT) avalia em que medida uma perda relacionada com a morte foi vivenciada como traumática com base em sintomas de Perturbação De Luto Prolongado (PLP; Prigerson et al., 2009) e Perturbação De Luto Complexo Persistente (PLCP; APA, 2013).

É composto por 18 itens: 16 correspondentes aos 16 sintomas de PLCP previstos no DSM-5, um item que avalia um sintoma de PLP (item 12: "*Fiquei chocado ou atordoado com a sua morte*"), e um item que avalia o comprometimento funcional (integrante dos critérios de diagnóstico de ambas as perturbações referidas). Pede-se ao participante que responda ao questionário com base numa perda em particular que esteja, nos últimos tempos, mais presente na sua mente ou, caso tenha experienciado mais do que uma perda, é-lhe pedido que pense na perda que considera ter-lhe causado maior angústia ou sofrimento. A resposta sobre a frequência dos sintomas é dada numa escala de *likert* de 5 pontos (1="Nunca", 5="Sempre"), sendo que o somatório das respostas atribui uma pontuação total que, se superior a 53, é indicativa de luto patológico clinicamente significativo (Boelen et al., 2018), que neste trabalho denominaremos Luto Traumático.

As propriedades psicométricas da versão original do instrumento demonstraram-se adequadas (Boelen et al., 2018; Boelen & Smid, 2017). O alfa de Cronbach do ILT na presente amostra foi .96, demonstrando assim, uma boa consistência interna.

3.4.6. Brief COPE (Carver et al., 1989; adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)

O Brief Cope, ou Escala Breve de *Coping* Resiliente, é um questionário de autorrelato que procura avaliar a eficácia das estratégias de *coping* dos indivíduos em relação a um acontecimento de vida impactante. A versão adaptada e validada para o contexto português por Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004) é composta por 28 itens, respondidos em termos de frequência numa escala de *likert* que varia de 0 a 3 (0= "Nunca faço isto; 3="Faço quase sempre isto"). O resultado é apresentado sob a forma de perfil, não havendo uma classificação total ou parcial.

Os itens distribuem-se por 14 escalas de dois itens cada (*coping* ativo, planear, utilizar suporte instrumental, utilizar suporte social emocional, religião, reinterpretação positiva, autoculpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, autodistração,

desinvestimento comportamental, uso de substâncias, e humor). No enunciado, pede-se ao participante que pense acerca do modo como lida com os problemas da vida, e responda às questões tendo em conta o mais recente. Os itens do Brief COPE podem assumir um formato retrospectivo, situacional, traço ou outro, desde que se coloquem as afirmações no tempo verbal adequado (e.g., "tenho feito isto", "costumo fazer isto") (Carver, 1997)

No concerne às suas qualidades psicométricas, a versão traduzida e adaptada encontrou padrões idênticos e satisfatórios de consistência interna face à original. Já no presente estudo, o Brief COPE revelou ótima consistência interna em algumas subescalas (Subescala planejar $\alpha = .85$; Subescala suporte instrumental $\alpha = .73$; Subescala suporte emocional $\alpha = .87$; Subescala Religião $\alpha = .88$; Subescala Reinterpretação positiva $\alpha = .75$; Subescala Aceitação $\alpha = .94$; Subescala expressão de sentimentos $\alpha = .76$; Subescala Negação $\alpha = .81$; Subescala abuso de substâncias $\alpha = .93$; e Subescala humor $\alpha = .81$). Contudo, nem todas as subescalas revelaram valores adequados de consistência interna, mais especificamente: subescala *coping* ativo: $\alpha = .52$, Subescala autoculpabilização $\alpha = .66$, Subescala autodistração $\alpha = .64$, e Subescala desinvestimento comportamental $\alpha = .66$, algo semelhante ao encontrado na versão portuguesa (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

3.5. Procedimentos

3.5.1. Procedimentos de tradução do ILT

Não tendo sido encontrada uma versão portuguesa do “Traumatic Grief Inventory Self-Report Version” (Boelen & Smid, 2017), e pela sua pertinência para este estudo, foi feito um pedido direto de autorização aos autores para a tradução do mesmo (ver Anexo I).

Após parecer positivo por parte ambos os autores, foi adotado o método de tradução-retrotradução (Brislin, 1970) do instrumento, para garantir que o conteúdo da versão portuguesa do ILT seria equivalente à original. Para o efeito, foi feita a tradução da versão inglesa para português, solicitando depois a dois tradutores independentes (portugueses nativos, com inglês fluente) a retrotradução para inglês, discutindo quaisquer diferenças que pudessem surgir nas duas versões. Não tendo ocorrido discordância entre as três pessoas envolvidas, prosseguiu-se com a aplicação do inventário.

3.5.2. Procedimentos de recolha de dados

Previamente ao início da recolha dos dados foi realizada uma aplicação preliminar do questionário, seguida de reflexão falada com uma participante que revelou a adequação

dos itens, tendo apontando, apenas os seguintes constrangimentos: a duração do preenchimento e a ativação emocional elicitada pelos itens.

A recolha de dados ocorreu por preenchimento de um protocolo digital preparado através da plataforma *Google Forms*, e incluiu um consentimento informado com o qual se abria o documento. O protocolo foi lançado a 20 de agosto de 2020 com término de recolha de respostas a 30 de abril de 2021, tendo sido partilhado em várias redes sociais (i.e., *LinkedIn*, *Facebook* e *Instagram*). Foi solicitado o apoio na divulgação do estudo à Associação de Estudantes da FPCEUP, que fez circular a hiperligação para o mesmo por e-mail dinâmico, alcançando assim a comunidade da Universidade do Porto.

3.5.3. Procedimentos de análise de dados

Para a análise dos dados recolhidos utilizou-se o programa IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences) versão 28 para Windows.

Foi efetuada uma análise preliminar dos dados que incluiu a inspeção de valores omissos na base de dados, a existência de outliers univariados e a normalidade da distribuição amostral. Foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk (uma vez que, $N < 50$) para avaliar a normalidade das variáveis de interesse deste estudo. Dada a não-normalidade da distribuição amostral, procedeu-se à utilização de testes não-paramétricos para a análise das correlações especificamente, utilizou-se o rho de Spearman (r_s) entre os diferentes instrumentos utilizados neste estudo, nomeadamente, o ILC, ILT, EIA-R e Brief COPE, tendo-se utilizado $p < .05$ como nível de significância estatística. A interpretação das correlações foi efetuada tendo por base a seguinte classificação (Cohen, 1988): $r_s = .10$ a $.29$ indicativa de correlação fraca; $r_s = .30$ a $.49$ indicativa de correlação moderada; $r_s = .50$ a 1.0 indicativa de correlação forte.

Os outliers univariados foram mantidos para não diminuir a variabilidade dos resultados, e uma vez que, o r_s é robusto à presença dos mesmos (Caruso & Cliff, 1997).

Para efeitos de caracterização da amostra e mais especificamente, dos participantes com luto traumático, os dados foram analisados quanto às suas características descritivas, nomeadamente, frequências, dispersão e medidas de tendência central.

A consistência interna dos instrumentos utilizados (tanto escalas totais como subescalas) foi calculada com recurso ao Alfa de Cronbach. Utilizou-se o valor de alfa igual ou superior a $.70$ como valor indicativo de fiabilidade adequada (Nunnally & Bernstein, 1994).

4. Resultados

4.1. Caracterização das perdas e circunstâncias da morte

4.1.1. Descrição de perdas com a pandemia, e da percepção quanto ao seu impacto

No que concerne à situação económica, a maioria dos participantes ($n=25$, 59.5%) reportou não ter tido uma perda significativa de rendimentos no seu agregado familiar desde março de 2020, e a grande maioria reporta não ter dependentes a seu cargo ($n=30$; 71.4%). Destes, 22 participantes (52.3%) estão empregados, 11 (26.2%) são estudantes, 3 (7.2%) trabalhadores-estudantes, 5 (11.9%) desempregados, e 1 reformado (2.4%).

Avaliando o grau de mudanças introduzidas pelo COVID-19, 17 (40.5%) dos 42 participantes indicaram que o COVID-19 mudou aspetos importantes da sua vida, 10 (23.8%) referiram que o COVID-19 mudou alguns aspetos da sua vida, 9 (21.4%) participantes reportaram que o COVID-19 mudou muito a sua vida, e 6 (14.3%) respondentes afirmam que o COVID-19 mudou a sua vida por completo.

Em termos de adaptação às mudanças introduzidas pelas medidas de contenção do COVID-19, a maioria das respostas ($n=29$, 69.1%) aponta para alguma a moderada dificuldade em adaptar-se, sendo que 19% ($n=8$) acharam a adaptação muito ou extremamente difícil, tendo sido considerada fácil por 5 pessoas (11.9%).

4.1.2. Caracterização da perda por morte

No que concerne o número de perdas durante o período pandémico prévio à recolha de dados, apenas 1 (2.4%) dos participantes revelou ter perdido mais do que um ente querido (mãe e tia). Na grande maioria dos casos a morte foi de um familiar ($n=31$, 73.9%), principalmente de um dos avós ($n=16$, 38.1%), mãe ($n=6$, 14.3%), pai ($n=1$, 2.4%) e irmã ($n=1$, 2.4%). Foram também reportadas perdas fora do seio familiar, nomeadamente amigo, amiga, colega, ou outro, perfazendo um total de 10 (23.8%) das respostas (ver Tabela 1 em Anexo III).

Destes entes queridos perdidos, a percentagem dos que faleceram diretamente por COVID-19 revelou ter um peso de 21.4% ($n=9$) das respostas obtidas, 38.1% ($n=16$) faleceram de outra doença anteriormente revelada, 26.2% ($n=11$) de doença repentina, 9.5% ($n=4$) de causas naturais (i.e., idade avançada), e 2.4% ($n=1$) de outra causa não especificada (ver Tabela 2 em Anexo III). O grande peso de ocorrência das perdas ($n=30$,

70.5%) reportaram aos primeiros seis meses após decreto do primeiro estado de emergência em março de 2020 (ver Tabela 3 em anexo III). Na maioria dos casos a morte foi considerada súbita ou inesperada ($n=22$, 52.4%;) e em 13 dos casos (30%) os participantes não consideraram tratar-se dessa circunstância (ver Tabela 4 em Anexo III).

Quanto à proximidade afetiva com a pessoa falecida, a expressiva maioria dos participantes ($n=26$, 61.9%) referiu ser extremamente próximo do ente querido que faleceu, e logo a seguir no nível de proximidade, 9 (21.4%) atribuíram um quatro na escala de *Likert*. No extremo oposto da escala, 3 (7.1%) dos participantes consideraram ter uma relação pouco próxima (ver Tabela 5 em Anexo III). Considerando o grupo total de participantes, a proximidade afetiva com a pessoa que perderam foi em média 4.26 ($DP=1.21$). Tendo em conta que 78.6% dos participantes não partilhava casa com o ente querido, foi possível verificar que os restantes 9 (21.4%) que coabitavam reportaram ser extremamente próximos da pessoa perdida. Não obstante, 40.42% ($n=17$) dos participantes que não viviam com o ente querido também reportaram uma relação extremamente próxima com o mesmo (ver Tabela 6 em Anexo III).

4.1.3. Avaliação da atuação da equipa de saúde

Dos participantes que interagiram com equipas de saúde devido ao internamento dos seus entes queridos antes do falecimento ($n=21$), a maioria afirmou estar satisfeita ($n=11$, 52.4%) ou assinalou os valores de 3 ($n=9$, 42.9%) e 4 ($n=7$, 33.3%) na escala de satisfação com a comunicação com as mesmas, e apenas um participante (4.8%) assinalou o valor mais baixo de satisfação. Quanto à perceção de que o seu ente querido recebeu suporte emocional adequado nos momentos finais de vida, 5 participantes (23.8%) discordaram totalmente da afirmação, enquanto que 4 (19%) assinalaram a resposta 2 na escala, 6 (28.6%) assinalaram a resposta 3, 4 (19%) assinalaram a resposta 4, e apenas 2 (9.5%) concordaram totalmente. A maioria dos respondentes sente que a equipa médica tratou o seu ente querido com cuidado e respeito ($n=12$; 57.1%). Não obstante é de sublinhar a prevalência do valor 3 na escala com o peso de 23.8% ($n=5$) (ver Tabela 7 em Anexo III).

4.1.4. Uso de comunicação por meios tecnológicos

Apesar de terem sido sugeridos como alternativas para aproximação entre pessoas em períodos de contenção e isolamento, do total de 42 participantes, 20 (47.6%) afirmam que não utilizaram meios tecnológicos para comunicar com o seu ente querido. Dos 22 que

utilizaram, 4 (9.5%) consideraram que os meios tecnológicos não ajudaram nada no que concerne ter-se sentido mais próximo do ente querido que faleceu, 19% ($n=8$) admitiu que foi pouca proximidade através destes meios, 14.3% ($n=6$) sentiram que permitiu alguma proximidade, e apenas 7.1% ($n=3$) afirmaram que lhes permitiu sentir próximo, sendo que 1 participante optou por não responder.

4.1.5. Oportunidade de se despedir e Cerimónias fúnebres em tempos de COVID-19

Para melhor enquadrar a questão da despedida, situamos o contexto da morte, constatando que a percentagem de entes queridos não internados antes de falecer foi equivalente à de internados ($n=21$, 50%). O tempo de internamento abrangeu períodos entre 1 dia e 4 meses, e na maioria dos casos a pessoa que faleceu esteve internada 1 semana ($n=6$, 14.3%) ou 1 mês ($n=5$, 11.9%) (ver Tabela 8 em Anexo III).

Considerar não ter tido oportunidade de se despedir do ente querido verificou-se tanto para as mortes ocorridas em contexto hospitalar ($n=11$) como para aquelas que ocorreram em casa ($n=7$). Para além disto, é importante notar que 100% das pessoas ($n=3$) cujo ente querido faleceu num Lar de 3ª idade não considera ter tido oportunidade de se despedir da pessoa querida (ver Tabela 9 em Anexo III). Quando questionados acerca da sensação de terem ficado coisas importantes por dizer à pessoa que faleceu, 17 participantes (40.5%) concordaram totalmente com a afirmação e 11 (26.2%) discordaram totalmente, sendo a média de concordância de 3.33 ($DP=1.68$).

No âmbito do respeito pelos desejos póstumos do ente querido (i.e., ser cremado ou enterrado), 29 (69%) pessoas concordam totalmente que os mesmos foram respeitados, sendo que apenas 2 (4.8%) discordam totalmente. Das 42 pessoas que compõem o presente estudo, 34 (81%) afirmam ter tido a possibilidade de estar presente nas cerimónias fúnebres, já dos 8 participantes que não puderam estar presentes, 5 (55.6%) concordam totalmente que ter estado presente nas mesmas teria sido importante para si.

A grande maioria dos respondentes reportou não lhe ter sido permitido visualizar o corpo do seu ente querido ($n=26$, 61.9%) e, metade dos participantes mostra que gostaria de ter tido mais pessoas presentes na cerimónia fúnebre (“concordo” e “concordo totalmente” = 50%, $n=21$), embora as percentagens neste domínio estejam um pouco mais dispersas (“discordo totalmente” = 19%; “2” = 1.9%; “3” = 19%) (ver Tabelas 10 até 15 em Anexo III).

Salienta-se que, dos 42 participantes, 11 (26.2%) tinham já experienciado a perda de alguém significativo antes da pandemia COVID-19. Destes 11, nenhum considerou ser mais fácil perder um ente querido em contexto de pandemia COVID-19. Por outro lado, 1 participante (2.4%) considera que perder um ente querido neste contexto foi extremamente difícil, enquanto 4 (9.5%) acharam difícil. Os restantes 6 participantes dividem-se de forma neutra ($n=4$; 9.5%), enquanto 2 valorizaram com “2” na escala de *likert* (4.8%).

4.1.6. Suporte social durante o luto

Os participantes parecem dividir-se no que concerne a terem sentido menos apoio (i.e. emocional, ajuda, suporte) por parte de amigos ou familiares do que gostariam, com 17 participantes a discordar (40.5%) e 17 a concordar com a afirmação (40.4%), tendo os restantes 8 participantes valorizado a questão com “3” (19%). A maioria dos respondentes ($n=29$, 63%) reportou ter sentido que os amigos não evitavam que o participante falasse da morte do seu ente querido, não obstante, 8 destes (33.3%) concordam com esse sentimento. Em linha com os resultados anteriores, 22 participantes (52.4%) discordam totalmente com terem sentido que ninguém os queria ouvir, contrastando com os 6 (14.2%) que concordam com a afirmação. Verificou-se que 22 (52.4%) dos participantes não se sentiram sozinhos, comparativamente aos 12 (28.6%) que se sentiram sós. Os 8 (19%) participantes restantes valorizaram a questão com “3” na escala de *likert*. A grande maioria dos participantes ($n=33$, 78.5%) aponta não ter sentido que vizinhos ou familiares não se preocuparam o suficiente após a morte do ente querido, discordando da afirmação, por outro lado, apenas um participante (2.4%) concordou totalmente, e 4 concordaram (9.5%). (ver Tabelas 16 e 17 em Anexo III)

4.1.7. Estigmatização

A expressa maioria afirma não ter sentido que os amigos o/a passaram a evitar ($n=36$, 85.7%), sendo que ninguém concordou totalmente com essa afirmação, tendo o valor máximo para esta escala sido quatro, com 2 pessoas (4.8%) a atribuir esse valor. Quanto ao embaraço em relação à causa da morte do ente querido, enquanto 71.4% ($n=30$) dos participantes não sente embaraço nenhum, 3 participantes (7.1%) revelam sentir embaraço extremo. Cruzando os dados destes 3 participantes que revelam embaraço extremo, podemos verificar que estes participantes perderam entes queridos da seguinte forma: 1 por COVID-19, 1 por outra doença repentina, e 1 por outra doença anteriormente revelada.

A maioria dos participantes ($n=21$, 50%) afirma não evitar nada falar acerca da morte do seu ente querido, enquanto os restantes responderam de forma mais dispersa (“2”=14.3%; “3”=16.7%; “4”= 7.1%; “Extremamente”= 1.9%;). Quando questionados acerca de sentir desconforto em revelar a causa da morte do seu ente querido, 39 (92.%) dos participantes afirmaram não sentir desconforto, tendo a pontuação mais alta de “4” sido atribuída por 1 (2.4%) participante. De forma semelhante, 34 (80.9%) dos participantes reportam não se sentir estigmatizados pelo motivo da morte, contrastando com os 2 (4.8%) participantes que se sentem extremamente estigmatizados (“3” = 9.5%, $n=4$; “4” = 4.8%, $n=2$) (ver Tabelas 18 e 19 em Anexo III).

4.1.8. Culpabilização

A grande maioria ($n=32$, 76.2%) afirmou não se sentir nada culpado pela morte do seu ente querido, e no extremo oposto, nenhum participante se sente extremamente culpado, distribuindo-se as restantes frequências da seguinte forma: “2”: $n=4$, 9.5%; “3” : $n=1$, 2.4%; “4”: $n=5$, 11.9%. De notar que os 5 (11.9%) participantes em que se observou a resposta com o valor mais alto (“4”) perderam os seus entes queridos ou por doença repentina ($n=3$), ou por outra doença anteriormente revelada ($n=2$) (ver Tabela 20 em Anexo III). Dos 42 respondentes, 26 (61.9%) sentem que não poderiam ter feito mais nada para prevenir a morte da pessoa querida, enquanto 3 (7.1%) sentiram que podiam ter feito muito mais (“2”=14.3%, $n=6$; “3”=4.8%, $n=2$; “4”=11.9”, $n=5$) (ver Tabelas 21 a 22 em Anexo III).

4.1.9. Resultados obtidos no Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e psicopatologia prévia

Com vista a obter uma indicação complementar da existência, no momento de recolha de dados, de sintomatologia do ponto de vista emocional, recorreu-se à inclusão de um questionário global para o efeito, o BSI.

No que concerne os principais resultados do BSI, para o Índice Geral de Sintomas, os resultados obtidos foram $M=1.84$ e $DP=.69$; o Total de Sintomas Positivos apresentou num valor médio de 24 ($DP=14.42$), e por fim, o valor médio do Índice de sintomas positivos foi de 1.59 ($DP=.60$). Os valores obtidos para todas as dimensões do BSI encontram-se caracterizados na Tabela 23 em Anexo III. A análise das pontuações obtidas no BSI tendo como referência o ponto de corte de ISP superior a 1.7, evidenciou que 35.7% dos participantes ($n=15$) obtiveram um ISP superior a 1.7, pelo que nestes casos

existe a possibilidade de presença de perturbação emocional. Os restantes ($n=27$) obtiveram um ISP inferior a 1.7 (ver Tabela 24 em Anexo III). Relativamente às subescalas do BSI, o resultado mais expressivo verificou-se na depressão ($M=2.13$; $DP=1.04$; $Min=1$; $Max=4.83$) e na dimensão obsessões-compulsões ($M=2.09$; $DP=.89$; $Min=1$; $Max=4.50$). Os resultados menos expressivos foram encontrados para as dimensões ansiedade fóbica ($M=1.53$; $DP=.74$; $Min=1$; $Max=3.8$) e somatização ($M=1.56$; $DP=.62$; $Min=1$; $Max=3.14$).

Note-se que, quando questionados acerca de psicopatologia prévia, a maioria dos participantes ($n=32$, 76.2%) afirmou não ter tido acompanhamento psicológico/psiquiátrico antes da pandemia COVID-19, sendo que na fase de vida anterior à perda, 73,8% ($n=31$) dos participantes não possuía nenhum diagnóstico ao nível da saúde mental. Por sua vez, 5 (11.9%) participantes reportaram ter diagnósticos prévios de perturbação de ansiedade, e 5 participantes (11.9%) diagnóstico de depressão. (ver Tabelas 25 até 27 em Anexo III).

4.2. Caracterização dos participantes relativamente a questionários de luto, impacto do acontecimento e estilos de *coping*

No sentido de avaliar a eventual existência de indicadores de luto complicado e de luto traumático, foram utilizados o Inventário de Luto Complicado (ILC) e Inventário do Luto Traumático (ILT), respetivamente. A Escala do Impacto do Acontecimento-Revista (EIA-R) foi aplicada com vista ainda a compreender de que modo a perda por morte ocorrida em período pandémico pode ter correspondido a um acontecimento de grande centralidade traumática. Finalmente, recorreu-se ao Brief COPE para identificar as estratégias de *coping* que os enlutados em contexto pandémico estariam a recorrer.

4.2.1. Descrição dos resultados obtidos no Inventário de Luto Complicado e Inventário do Luto Traumático

Relativamente aos resultados obtidos no ILC, relativos ao luto complicado, encontramos uma pontuação total média de 17.36 ($DP=16.24$; $Min=0$; $Max=58$), sendo a dimensão dificuldades de separação aquela que registou o valor médio mais alto de 6.48 ($DP=5.52$; $Min=0$; $Max=20$), e, por sua vez, a dimensão psicótica a que se revelou menos expressiva ($M=.62$; $DP=1.45$; $Min=0$; $Max=5$). Os restantes valores obtidos para este instrumento encontra-se descrito na Tabela 28 em Anexo III. Neste instrumento, 7 (16,7%) participantes pontuaram acima do ponto de corte de 30, podendo nestes casos tratar-se de

um processo de luto complicado. Os restantes 35 (83.3%), apresentavam pontuações congruentes com um possível luto não-complicado (ver Tabela 29 em Anexo III).

No que concerne os resultados obtidos no ILT, para avaliação do luto traumático, a pontuação total média no presente estudo foi de 39.17 ($DP=19.41$; $Min=18$; $Max=84$). Adotando como referência o ponto de corte de 53, verificamos que neste estudo 10 (23.8%) participantes se encontravam acima deste valor, indicando possivelmente um luto traumático, e os restantes 32 (76.2%) estavam abaixo do ponto de corte, pontuações estas congruentes com um possível luto não traumático (ver Tabela 30 em Anexo III).

4.2.2. Descrição dos resultados obtidos na Escala do Impacto do Acontecimento-Revista

Na EIA-R os participantes obtiveram um valor médio total de 40.14 ($DP=22.28$). A dimensão onde se verificaram os valores mais altos foi Ativação fisiológica ($M=14.5$; $DP=7.40$; $Min=7$; $Max=33$), e por outro lado, os valores mais baixos verificaram-se para a dimensão anestesia emocional ($M=5.28$; $DP=2.78$; $Min=2$; $Max=10$). Todos os valores para a escala EIA-R encontram-se na Tabela 31 em Anexo III. As pontuações obtidas na escala total da EIA-R evidenciaram que a maioria dos respondentes ($n=29$, 69%) se situava acima do ponto de corte de 35.5 para este instrumento, pelo que é possível que a morte do ente querido se situe como um acontecimento com potencial traumático para estes participantes. Os restantes 13 participantes (31%), obtiveram pontuações abaixo do ponto de corte (ver Tabela 32 em Anexo III).

4.2.3. Descrição dos resultados para os estilos de *coping*

Os perfis de *coping* mais utilizados, consoante demonstrado pelas pontuações no Brief COPE, foram a Aceitação ($M= 3.17$; $DP= 1.87$; $Mo=4$; $Min=0$; $Max=6$), Planear ($M= 3.17$; $DP= 1.87$; $Mo= 4$; $Min=0$; $Max=6$), Suporte Emocional ($M= 2.52$; $DP=2.02$; $Mo=2$; $Min=0$; $Max=6$), e *coping* ativo ($M=2.50$; $DP= 1.40$; $Mo=3$; $Min= 0$; $Max= 5$). Os perfis de *coping* menos comuns disseram respeito ao Abuso de Substâncias ($M= .52$; $DP= 1.42$; $Mo=0$; $Min=0$; $Max= 6$), Desinvestimento comportamental ($M=.86$; $DP= 1.18$; $Mo=0$; $Min=0$; $Max= 4$) e Negação ($M=.98$, $DP=1.52$; $Min= 0$; $Max=6$) (ver Tabela 33 em Anexo III).

4.3. Associações entre luto traumático, luto complicado, impacto do acontecimento, sintomas psicopatológicos e estilos de coping

Foi realizada uma análise de associação dos resultados obtidos através dos inventários aplicados aos 42 participantes com recurso ao rho de Spearman (r_s), dada a não-normalidade da distribuição amostral. Foi possível verificar que o Inventário de Luto Traumático apresentou correlações positivas e altamente significativas com todos os instrumentos aplicados (ver Tabelas 34 em Anexo III), correlações estas mais elevadas do que as obtidas para o Inventário de Luto Complicado. Tendo em conta que também se identificou mais participantes acima do ponto de corte para Luto Traumático ($n=10$) do que para Luto Complicado ($n=7$), e aliado à literatura apresentada acerca do potencial de LT associado ao contexto de COVID-19, achou-se pertinente proceder à análise pormenorizada destas associações, bem como perceber as particularidades dos participantes com LT.

4.3.1. Associação entre luto traumático e luto complicado

Analisando a associação entre LT e LC, foi possível observar a existência de correlações positivas entre a escala total e subescalas do ILC e a pontuação total do ILT. Todas as correlações foram fortes e significativas ($p<.05$) e variaram entre .45 ($p<.05$) verificada para a dimensão psicótica e .73 ($p<.001$) para a pontuação total do ILC (ver Tabela 35 em Anexo III).

4.3.2. Associação entre luto traumático e impacto do acontecimento

No que diz respeito à relação entre LT e o impacto do acontecimento, foi possível verificar correlações positivas entre a escala total e subescalas da EIA-R e a pontuação total do ILT. Todas as correlações foram altamente significativas ($p<.001$) e variaram entre .59 ($p<.001$) verificada para a dimensão de anestesia emocional e .77 ($p<.001$) para a dimensão de ativação fisiológica (ver Tabela 36 em Anexo III).

4.3.3. Associação entre luto traumático e sintomas psicopatológicos

No que concerne a associação entre luto traumático e a presença de sintomas psicopatológicos verificaram-se correlações positivas entre todas as subescalas do BSI e índices gerais e a pontuação total do ILT. Todas as correlações foram significativas ($p<.05$) e variaram entre .36 ($p<.05$) verificada para a subescala de ansiedade fóbica e 0.58 ($p<.001$) para o psicoticismo (ver Tabela 37 em Anexo III).

4.3.4. Associação entre luto traumático e estilos de coping

Os dados mostram, que no que diz respeito à associação entre o luto traumático e os estilos de *coping*, se verificam correlações positivas, fortes e significativas, sendo a mais alta com a subescala Planear ($r_s = .56, p < .001$) e a mais baixa ocorrido para a subescala Reinterpretação positiva ($r_s = .37, p < .05$). Por último, identificaram-se apenas três correlações não significativas positivas entre as pontuações obtidas no ILT e as subescalas Religião ($r_s = .21, p > .05$), Abuso de substâncias ($r_s = .07, p > .05$) e Humor ($r_s = .27, p > .05$) (ver Tabela 38 em Anexo III).

4.4. Caracterização dos participantes com luto traumático relativamente aos instrumentos BSI, ILC, EIA-R e Brief COPE e características específicas

No sentido de melhor caracterizar os casos de pessoas cujas pontuações no ILT sugeriam a possibilidade de um luto traumático (acima do ponto de corte), procurou-se analisar a forma como estes participantes pontuavam nos instrumentos ILC, EIA-R e BSI.

A análise mostrou que dos 10 participantes com luto traumático, 6 pontuaram acima do ponto de corte no ILC, sugerindo ter também a presença de luto complicado. Relativamente aos resultados obtidos pelos participantes com LT no ILC, encontramos a dimensão Dificuldades de Separação com o valor médio mais alto de 13.9 ($Min=8$; $Max=20$; $DP=4.61$), e por sua vez, a dimensão psicótica como a menos expressiva ($Min=0$; $Max=5$; $M=2.2$; $DP=2.04$). Já a pontuação total média do ILC foi de 38.30 ($Min=15$; $Max=58$; $DP=16.36$) (ver Tabela 39 em Anexo IV).

Verificou-se que 100% dos participantes com luto traumático se situavam acima do ponto de corte na EIA-R, i.e., obtiveram pontuações nesta escala que sugerem a morte do ente querido como um acontecimento com potencial traumático. Estes participantes obtiveram um valor médio total de 81.3 ($DP=15.24$) e a dimensão onde se verificaram os valores mais altos foi ativação fisiológica ($M=25.8$; $DP=5.20$; $Min=18$; $Max=33$) (ver Tabelas 41 e 42 em Anexo IV).

Por fim, 7 dos 10 participantes com luto traumático estavam também acima do ponto de corte para o BSI, o que sugere a possibilidade de presença de perturbação emocional (ver Tabela 43 em Anexo IV). Em termos das dimensões, a média mais alta verificou-se na dimensão Depressão ($Min=2.17$; $Max=4.67$; $M=3.33$; $DP=.84$), seguida de dimensão Sensibilidade Interpessoal ($Min=1.75$; $Max=4.25$; $M=3$; $DP=.77$), dimensão Obsessões-Compulsões ($Min=1.67$; $Max=4.17$; $M=2.88$; $DP=.73$), e na dimensão

Ansiedade ($Min=2$; $Max=4$; $M=2.82$; $DP=.67$). As médias mais baixas foram encontrados para as dimensões Ansiedade Fóbica ($Min=1$; $Max=3$; $M=1.84$; $DP=.64$) e Somatização ($Min=1$; $Max=3.14$; $M= 2$; $DP=.70$) (ver Tabela 44 em Anexo IV).

As pontuações no Brief COPE para os participantes com LT evidenciaram que os perfis de coping mais utilizados foram a Aceitação ($M= 3.80$; $DP= 1.23$; $Min=2$; $Max=6$), Planear ($M= 3.30$; $DP= 1.42$; $Min=1$; $Max=6$), Autoculpabilização ($M= 3.30$; $DP=1.34$; $Min=1$; $Max=5$), e Autodistração ($M=3.20$; $DP= 1.62$; $Min= 1$; $Max= 6$). Os perfis de coping menos utilizados foram Abuso de Substâncias ($M= .90$; $DP= 2.02$; $Min=0$; $Max= 6$), Religião ($M=1.10$; $DP= 1.73$; $Min=0$; $Max= 5$) e Humor ($M=1.30$, $DP=1.49$; $Min= 0$; $Max=4$) (ver Tabela 45 em Anexo IV).

Finalmente, para melhor caracterizar estes 10 casos que pontuaram para luto traumático, é de ressaltar que todas pertencem ao sexo feminino (100%), com idades compreendidas entre os 20 e os 56 anos de idade ($Mo=25$), 5 delas sem religião (50%), 4 com religião católica (40%) e 1 sem indicação de religião (10%), e, por último, no que concerne a situação profissional, 3 (30%) encontram-se desempregadas, 3 (30%) são estudantes, 1 (10%) trabalhador-estudante, e 3 (30%) estão empregadas.

No que concerne as características da morte nas situações de luto traumático, estas participantes perderam familiares extremamente próximos (100%), nomeadamente avós ($n=5$, 50%), mãe ($n=3$, 30%), irmã ($n=1$, 10%), e outro ($n=1$, 10%). Ressalta-se que desses 10 casos, apenas 1 (10%) se refere a perda por COVID-19, tendo a maioria falecido por outra doença anteriormente revelada ($n=4$, 40%) ou outra doença repentina ($n=3$; 30%). Estas perdas ocorreram entre de março de 2020 ($n=2$, 20%) e março de 2021 ($n=1$, 10%), com a maior incidência de perdas verificada em abril de 2020 ($n=3$, 30%).

Na maior parte desses 10 casos a pessoa que morreu encontrava-se em casa ($n=6$, 60%), e as restantes no hospital ($n=3$, 30%) e no lar ($n=1$, 10%). Para as 4 respondentes cujos entes queridos estiveram internados antes de falecer, este período oscilou entre 1 dia (1 pessoa), 1 semana (1 pessoa) e 1 mês (2 pessoas). A perceção destas enlutadas quanto à oportunidade de visitar a pessoa querida divide-se em nunca ou quase nunca ($n=5$, 50%) e frequentemente ($n=2$, 20%), com algumas respondentes situando-se de forma neutra ($n=3$, 30%). Estas quatro respondentes não se exprimem em valores extremos no que concerne a satisfação com a forma como as equipas de saúde comunicaram com a família ao longo do processo (“3”: 75%; “4”: 25%), embora pelo menos uma respondente (25%) “discorda totalmente” no que concerne a perceção de que o seu ente querido recebeu suporte emocional adequado no final de vida (“2”: 25%; “3”: 25%; “4”: 25%). Também no que

concerne a avaliação dos cuidados e respeito demonstrados para com o ente querido falecido, as quatro respondentes dividem-se de forma aparentemente neutra “3”: 50% e “4”: 50%.

No que concerne a despedida, estas participantes dividem-se entre concordar que tiveram oportunidade de se despedir ($n=3$, 30%) e discordar totalmente ($n=4$, 40%), com 3 (30%) a posicionar-se de forma neutra. Para 6 destas participantes (60%) a morte foi considerada súbita, sendo que as restantes 4 (40%) discordam da afirmação. Estes resultados coadunam-se com a sensação de que ficaram coisas importantes por dizer à pessoa que faleceu, com 8 das participantes (80%) a concordar totalmente, e as restantes 2 dividindo-se entre as valorações de 3 e 4.

Avaliando a dimensão de oportunidade de dizer adeus, 4 (40%) participantes discordam totalmente que tenham tido oportunidade de se despedir do seu ente querido, em contraste com as 3 (30%) que concordam, e as restantes 3 (30%) se posicionam de forma neutra. Parece especialmente relevante reportar que 8 (80%) destas respondentes “concordam totalmente” quanto a sentir que ficaram coisas importantes por dizer à pessoa querida (“3”: 10%; “4”: 10%).

Quanto às cerimónias fúnebres, 8 (80%) respondentes estão em total acordo ou total acordo que os desejos póstumos do seu ente querido (ex. cremação ou enterramento) foram respeitados, não tendo sido reportada nenhuma insatisfação total, enquanto as restantes 2 participantes se situam de forma neutra ($n=1$, 10%) e discordante ($n=1$, 10%). Todas as participantes (100%) tiveram possibilidade de estar presente nas cerimónias fúnebres da pessoa, sendo que destas, 60% não teve oportunidade de visualizar o corpo do seu ente querido. De notar que, também 7 (70%) das respondentes está em acordo ou total acordo que “gostariam de ter tido mais pessoas presentes na cerimónia fúnebre, não tendo ninguém expressado total desacordo com a questão (3”: 10%; “2”: 20%).

Analisando o suporte social recebido, das 10 pessoas com luto traumático, 50% concorda totalmente que sentiu menos apoio (ex. emocional, ajuda, suporte) por parte de amigos e familiares do que gostaria, tendo 1 (10%) participante discordado totalmente da afirmação. dividindo-se as restantes 5 participantes em diversos níveis de concordância e discordância (“4”: $n=1$, 10%; “3”: $n=1$, 10%; “2”: $n=2$, 20%). Não parece ter sido prevalente a sensação de que os amigos as passaram a evitar com 8 (80%) das respondentes discordando (parcial ou totalmente) da afirmação, posicionando-se as restantes 2 participantes no valor neutro ($n=1$, 10%) ou concordante ($n=1$, 10%). Com alguma dispersão nas respostas, 6 (60%) destas pessoas concordaram (parcial ou

totalmente) quanto a sentir que viveram o seu luto sozinhas, tendo 4 participantes (40%) se posicionado de forma neutra, enquanto 1 destas pessoas discordou totalmente da afirmação. Será interessante sublinhar que, apesar da semelhança com a questão anterior, quando questionadas acerca de se sentirem sós, as participantes exprimem-se de forma clara, com 3 participantes (30%) assinalando a opção extremamente, tendo a sensação de solidão sido reportada por 4 das participantes (40%), enquanto que as restantes se situam de forma neutra ($n=2$, 20%) ou expressam uma pouca solidão ($n=2$, 20%), sendo relevante notar que nenhuma valorou a questão com a opção “nada”.

Parece haver um certo evitamento no que concerne falar acerca da morte do ente querido, com 6 (60%) participantes evitando parcial ou extremamente, enquanto 40% não parece evitar muito, fazendo sobressair a total ausência de falar com facilidade acerca da morte. Porém este evitamento não parece estar ligado ao desconforto em revelar a causa da morte do ente querido, com 8 (80%) das respondentes a referir que não sentem desconforto em fazê-lo, sendo que as restantes se posicionam de forma neutra ($n=1$, 10%) ou algo concordante ($n=1$, 10%).

A questão “Sente que poderia ter feito algo mais para prevenir a morte da pessoa querida” pareceu dividir as respondentes. Por um lado, 2 participantes (20%) referiram concordar extremamente com a afirmação, com 4 (40%) concordantes. Por outro, 4 participantes (40%) concordam que não poderiam ter feito mais nada ou absolutamente nada. valorizam como “nada”, verificando-se ausência de pontuações neutras.

Na dimensão da psicopatologia prévia pode-se verificar que 5 (50%) das respondentes com possível presença de LT encontravam-se em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico antes de março de 2020, existindo diagnósticos prévios de saúde mental de Perturbação de Ansiedade ($n=2$, 20%) e Depressão ($n=2$, 20%).

Destas 10 respondentes, 4 (40%) já haviam experienciado a perda de alguém significativo antes da pandemia, sendo que estas consideraram que o contexto pandemia COVID-19 dificultou a perda ($n=2$, 50%), e as restantes 2 (50%) posicionaram-se de forma neutra.

5. Discussão

O presente estudo propôs-se a conhecer as perdas e as circunstâncias das perdas e despedidas dos entes queridos, e respectivas experiências de luto em contexto pandémico, através da caracterização destas, bem como das questões envolventes como o suporte social e outras perceções relacionadas com a experiência emocional decorrente da perda neste contexto. Procurou-se ainda investigar a presença de sintomatologia de luto traumático e complicado e de *distress* relacionado com a perda, explorando a sua associação com sintomatologia psicopatológica e estilos de *coping*. Por fim, a presente investigação teve ainda como objetivo descrever e analisar em profundidade a situação de participantes com luto traumático, quanto às variáveis mencionadas. Optou-se por este foco específico no luto traumático dada a literatura recente que emergiu sobre o mesmo em contexto de pandemia COVID-19. Como referido anteriormente, a pandemia COVID-19 pode ter sido experienciada como um desastre, tendo sido hipotetizado que as mortes ocorridas neste contexto poderão ter assumido características traumáticas. Salienta-se ainda a interferência do contexto pandémico na oportunidade de despedida e nos rituais fúnebres. Além disto, a literatura refere que experienciar a morte como traumática é um fator crucial no desenvolvimento de sintomatologia de lutos complicados e/ou traumáticos, no sentido em que, à medida que experiência subjetiva da morte como traumática aumenta, a gravidade dos sintomas de luto prolongado também aumenta (Tang & Xiang, 2021).

Ao nível das características das perdas em contexto COVID-19, os resultados evidenciam perdas múltiplas, algo que se constitui como um fator de vulnerabilidade para luto complicado (Gamino et al., 2000). Tal como preconizado na literatura acerca do luto em contexto COVID-19 (e.g., Zhai & Du, 2020), os respondentes reportaram algum grau de perda, nomeadamente perda de rendimentos do agregado familiar, e mudanças de vida importantes, cuja adaptação, de uma forma geral, foi moderada a difícil. Quanto às perdas humanas, os participantes perderam sobretudo familiares diretos, sendo as figuras mais reportadas um dos avós, os pais (principalmente a mãe), e outras figuras da família alargada. Quase um quarto dos participantes reportou perdas fora do seio familiar embora a maioria destas relações fossem extremamente próximas.

No que concerne a características da morte em si, as principais causas de morte reportadas foram doenças anteriormente reveladas e doenças repentinas, sendo que, a terceira causa de morte mais proeminente foi por COVID-19, algo que também se

verificou para as participantes com LT. Estas perdas ocorreram sobretudo em contexto hospitalar e em casa. Quando as perdas ocorreram em situação de internamento (metade dos participantes) este teve durações variáveis entre um dia a quatro meses, tendo sido mais frequente a duração de uma semana. De um modo geral, as mortes foram sentidas como súbitas ou inesperadas para a maioria dos respondentes. A morte súbita/inesperada constitui um reconhecido obstáculo ao processo de atribuição de significado à perda, e, conseqüentemente, constitui fator de risco para o desenvolvimento de quadros de LC (e.g., Ekanayake et al., 2013; Kristensen et al., 2012). De forma geral, os dados das participantes com LT são equivalentes aos da amostra em geral, sendo que nestes casos em particular, as pessoas perdidas foram quase exclusivamente familiares diretos (avós, mãe, irmã) de quem eram extremamente próximas, remetendo para os efeitos que a perda de uma figura de vinculação tão significativa pode ter no sentido de segurança da pessoa (Mikulincer, 2008).

Os resultados demonstraram que a despedida do ente querido foi prejudicada pelo contexto pandémico, já que, 50% dos respondentes considera que não teve a oportunidade de se despedir do seu ente querido e 40.5% considera que ficaram coisas importantes por dizer à pessoa perdida. Por outro lado, os participantes reportam o respeito pelos desejos póstumos do ente querido (i.e., ser cremado ou enterrado), e na sua maioria puderam estar presentes nas cerimónias fúnebres, sendo que 61.9% não puderam ver o corpo, e expressaram o desejo de querer ter mais pessoas presentes nas mesmas. Note-se que teria sido importante estar presente, para quem não teve essa possibilidade. Já quem pontuou para LT, parece sentir que teve menos oportunidade de se despedir, sobressaindo o sentimento de que ficaram coisas importantes por dizer – principalmente comparando com a amostra em geral – componente que parece conjugar-se com o sentimento predominante de morte súbita/inesperada e também com o nível de proximidade afetiva com a figura perdida. Todas as participantes com LT puderam estar presentes nas cerimónias fúnebres, mas 60% não teve pôde visualizar o corpo do ente querido, fator que pode contribuir para a descrença em relação à morte, dificultando o processo de integração do evento nas teorias internas e processo de luto conseqüente (Gabriel et al., 2021; Lepore et al., 1996).

Tanto os participantes em geral como as participantes com LT afirmam que gostariam de ter tido mais pessoas presentes nas cerimónias fúnebres. Estes resultados podem ser entendidos tendo em conta que as perdas reportadas ocorreram sobretudo nos primeiros seis meses de pandemia (entre março e julho de 2020), período que confluiu com a primeira fase de confinamento, altamente caracterizada pelo choque inicial das medidas de contenção sem precedentes, particularmente mais restritas quanto ao contacto social,

especialmente quando comparadas com períodos de confinamento posteriores. Assim, compreende-se que os participantes tivessem sentido maior necessidade de ter mais pessoas presentes nas cerimônias fúnebres, uma vez que, foi nesta fase em particular que estas se viveram, pela primeira vez, de forma mais distante e controlada (i.e., proibido o embalsamamento; preferência pela cremação de cadáveres; cadáver sempre em caixão fechado; abstenção de participação em funerais por parte das pessoas dos grupos mais vulneráveis) (DGS, 2020).

Relativamente ao suporte social, verificou-se abertura dos amigos para falar sobre a morte, e os respondentes, na sua generalidade, tinham alguém que os ouvisse, não eram evitados pelos amigos, e, na sua maioria, não se sentiam sós. Um terço dos respondentes sentiu que não viveu o luto sozinho, contudo, estes resultados não são lineares uma vez que, uma percentagem equivalente não concorda nem discorda desta afirmação. Os participantes apontam também não ter sentido que vizinhos ou familiares não se preocuparam o suficiente após a morte do ente querido. Surgem aqui talvez umas das maiores diferenças quanto às participantes com LT, que se dividem mais quanto ao sentimento de apoio recebido pelos outros. Parece também que a intensa sensação de solidão, mais presente nestas participantes em relação aos restantes, não se justifica apenas por ausência de suporte social, já que, 80% afirmou que não sentem evitamento por parte dos outros, suscitando que o evitamento social parte das próprias enlutadas que, na sua maioria, evitam falar da morte. O suporte social é um fator crucial no processamento de uma perda, mas o próprio luto pode interferir na capacidade de fazer uso da rede de suporte disponível à pessoa enlutada (van Ee et al., 2021). Embora os resultados indiquem que os participantes tinham amigos, familiares ou vizinhos com quem podiam falar sobre a perda, alguns vivenciaram um luto mais solitário, possivelmente devido aos constrangimentos impostos à interação social pelo contexto pandémico, mas também pela própria interferência que o processo de luto tem na capacidade de se relacionar com os outros. Apesar de não ser relatada ausência de suporte social, esta sensação de solidão suscita a possível presença de camuflagem por isolamento, isto é, usar a imposição de isolamento social para mascarar comportamentos de isolamento relacionados com a dor da perda e de evitamento de falar da perda. Pode ainda sugerir a presença de autodesvalorização do sofrimento vivenciado, através da vivência de um luto desautorizado (Zhai & Du, 2020), no qual há uma inibição da procura de suporte para o próprio sofrimento, desvalorizando-o e acreditando que há situações mais graves do que a sua a acontecer (Gabriel et al, 2021).

De uma forma geral, os participantes não parecem ter sentido embaraço em relação à causa da morte do ente querido, falando com relativa facilidade sobre a perda. A maioria não evita falar do tópico, não apresenta desconforto em revelar a causa da morte do ente querido (85.7%), nem parece sentir-se estigmatizado pelo motivo da morte (73.8%). Também o grau de autculpabilização aparece diminuído: nenhum dos participantes reportou sentir-se responsável pela transmissão da doença ao ente querido, mesmo nos casos em que a morte ocorreu por COVID-19 ou outra doença transmissível. Estes resultados podem explicar o facto de os participantes expressarem pouca estigmatização relativamente à morte do ente querido. De igual forma, nenhum destes sente culpa extrema pela morte do ente querido. Não obstante, a resposta com o valor mais alto (“4”) por parte de cinco respondentes suscita dúvidas quanto à existência de culpa latente ou inibida por parte de alguns respondentes, principalmente quando associada aos resultados da questão “sente que poderia ter feito mais alguma coisa para prevenir a morte da pessoa querida” onde, mais uma vez, a maioria se expressa com “Nada”, mas 7.1% dos respondentes respondem com “Extremamente”. Na dimensão da culpa sobressaem os valores obtidos pelas participantes com LT, que demonstram uma forte sensação de que poderiam ter feito algo mais para prevenir a morte da pessoa querida (60%). Os sentimentos de culpa em relação à perda podem revelar-se maladaptativos e, quando não trabalhados, podem levar à emergência de perturbações de saúde mental como depressão, ideação suicida, abuso de substâncias e PSTP (Cavalera, 2020). A sensação de que poderiam ter feito algo mais para evitar a morte demonstra-se associada à culpa de sobrevivente (Levin, 2019), fenómeno que já foi associado a efeitos adversos a nível da saúde mental durante a pandemia (Saalmink & Iles-Smith, 2020).

De forma geral, os respondentes parecem ter atribuído pouca importância aos meios tecnológicos como forma de se sentirem mais próximos do seu ente querido, sendo que, perto de metade afirma que não utilizou este tipo de ferramentas para comunicar. De facto, vários fatores podem ter influenciado estes valores, nomeadamente, o facto de alguns dos respondentes partilharem casa com o ente querido, ou as perdas reportadas referirem sobretudo situações de perda de pessoas com idade mais avançada, em situação de internamento hospitalar, ou perdas súbitas, condições que podem dificultar ou impedir por completo o recurso a estes meios.

A avaliação da atuação da equipa de saúde pelos participantes que tiveram um ente querido internado antes deste falecer, parece um pouco difusa. Os respondentes parecem não se querer situar em relação à satisfação com a comunicação com as mesmas,

dividindo-se maioritariamente nos valores de 3 e 4 na escala de *likert*, com apenas 3 respondentes a pontuar nos valores extremos da escala. Porém, no atinente a considerar que o ente querido recebeu suporte emocional adequado por parte das equipas, encontramos pessoas mais insatisfeitas, discordando totalmente da afirmação. Não obstante, a maioria parece considerar que a equipa médica tratou o seu ente querido com cuidado e respeito. Desta forma, na generalidade dos participantes, não parece verificar-se a presença de sentimentos de raiva ou de culpa direcionados às equipas de saúde (Gabriel et al, 2021), sendo que a distribuição difusa das avaliações neste domínio pode transparecer um certo grau de empatia e compreensão demonstrada para com as equipas de saúde, talvez derivada dos discursos de cariz heroico utilizados pelos média sobre os profissionais de saúde na pandemia de COVID-19 (e.g., Miasato, 2022).

A perda no contexto pandémico parece não ter sido particularmente difícil para as 11 pessoas (26.2%) que já tinham perdido um ente querido em contextos anteriores à COVID-19. Importante notar que, no que concerne as 10 participantes com LT, 50% já tinham perdido alguém anteriormente, o que pode suscitar a presença de *bereavement overload* (Neimeyer & Holland, 2006), isto é, se estes lutos prévios ainda não tivessem sido integrados, os mesmos podem ter tido algum papel no surgimento de sintomatologia de LT. Porém, a maioria dos participantes não parece valorizar a perda nestas circunstâncias com particular intensidade em relação às perdas anteriores, reforçando a ideia de que as trajetórias de luto são efetivamente multideterminadas e idiossincráticas (Barbosa, 2016), e que outros fatores além do contexto socioeconómico ou pandémico exercem o seu peso na valorização interna do acontecimento.

Parece importante salientar a evidente confluência de fatores de risco para o desenvolvimento de um luto complicado (Mason et al., 2020) que observamos nesta investigação, nomeadamente, as circunstâncias da morte, sentimentos de culpa (embora possivelmente mais latentes nos dados apresentados), as múltiplas perdas, mortes consideradas súbitas/inesperadas e a ausência de oportunidade de se despedir, entre outros fatores. Deste modo, os resultados empíricos emergentes deste estudo parecem ser consistentes com outros da literatura que apontam a pandemia COVID-19 como um contexto condicionante do *status quo* daquelas que são as normas culturais e sociais que circunscrevem uma perda e com grandes implicações para a evolução de lutos complicados (Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2022; Simões et al., 2022).

No que concerne aos estilos de *coping* utilizados pelas pessoas enlutadas no contexto em análise, os resultados salientam que o estilo de *coping* menos utilizado tanto

pelos respondentes em geral como pelos participantes com LT foi o abuso de substâncias, algo em consonância com estudos de prevalência (também ela baixa) do mesmo em Portugal (SICAD, 2020). Por sua vez, de forma global, os estilos de *coping* mais utilizados – aceitação (aceitar o facto de que o evento stressante ocorreu e é real) e planear (pensar sobre o modo de se confrontar com o stressor, planear os esforços de *coping* ativos) – foram também os mais utilizados pelas pessoas com LT. Contudo, verificamos que os participantes com LT tendem a utilizar também outros estilos de *coping* que não se verificaram tão expressivos na população geral, mais especificamente, a autculpabilização e a autodistração. Isto vai de encontro ao mencionado na literatura sobre luto traumático, no qual a culpa se estabelece como critério para definição da PLP (WHO, 2019), e é uma relevante reação para os vários tipos de percurso de luto traumático que podem surgir (e.g., Gabriel et al., 2021; Groen et al., 2022; Maddrell, 2020); por sua vez, a autodistração enquanto um comportamento de desinvestimento mental, pode ser concebido como um comportamento de evitamento, algo previsto nas reações de luto patológico e não-patológico (e.g., Stroebe & Schut, 1999). Note-se também que, a negação, enquanto estilo de *coping*, verificou-se mais elevada neste subgrupo não obstante os resultados elevados de aceitação. Este resultado, aparentemente contraditório, parece estar na mesma linha dos comportamentos descritos acima para o evitamento, seguindo a lógica de comportamentos orientados para a perda ou comportamentos orientados para a recuperação previstos no modelo de processamento dual de *coping* e luto de Stroebe e Schut (1999). Segundo este modelo, existe uma oscilação dinâmica entre estes dois tipos de comportamento que é normativa e esperada: o enlutado irá oscilar entre o confronto com a perda e o evitamento da mesma. Contudo, podemos verificar a complicação do processo de luto do grupo com LT por este parecer estar a utilizar mais comportamentos de evitamento, que porventura se reflete na maior concomitância dos estilos de *coping* de aceitação e negação encontrados, esta última documentada na literatura como um sentimento persistente e perturbador de descrença sobre a morte e resistência quanto à aceitação da realidade dolorosa comum em pessoas que experienciam luto complicado (Shear & Shair, 2005, p. 253).

No que concerne a sintomatologia psicopatológica, os resultados do BSI revelaram que mais de um terço dos participantes ($n=15$) pontuavam acima do ponto de corte para este instrumento, indicando, deste modo, a possível presença de perturbação emocional. Destes 15, sete respondentes estavam também acima do ponto de corte para o ILT, indicando a possível presença de luto traumático. Denote-se também que, para os participantes em geral, as dimensões do BSI onde se verificaram pontuações médias mais

altas foram a de depressão e obsessões-compulsões, enquanto que, para os participantes com LT foram a de depressão, sensibilidade interpessoal, obsessões-compulsões e ansiedade. A relação entre luto e sintomatologia depressiva e ansiosa está bem documentada na literatura, tanto nos processos de luto normativos como complicados (Sable, 1992; Stroeb et al., 2001). Contudo, a depressão, assim como a ansiedade, constituem-se como um fator de vulnerabilidade para situações de luto complicado (Robinson & Marwit, 2006), algo que pode explicar a preponderância de pessoas com LT com possível perturbação emocional simultânea. Também a sintomatologia depressiva mais alta neste grupo pode explicar os seus resultados superiores de sensibilidade interpessoal, caracterizada por sentimentos de inferiorização e autodepreciação na comparação com os outros. Sublinha-se, também, que foi aplicada uma questão de controlo de psicopatologia prévia no questionário geral de características dos participantes em geral com o objetivo de permitir apurar os efeitos pré e pós-perda em contexto de pandemia a nível da saúde mental dos participantes. Desta forma verificamos que 73.8% dos participantes não tinham nenhum diagnóstico neste nível antes da perda, contudo, as perturbações que foram reportadas dividiram-se entre ansiedade e depressão.

Por sua vez, as obsessões-compulsões altas verificadas nas pessoas com LT, enquanto cognições e comportamentos a que a pessoa não consegue resistir, podem ser explicadas por respostas de natureza mais ruminativa que se verificam neste tipo de luto, como preocupação e pensamentos acerca da pessoa falecida (Lobb et al., 2010). Já as pontuações médias mais baixas verificaram-se nas dimensões ansiedade fóbica e somatização tanto para os participantes em geral como para os respondentes com LT. Relativamente à ansiedade fóbica estes resultados podem ser explicados pelo conteúdo dos itens se focarem particularmente no medo persistente em relação a estímulos específicos, com os quais não existe uma relação óbvia com a morte/perda (e.g., medo de viajar de autocarro, medo na rua). Já os resultados baixos de somatização podem ser em parte explicados pelo facto de o suporte emocional ser um dos estilos de *coping* utilizado pelos participantes com maior expressão (3º com a média mais alta nos dados obtidos). A canalização destas emoções intensas através do suporte emocional pode ser um fator que contribui para esta menor manifestação somática das emoções (Duddu et al., 2006).

Quanto ao impacto do acontecimento, os valores mais altos dos participantes em geral e dos participantes com LT foram obtidos para a dimensão de ativação fisiológica. Por sua vez, os valores mais baixos verificaram-se para ambos os grupos na dimensão anestesia emocional deste instrumento. Quanto às restantes dimensões, os respondentes em

geral e com LT pontuaram de forma semelhante (a dimensão com a segunda e terceira média mais alta foram evitamento e intrusão, respetivamente para ambos.). Parece não se poder atribuir o ónus destes resultados apenas à morte enquanto evento traumático, fazendo-nos pensar que esta semelhança de resultados pode ser melhor explicada pelo contexto global da crise pandémica COVID-19, descrita como uma das situações mais ameaçadoras que a maior parte dos indivíduos já vivenciaram (Ferreira et al., 2021), caracterizada por elevada angústia mental, social e sofrimento físico (Armitage & Nellums, 2020) e por perdas múltiplas, primárias e secundárias (Wallace et al., 2020; Zhai & Du, 2020). Para além disto, sublinha-se que 100% dos participantes com luto traumático se situavam acima do ponto de corte na EIA-R, i.e., obtiveram pontuações nesta escala que sugerem a morte do ente querido como um acontecimento com potencial traumático, resultado este consistente com o esperado, já que, este instrumento avalia especificamente a forma como uma perda relacionada com a morte foi vivenciada como traumática com base em sintomas de perturbação de luto prolongado (Prigerson et al., 2009).

Nos resultados do ILC, verificamos que tanto os participantes em geral, como os com LT, obtiveram resultados mais elevados na dimensão dificuldades de separação, e por sua vez, os resultados mais baixos verificaram-se na dimensão psicótica em ambos. Isto surge em consonância com a literatura que refere não só o luto como como uma separação involuntária que dá lugar a diversas formas de sofrimento emocional nas quais se podem incluir preocupações intrusivas e angústia face à perda e à pessoa falecida (Solsberry & Krupnick, 1984), mas também inclui estas dificuldades de separação, quando marcadas e crónicas, nos sintomas de luto complicado (Lobb et al., 2010). Por sua vez, sintomas de índole psicótica que decorrem do processo de luto, como alucinações, podem não estar associados exclusivamente ao luto normativo ou ao complicado, uma vez que, a associação entre estes e o *distress* psicológico ou a severidade do luto não está estabelecida de forma consistente (Field et al., 1999; Kamp et al., 2019).

Verificaram-se correlações positivas significativas entre todas as dimensões do BSI e índices gerais com a pontuação total do ILT. Esta associação significativa vai de encontro ao mencionado em diversos estudos que apontam para a ligação entre luto traumático e diversos quadros psicopatológicos como ansiedade, depressão e PSPT (e.g., Groen et al., 2022; Komischke-Konnerup et al., 2021; Smid et al., 2015). Verificaram-se também correlações positivas significativas entre o ILT e todas as dimensões (subescalas e escala total) da EIA-R. Este tipo de luto enquadra perdas vivenciadas como traumáticas com base em sintomas de perturbação de luto prolongado (Groen et al., 2022), pelo que, a

sua relação com o *distress* subjetivo causado por acontecimentos de vida traumáticos, tal como avaliado pela EIA-R vai de encontro ao esperado.

Também entre o ILT e o ILC (subescalas e escala total) se verificaram correlações positivas e significativas, algo esperado dada a frequente comorbidade entre luto complicado e PTSD, assim como, o alto fardo traumático da COVID-19 (Gesi et al, 2020). Esta autora refere também que quanto maior a associação entre a perda e os sintomas relacionados com Stress Pós-Traumático (como é o caso do luto traumático na forma como é avaliado pelo ILT) maior o risco de luto complicado concomitante, algo que explica o facto de seis dos 10 participantes com LT apresentarem luto complicado.

Por fim, no que concerne as associações entre o luto traumático e estilos de *coping* verificaram-se correlações não significativas entre as subescalas de abuso de substâncias, humor e religião e as pontuações no ILT. Por outro lado, foram encontradas correlações positivas significativas entre o ILT e as subescalas *coping* ativo, planear, suporte emocional, suporte instrumental, reinterpretação positiva, autoculpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, autodistração e desinvestimento comportamental. Estas associações entre o ILT e a autoculpabilização, negação, autodistração, e desinvestimento comportamental seriam esperadas uma vez que caracterizam sintomatologia reportada para o luto traumático (Groen et al.,2022; Prigerson et al., 1999; Smid et al., 2015). Apesar de parecer contraditório que as restantes subescalas (i.e. *coping* ativo, planear, suporte emocional e instrumental, reinterpretação positiva) se correlacionem positivamente com o luto traumático, observando estes resultados à luz do modelo de processamento dual de *coping* e luto de Stroebe e Schut (1999) estes parecem encaixar-se no movimento oscilatório previsto entre comportamentos orientados para a perda e comportamentos orientados para a recuperação, o que sugere que estas pessoas com LT estão a fazer esforços ativos para a recuperação, embora possam também estar a utilizar estilos de *coping* que eventualmente as prendam por mais tempo na vivência da perda.

No que concerne as potencialidades deste estudo, destaca-se o contributo a nível de instrumentos para o luto, como o “Questionário de Dados Pessoais e das Características da Perda”, uma vez que tem o potencial de voltar a ser aplicado e/ou readaptado para outros estudos de luto e/ou situações pandémicas futuras, uma vez que, engloba as temáticas mais prementes suscitadas pelo luto neste tipo de contexto. A tradução do Inventário de Luto Traumático realizada para o presente estudo, pode também servir de base para estudos futuros de validação deste instrumento para a população portuguesa.

O reduzido número de participantes deste estudo constituiu uma limitação, já que não permitiu fazer inferências para população em geral e também não correspondeu aos critérios de normalidade para uma análise quantitativa mais robusta. Para além disto, é importante notar que a grande extensão do protocolo de recolha de dados pode ter atuado em detrimento do estudo (foi reportado que o seu preenchimento durava perto de uma hora), sendo também emocionalmente ativador para os participantes. Estes constrangimentos podem ter desencorajado alguns participantes de completar o questionário. Ainda no que concerne à adesão dos participantes, salienta-se que a participação dos participantes pareceu ser também influenciada pela abordagem do pedido ter ocorrido individualmente, isto é, as pessoas comprometeram-se a colaborar com alguma facilidade, mas apenas quando lhes foi diretamente solicitada esta partilha. Em termos metodológicos, pode-se apontar que não foi controlado o critério de tempo decorrido após a perda (6 ou 12 meses) para aplicação dos questionários de luto. Assim, alguns dos resultados podem apenas representar reações de luto agudas, perfeitamente normativas, decorridas em sequência de uma perda recente, e não de uma perda cujo processo de luto normal esteja comprometido.

De futuro, seria interessante enveredar por uma metodologia de cariz qualitativo, por forma a conhecer a fundo as experiências da perda em contexto de pandemia pelas palavras de quem o experienciou. Enquanto as análises quantitativas são imprescindíveis para o mapeamento sintomatológico do fenómeno, as análises de enfoque qualitativo conseguem oferecer uma riqueza valiosa no que concerne à compreensão das vivências, levando a *insights* mais aprofundados quanto às variâncias encontradas nos grupos com e sem luto traumático e/ou complicado. Acrescenta-se ainda que teria sido interessante realizar um estudo com uma vertente longitudinal, por forma a conhecer também a evolução dos percursos de luto e o impacto que estes podem ter tido nas próprias narrativas de vida e percursos identitários daqueles que perderam entes queridos neste contexto pandémico sem precedentes.

6. Conclusão

O luto é um processo complexo que tem vindo a ser objeto de um leque alargado de estudos empíricos, contudo, aquando do surgimento súbito e sem precedentes da situação pandémica, surgiram grandes questões acerca do impacto da mesma no comprometimento do processo normativo de luto. Neste sentido, esta investigação exploratória procurou descrever as perdas ocorridas no contexto das restritas medidas de contenção COVID-19, bem como os percursos de luto e saúde mental no contexto português, tendo as perdas ocorrido por COVID-19 ou não, e oferecer, através dos seus resultados, um contributo para a conscientização sobre os efeitos nefastos da situação pandémica na saúde mental e na vivência dos processos de luto.

Sabe-se que a maioria das pessoas enlutadas em circunstâncias não pandémicas mostram resiliência em relação à perda (Bonanno et al., 2004), e que nem todas irão sofrer consequências negativas ou a longo-prazo, conclusão que conflui com os próprios resultados do presente estudo. Não obstante, é esperado que um número pequeno destas pessoas fique preso na sua dor da perda (*grief*) (Stroebe & Schut, 2021). Para além disto, o luto não normativo pode levar à emergência de quadros psicopatológicos como a depressão, e a ansiedade, e prejuízos a nível do funcionamento individual, social e da qualidade de vida (Peña-Vargas et al., 2021).

O presente estudo sublinha o processo de luto como uma resposta complexa, variável e individual, como sugere a dispersão de resultados obtidos por parte dos diversos participantes. Assim sendo, e dada a sua natureza idiossincrática, torna-se imperativa uma resposta eficaz por parte das Entidades de Saúde, que vá de encontro às necessidades de cada pessoa no seu processo individual de luto, e que permita distinguir este último dos quadros e sintomatologia psicopatológicos que comumente lhe surgem associados, tal como observado na presente investigação.

No sentido de melhorar a prestação de cuidados de saúde à população e de colmatar as necessidades mencionadas, tornam-se necessários planos de intervenção que permitam uma deteção precoce de sintomatologia psicológica e física emergentes dos processos de luto, nomeadamente, através da utilização de questionários específicos para o efeito.

Referências

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). (5th ed.). *American Psychiatric Publishing, Inc.*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*, 5(5), e256. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30061-x](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30061-x)
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., Annane, D., Bleichner, G., Bollaert, P. E., Darmon, M., Fassier, T., Galliot, R., Garrouste-Orgeas, M., Goulenok, C., Goldgran-Toledano, D., Hayon, J., Jourdain, M., Kaidomar, M., Laplace, C. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171(9), 987-994. <https://doi.org/10.1164/rccm.200409-1295OC>
- Bailey, T., & Walter, T. (2016). Funerals against death. *Mortality (Abingdon)*, 21(2), 149-166. <https://doi.org/10.1080/13576275.2015.1071344>
- Barrett, T. W., & Scott, T. B. (1989). *Development of the Grief Experience Questionnaire. Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(2), 201-215. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1989.tb01033.x>
- Benight, C., Flores, J., & Tashiro, T. (2001). Bereavement coping self-efficacy in cancer widows. *Death Studies*, 25(2), 97-125. <https://doi.org/10.1080/07481180125921>
- Bennett, K., Gibbons, K., & Mackenzie-Smith, S. (2010). Loss and restoration in later life: An examination of dual process model of coping with bereavement. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 61(4), 315-332. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.d>
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2012). Commentary on the inclusion of persistent complex bereavement-related disorder in DSM-5. *Death Studies*, 36(9), 771-794. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.706982>
- Boelen, P., & Smid, G. (2017). The Traumatic Grief Inventory Self-Report Version (TGI-SR): Introduction and preliminary psychometric evaluation. *Journal Of Loss And Trauma*, 22(3), 196-212. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1284488>
- Boelen, P., Djelantik, A., de Keijser, J., Lenferink, L., & Smid, G. (2018). Further validation of the Traumatic Grief Inventory-Self Report (TGI-SR): A measure of persistent complex bereavement disorder and prolonged grief disorder. *Death Studies*, 43(6), 351-364. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1480546>
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., & Nesse, R. M. (2004). Prospective Patterns of Resilience and Maladjustment During Widowhood. *Psychology and Aging*, 19(2), 260-271. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.2.260>
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D., & Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150-1164. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.5.1150>
- Boss, P. (2010). The trauma and complicated grief of ambiguous loss. *Pastoral Psychology*, 59(2), 137-145. <https://doi.org/10.1007/s11089-009-0264-0>

- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185–216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>
- Bryant R. A. (2012). Grief as a psychiatric disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 201(1), 9–10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.10288>
- Campos, J. A. D. B., Campos, L. A., Martins, B. G., Valadão Dias, F., Ruano, R., & Maroco, J. (2022). The psychological impact of COVID-19 on individuals with and without mental health disorders *Psychological Reports*, 125(5), 2435-2455. <https://doi.org/10.1177/00332941211026850>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. S. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. – uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Eds.) *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa*. Quarteto.
- Carnelley, K. B., Wortman, C. B., Bolger, N., & Burke, C. T. (2006). The time course of grief reactions to spousal loss: Evidence from a national probability sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(3), 476-492. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.3.476>
- Carr, D., Boerner, K., & Moorman, S. (2020). Bereavement in the time of Coronavirus: Unprecedented challenges demand novel interventions. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 425-431. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1764320>
- Caruso, J. C., & Cliff, N. (1997). Empirical size, coverage, and power of confidence intervals for Spearman's rho. *Educational and Psychological Measurement*, 57(4), 637–654. <https://doi.org/10.1177/0013164497057004009>
- Carver C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Cavalera, C. (2020). COVID-19 Psychological Implications: The Role of Shame and Guilt. *Frontiers in psychology*, 11, 571828. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.571828>
- Chiu, Y.-W., Huang, C.-T., Yin, S.-M., Huang, Y.-C., Chien, C.-H., & Chuang, H.-Y. (2010). Determinants of complicated grief in caregivers who cared for terminal cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 18(10), 1321-1327. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0756-6>
- Chizzotti, A. (1991). *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. Cortez.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). Academic Press.
- Collier, A., Sorensen, R., & Iedema, R. (2015). Patients' and families' perspectives of patient safety at the end of life: A video-reflexive ethnography study. *International*

- Journal For Quality In Health Care*, 28(1), 66-73.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv095>
- Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134(5), 648–661. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.5.648>
- Davidson, J. E., Jones, C., & Bienvenu, O. J. (2012). Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Critical Care Medicine*, 40(2), 618-624. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236ebf9>
- Davis, C. G., Wohl, M. J., & Verberg, N. (2007). Profiles of posttraumatic growth following an unjust loss. *Death Studies*, 31(8), 693-712. <https://doi.org/10.1080/07481180701490578>
- Delalibera, M., Presa, J., Coelho, A., Barbosa, A., & Franco, M. H. P. (2015). Family dynamics during the grieving process: A systematic literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4), 1119-1134. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.09562014>
- Dell’Osso, L., Carmassi, C., Massimetti, G., Conversano, C., Daneluzzo, E., Riccardi, I., Stratta, P., & Rossi, A. (2011). Impact of traumatic loss on post-traumatic spectrum symptoms in high school students after the L'Aquila 2009 earthquake in Italy. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.025>
- Derogatis, L. R. (1982). *Brief Symptom Inventory (BSI)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00789-000>
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). National Computers Systems.
- Direção Geral de Saúde. (2020). *COVID-19: Procedimentos post mortem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25191/norma-002-2020-covid-19-procedimentos-post-mortem-atualizada-a-21012022.pdf>
- Dyniewicz, A. M. (2009). *Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes*. Difusão Editora. <https://books.google.pt/books?id=SCPdQAAACAAJ>
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>
- Eisma, M. C., Lenferink, L. I. M., Chow, A. Y. M., Chan, C. L. W., & Li, J. (2019). Complicated grief and post-traumatic stress symptom profiles in bereaved earthquake survivors: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1558707. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1558707>
- Ekanayake, S., Prince, M., Sumathipala, A., Siribaddana, S., & Morgan, C. (2013). “We lost all we had in a second”: Coping with grief and loss after a natural disaster. *World Psychiatry*, 12(1), 69-75. <https://doi.org/10.1002/wps.20018>
- Engel, G. L. (1961). Is grief a disease?. *Psychosomatic Medicine*, 23(1), 18-22. <https://doi.org/10.1097/00006842-196101000-00002>

- Ezer, T., Lohman, D., & De Luca, G. B. (2018). Palliative care and human rights: A decade of evolution in standards. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2), S163-S169. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.027>
- Ferreira, M., Sofia, R., Carreno, D., Eisenbeck, N., Jongenelen, I., & Cruz, J. (2021). Dealing With the Pandemic of COVID-19 in Portugal: On the Important Role of Positivity, Experiential Avoidance, and Coping Strategies. *Frontiers In Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.647984>
- Field, N. P., Nichols, C., Holen, A., & Horowitz, M. J. (1999). The relation of continuing attachment to adjustment in conjugal bereavement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 212–218. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.2.212>
- Frade, B., Rocha, J., Sousa, H., Pacheco, D. (2009). *Validation of Portuguese Version for Inventory of Complicated Grief*. European Congress of Traumatic Stress, Oslo.
- Frade, B. (2010). *Análise das características psicométricas da versão portuguesa do Inventory of Complicated Grief* [Tese de Mestrado; Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte]. https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/32/tese_Full.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Frade, P. (2014). Custos socioeconómicos do luto em cuidados paliativos: Revisão sistemática de literatura. In A. Barbosa & A. Coelho (Eds.), *Mediadores do Luto*. Núcleo Académico de Estudos e Intervenção sobre Luto/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Freud, S. (1917). *Mourning and melancholia*. London.
- Gabriel, S., Paulino, M., & Baptista, T. M. (2021). *Luto: Manual de intervenção psicológica*. Pactor.
- Gamino, L. A., Sewell, K., & Easterling, L. (2000). Scott and white grief study phase 2: Toward an adaptive model of grief. *Death Studies*, 24(7), 633-660. <https://doi.org/10.1080/07481180050132820>
- Gana, K., & K'Delant, P. (2011). The effects of temperament, character, and defense mechanisms on grief severity among the elderly. *Journal of Affective Disorders*, 128(1-2), 128-134. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.017>
- 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://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2020.00489>
- Gilbar, O., & Ben-Zur, H. (2002). Bereavement of spouse caregivers of cancer patients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(3), 422-432. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.3.422>
- Gillies, J., & Neimeyer, R. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(1), 31-65. <https://doi.org/10.1080/10720530500311182>
- Glick, I. D., Weiss, R. S., & Parkes, C. M. (1974). *The first year of bereavement*. John Wiley & Sons.
- Gold, K., Sen, A., & Leon, I. (2017). Whose fault is it anyway? Guilt, blame, and death attribution by mothers after stillbirth or infant death. *Illness, Crisis & Loss*, 26(1), 40–57. <https://doi.org/10.1177/1054137317740800>

- Groen, S. P. N., Menninga, M. C., Cath, D. C., & Smid, G. E. (2022). Let's talk about grief: Protocol of a study on the recognition and psychoeducation of prolonged grief disorder in outpatients with common mental disorders. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 944233. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.944233>
- Hagman, G. (1995). Mourning: A review and reconsideration. *The International Journal of Psychoanalysis*, *76*(5), 909-925.
- Hernández-Fernández, C., & Meneses-Falcón, C. (2022). I can't believe they are dead. Death and mourning in the absence of goodbyes during the COVID-19 pandemic. *Health & social care in the community*, *30*(4), e1220–e1232. <https://doi.org/10.1111/hsc.13530>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*(2), 213-218. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Johns, L., Blackburn, P., & McAuliffe, D. (2020). COVID-19, Prolonged Grief Disorder and the role of social work. *International Social Work*, *63*(5), 660-664. <https://doi.org/10.1177/0020872820941032>
- Jordan, A., & Litz, B. (2014). 'Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations': Correction to Jordan and Litz (2014). *Professional Psychology: Research and Practice*, *45*(5), 394-394. <https://doi.org/10.1037/a0037984>
- Kamp, K. S., O'Connor, M., Spindler, H., & Moskowitz, A. (2019). Bereavement hallucinations after the loss of a spouse: Associations with psychopathological measures, personality and coping style. *Death studies*, *43*(4), 260–269. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1458759>
- Kastenbaum, R. (2004). *On our way: The final passage through life and death*. University of California Press.
- Kentish-Barnes, N., Chaize, M., Seegers, V., Legriél, S., Cariou, A., Jaber, S., Lefrant, J. Y., Floccard, B., Renault, A., Vinatier, I., Mathonnet, A., Reuter, D., Guisset, O., Cohen-Solal, Z., Cracco, C., Seguin, A., Durand-Gasselin, J., Éon, B., Thirion, M., ... Azoulay, É. (2015). Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *European Respiratory Journal*, *45*(5), 1341-1352. <https://doi.org/10.1183/09031936.00160014>
- Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2010). Predictors of complicated grief after a natural disaster: A population study two years after the 2004 South-East Asian tsunami. *Death Studies*, *34*(2), 137-150. <https://doi.org/10.1080/07481180903492455>
- Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry*, *75*(1), 76-97. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76>
- Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Johannsen, M., Nielsen, L. D., & O'Connor, M. (2021). Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, *4*, 100140. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100140>

- Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L. M., Chevret, S., Adrie, C., Barnoud, D., Bleichner, G., Bruel, C., Choukroun, G., Curtis, J. R., Fieux, F., Galliot, R., Garrouste-Orgeas, M., Georges, H., Goldgran-Toledano, D., Jourdain, M., Loubert, G., & Reignier, J., (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *New England Journal Of Medicine*, 356(5), 469-478. <https://doi.org/10.1056/nejmoa063446>
- Leahy, J. M. (1993). A comparison of depression in women bereaved of a spouse, child, or a parent. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 26(3), 207-217. <https://doi.org/10.2190/ylg9-p4r7-w2vw-kafr>
- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 271-282. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.2.271>
- Levin, J. (2019). Mental Health care for survivors and healthcare workers in the aftermath of an outbreak. In D. Huremovic (Ed.) *Psychiatry of pandemics* (pp. 127-141). https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5_11
- Li, J., Tendeiro, J. N., & Stroebe, M. (2019). Guilt in bereavement: Its relationship with complicated grief and depression. *International Journal of Psychology*, 54(4), 454-461. <https://doi.org/10.1002/ijop.12483>
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *The American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148. <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K., & Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death studies*, 34(8), 673–698. <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686>
- Lopes, A. (2013). *Convergent validity of Impact of Event Scale-Revised and Impact of Event Scale-6 Portuguese Versions* [Tese de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte]. <https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/280/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ana%20Luisa%20Teixeira%20da%20Cunha%20Lopes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G.. (2016). “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: An analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*, 15(3), 266–275. <https://doi.org/10.1002/wps.20348>
- Maddrell, A. (2020). Bereavement, grief, and consolation: Emotional-affective geographies of loss during COVID-19. *Dialogues in Human Geography*, 10(2), 107-111. <https://doi.org/10.1177/2043820620934947>

- Mason, T. M. , Tofthagen, C. S. , & Buck, H. G. (2020). Complicated grief: Risk factors, protective factors, and interventions. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, 16(2), 151–174. <https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726>
- Matos M., & Pinto-Gouveia, J., (2006). *O impacto traumático de experiências de vergonha: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala do Impacto do Acontecimento – Revista (EIA-R)*. (manuscrito submetido)
- McAdam, J., & 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>
- Miasato, F. A.. (2022). Sem heróis, sem heroínas: Reflexões sobre o discurso heroico utilizado pela mídia sobre os profissionais de enfermagem na pandemia de COVID-19. *Cadernos Ibero-americanos De Direito Sanitário*, 11(2), 118–138. <https://doi.org/10.17566/ciads.v11i2.881>
- Mikulincer, M. (2008). An attachment perspective on disordered grief reactions and the process of grief resolution. *Grief Matters: The Australian Journal of Grief and Bereavement*, 11, 34-37.
- Mitima-Verloop, H. B., Mooren, T. T. M., & Boelen, P. A. (2021). Facilitating grief: An exploration of the function of funerals and rituals in relation to grief reactions. *Death Studies*, 45(9), 735-745. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1686090>
- Moore, B. E., Fine, B. D., Arlow, J. A., Blum, H. P., Boesky, D., & Klumpner, G. H. (1990). In B. E. Moore, B. D. Fine, A. Frank, J. Glenn, L. E. O. Goldberger, E. Halpert, O. F. Kernberg, S. Kramer, S. E. Pulver, R. E. Roughton, V. Spruiell, P. Tyson, E. M. Weinshel, & G. H. Wiedeman (Eds.), *Psychoanalytic Terms and Concepts* (pp. ix-x). Yale University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt32btp8.4>
- Neimeyer R., & Holland J. (2006). Bereavement overload, In N. Salkind (Ed.) *Encyclopedia of human development* (pp. 166–167). Sage.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Pais-Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do Coping: A propósito do estudo de adaptação do brief COPE. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 3-15
- Payàs, P., A. (2010). *Las tareas del duelo: Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Editorial Paidós
- Peña-Vargas, C., Armaiz-Peña, G., & Castro-Figueroa, E. (2021). A Biopsychosocial Approach to Grief, Depression, and the Role of Emotional Regulation. *Behavioral Sciences*, 11(8), 110. <https://doi.org/10.3390/bs11080110>
- Polder, J. J., Barendregt, J. J., & van Oers, H. (2006). Health care costs in the last year of life the Dutch experience. *Social Science and Medicine*, 63(7), 1720-1731. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.018>
- Presa, J. (2014). Género e processos de luto. In A. Barbosa & A. Coelho (Eds.), *Mediadores do luto*. Núcleo Académico de Estudos e Intervenção sobre Luto/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., & Zonarich, D. L. (1996). Complicated grief: Nosology, treatment, and outcomes. *Directions in Psychiatry*, 16(8), 1-11.

- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLOS Medicine*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: Scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., Rosenheck, R., Pilkonis, P. A., Wortman, C. B., Williams, J. B., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J., & Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174(1), 67-73. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.1.67>
- Probst, D. R., Gustin, J. L., Goodman, L. F., Lorenz, A., & Wells-Di Gregorio, 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>
- Rando, T. A. (1993). The increasing prevalence of complicated mourning: The onslaught is just beginning. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 26(1), 43-59. <https://doi.org/10.2190/7MDL-RJTF-NA2D-NPQF>
- Ringdal, G. I., Jordhøy, M. S., Ringdal, K., & Kaasa, S. (2001). Factors affecting grief reactions in close family members to individuals who have died of cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(6), 1016-1026. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(01\)00363-3](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(01)00363-3)
- Robinson, T., & Marwit, S. J. (2006). An investigation of the relationship of personality, coping, and grief intensity among bereaved mothers. *Death Studies*, 30(7), 677-696. <https://doi.org/10.1080/07481180600776093>
- Saalmink, G., & Iles-Smith, H. M. (2020). Can survivors of COVID-19 later experience guilt?. *Cancer Nursing Practice*, 19(5), 12-3. <https://doi.org/10.7748/cnp.19.5.12.s9>
- Sable, P. (1992). Attachment theory: Application to clinical practice with adults. *Clinical Social Work Journal*, 20(3), 271-283. <https://doi.org/10.1007/BF00754639>
- Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153-160. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1315618>
- Shear, M. K., McLaughlin, K. A., Ghesquiere, A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2011). Complicated grief associated with Hurricane Katrina. *Depression and Anxiety*, 28(8), 648-657. <https://doi.org/10.1002/da.20865>
- Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 253-267. <https://doi.org/10.1002/dev.20091>
- Shear, M. K., & Skritskaya, N. A. (2012). Bereavement and Anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 14(3), 169-175. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0270-2>
- Shuchter, S., & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. In M. Stroebe, W. Stroebe, & R. Hansson (Eds.), *Handbook of Bereavement: Theory, Research, and*

Intervention (pp. 23-43). Cambridge: Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511664076.003>

- SICAD, (2020). Relatório anual 2020 - A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências. https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICA_COES/Attachments/175/RelatorioAnual_2020_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogasEToxicodependencias_PT.pdf
- 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>
- Simões, G., Santos, E. J. F., & Cunha, M. (2022). Luto em familiares e pessoas significativas de vítimas de SARS-CoV-2. *Servir*, 2(02), e27314.
<https://doi.org/10.48492/servir0202.27314>
- Smid, G. E., Kleber, R. J., De La Rie, S. M., Bos, J. B. A., Gersons, B. P. R., & Boelen, P. A. (2015). Brief eclectic psychotherapy for traumatic grief (BEP-TG): Toward integrated treatment of symptoms related to traumatic loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27324. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27324>
- Solsberry, V. & Krupnick, J. (1984). Adults' reactions to bereavement. In M. Osterweis, F. Solomon, & M. Green (Eds.), *Bereavement: Reactions, consequences, and care* (pp. 47-68). National Academy Press.
- Sousa, R. V. (2011). *Validação de metodologias de diferenciação clínica entre luto saudável e luto complicado*. Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/176>
- Stroebe, M., & Schut, H. (2021). Bereavement in Times of COVID-19: A review and theoretical framework. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 82(3), 500-522.
<https://doi.org/10.1177/0030222820966928>
- Stroebe, M., Schut, H., & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38(3-4), 185-201.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224.
<https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: An empirical and theoretical review. *Review of General Psychology*, 5(1), 62-83. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.1.62>
- Stroebe, W., Schut, H., & Stroebe, M. S. (2005). Grief work, disclosure and counseling: Do they help the bereaved? *Clinical Psychology Review*, 25(4), 395-414.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.01.004>
- Sveen, J., Bergh Johannesson, K., Cernvall, M., & Arnberg, F. K. (2018). Trajectories of prolonged grief one to six years after a natural disaster. *PLOS ONE*, 13(12), e0209757. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209757>
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L., & Tedeschi, R. (2008). The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of traumatic stress*, 21(2), 158-164.
<https://doi.org/10.1002/jts.20305>

- Tang, S., & Xiang, Z. (2021). Who suffered most after deaths due to covid-19? Prevalence and correlates of prolonged grief disorder in COVID-19 related bereaved adults. *Globalization and Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00669-5>
- Taylor, S. (2017) *Clinician's guide to PTSD* (2nd ed.). Guildford
- Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2014). Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: A longitudinal study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(3), 531-541. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022>
- Thompson, R. R., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2019). Media coverage, forecasted posttraumatic stress symptoms, and psychological responses before and after an approaching hurricane. *JAMA Network Open*, 2(1), e186228. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.6228>
- Vieira, C. P., Paixão, R., Silva, J. T., & Vicente, H. T. (2021). Versão Portuguesa da impact of event scale – revised (IES-R). *Psique*, XVI(1), 24-43. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.xvi.1.2>
- van Ee, E., Lenferink, L., Eidhof, M. B., & Boelen, P. A. (2021). Samen rouwen: over sociale steun aan nabestaanden gedurende de COVID-19-pandemie [Mourning together: on social support for bereaved people during the COVID-19 pandemic]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 63(1), 13–15.
- Wallace, C., Wladkowski, S., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: Considerations for palliative care providers. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 60(1), e70-e76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
- Wang, S. S. Y., Teo, W. Z. Y., Yee, C. W., & Chai, Y. W. (2020). Pursuing a good death in the time of COVID-19. *Journal of Palliative Medicine*, 23(6), 754-755. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0198>
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J. P. Wilson and T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). The Guilford Press.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M. s., Schut, H. A. W., Stroebe, W., Bout, J., Heijden, P. G. M., & Dijkstra, I. (2008). Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping. *The British journal of clinical psychology*, 47(1), 31-42. <https://doi.org/10.1348/014466507X216152>
- Wilson, J. (2013). *Supporting People through Loss and Grief: An Introduction for Counsellors and Other Caring Practitioners*. Jessica Kingsley Publishers.
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Yardley, S., & Rolph, M. (2020). Death and dying during the pandemic. *BMJ*, m1472. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1472>
- Zhai, Y., & Du, X. (2020). Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 80-81. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053>
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: What psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67-74. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x>

Anexos

ANEXO I – Permissão de tradução por parte dos autores

Re: Permission to translate and use the Traumatic Grief Questionnaire for research purposes

Geert Smid [REDACTED]

Wed 7/29/2020 8:52 AM

To: Eduarda Patrícia ([REDACTED])

Cc: Margarida RAngel ([REDACTED])
[REDACTED]@uu.nl>

1 attachments (31 KB)

TGI-SR-22-EN.docx

Dear Eduarda,

Thank you for your message. I warmly support your idea. I cc-ed Jose Carlos Rocha and Paul Boelen, because they may know more about a possibly existing Portuguese translation of the TGI-SR.

Please note that we added 4 items to the TGI-SR to make it ICD-11 PGD compatible. Please find attached the updated, 22-item version of the TGI-SR in English.

Best regards
Geert Smid

[Prof.dr. Geert E. Smid](#) | psychiater, plaatsvervangend opleider, bijzonder hoogleraar | consultant psychiater, associate director of residency training, endowed professor
[ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum](#) | [ARQ Centrum 145](#) | Nienoord 5 | 1112 XE Diemen | The Netherlands | phone +31 20 6274974 | fax +31 20 6253589
[Universiteit voor Humanistiek \(University of Humanistic Studies\)](#) | Kromme Nieuwegracht 29 | 3512 HD Utrecht | The Netherlands | phone +31 30 2390100

Van: Eduarda Patrícia Oliveira de Barros Pereira <up201506982@fpce.up.pt>

Onderwerp: Permission to translate and use the Traumatic Grief Questionnaire for research purposes

Dear Professor Dr. Geert E. Smid,

My name is Eduarda Patrícia Oliveira de Barros Pereira, and I'm a student currently enrolled in the fifth and last year of an Integrated Masters in Clinical and Health Psychology, at the Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Oporto University.

I'm currently working on my master's thesis research project, under the direct supervision of Prof. Dr. Margarida Rangel Henriques, of the same educational institute. Our main goal for this research is to assess how the current pandemic CoViD 19 is affecting the grieving process of the Portuguese population.

We are also very interested in trying to assess if losing a loved one in these particular times could relate to indicators of complexification of the grieving process for the survivors. Therefore, we found your Traumatic Grief

ANEXO II – Questionário das Características das Perdas e da Morte

Experiências de Luto em tempos de pandemia COVID-19

O presente conjunto de questões enquadra-se num projeto de investigação em desenvolvimento na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, e tem por objetivo aprofundar o conhecimento acerca das experiências de luto da população portuguesa em tempos de pandemia COVID-19 com vista à compreensão das necessidades a nível do suporte emocional e ajustamento da intervenção psicológica neste domínio.

Para este efeito, estamos a pedir a colaboração de pessoas que tenham perdido um ente querido neste período de tempo específico, independentemente do motivo da morte. A sua experiência é de extrema importância para este estudo, na medida em que nos permitirá compreender melhor as particularidades das experiências de luto neste contexto excepcional, e assim contribuir para melhorar o apoio e intervenção disponível para os sobreviventes de luto em tempo de pandemia COVID-19.

A sua participação é totalmente voluntária, e será garantida a confidencialidade e o anonimato de todas as respostas. Pode desistir de responder ao questionário em qualquer momento, caso assim o entenda, sem qualquer consequência.

A informação recolhida será tratada de forma codificada e confidencial, sendo utilizada apenas para fins de investigação e, por isso, nunca será tratada ou analisada de forma individualizada.

Por se tratar de um tópico particularmente sensível, cujas questões podem suscitar algum desconforto emocional, disponibilizamos também ferramentas de apoio e aconselhamento para qualquer participante que se sinta fragilizado neste período difícil, podendo recorrer à plataforma web de suporte psicológico Psic.ON em

<https://up.pt/suporte-psicologico-online/>

Para esclarecimento de dúvidas ou pedidos de informação adicional, por favor contacte os investigadores:

Prof.^a Doutora Margarida Rangel Henriques - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto [FPCEUP]

Prof. Doutor Nuno Pires - Instituto Superior de Serviço Social do Porto

[ISSSP] Eduarda Barros Pereira: up201506982@fpce.up.pt

Agradecemos, desde já, a sua participação!

1. *

Tick all that apply.

Declaro que li e compreendi os objetivos do estudo, e concordo participar.

Partilhe aqui a sua história

2. Mesmo sabendo que a morte faz parte do ciclo natural da vida, não obstante, a perda de alguém que nos é querido é, tendencialmente, um momento que nos marca a vários níveis. Vivemos tempos em que a experiência de sobreviver à morte de uma pessoa significativa assume contornos únicos, que pode alterar a forma como vivenciamos este processo naturalmente doloroso. Nesse sentido, antes de iniciarmos a sequência de questões destinadas a caracterizar os processos de luto associados à morte em contexto de Covid-19, gostaríamos de o/a convidar a partilhar connosco a sua história pessoal da perda de alguém querido. A sua experiência pessoal de perda permite-nos conhecer melhor as particularidades de sobreviver a uma perda nestas condições, o que por sua vez será importante para a intervenção psicológica futura com outros sobreviventes de luto em tempos de pandemias. Sabemos, também, o quanto relatar uma experiência penosa e marcante pode ser uma oportunidade importante de partilha e libertação do peso emocional dessa experiência. Neste sentido, pedimos-lhe que nos conte como foi, no seu caso, a experiência de perda que tenha ocorrido após o período de 15 de Março de 2020 (independentemente do motivo da morte ter sido COVID-19 ou não); relate como tudo se passou, como foi para si a situação, como se foi sentindo, tudo aquilo que lhe parecer importante e sem qualquer preocupação com a redação em si, escreva "ao correr da pena", como se nos estivesse a falar da sua experiência, a descrever os acontecimentos, as suas emoções, pensamentos, preocupações, tudo aquilo que for importante para si. Esta partilha é completamente facultativa, sendo que pode "saltar" este passo e dar início ao questionário.

Dados Sócio Demográficos

3. Idade *

4. Género *

Mark only one oval.

Feminino Masculino

Outro

5. Estado Civil *

Mark only one oval.

Solteiro/a Casado/a Viúvo/a

Divorciado/a União de facto

Outro / Não se aplica

6. Nacionalidade *

7. Distrito de Residência *

Mark only one oval.

Lisboa Porto Braga

Setúbal Aveiro Faro

Leiria Coimbra

Santarém Viseu

R.A. da Madeira

R.A. dos Açores Viana do

Castelo Vila Real

Castelo Branco Évora

Guarda Beja

Bragança Portalegre

8. Número de anos que esteve a estudar *

9. Habilitações Literárias *

Mark only one oval.

Menos De 4 Anos De Escolaridade

4.º Ano (1.º Ciclo Do Ensino Básico)

6.º Ano (2.º Ciclo Do Ensino Básico)

9.º Ano (3.º Ciclo Do Ensino Básico)

12.º Ano (Ensino Secundário)

Curso Tecnológico/Profissional ou Curso de Especialização Tecnológica (Nível III)

Bacharelato Licenciatura

Mestrado Doutoramento

Outro

10. Profissão *

Ou última profissão que teve.

11. Situação Profissional *

(Pode escolher mais que uma opção)

Tick all that apply.

Estudante

Com contrato a termo certo

Com contrato sem termo

Desempregado

Reformado

A tempo parcial

A tempo inteiro

11. Está ligado a alguma religião? *

Mark only one oval.

Sim Não

Prefiro não dizer

12. Se sim, qual? (Opcional)

Perdas
Múltiplas e
Transições
derivadas do
contexto Pandemia
Covid-19

Uma pandemia com a dimensão do Covid-19 pode ter dado origem a inúmeros processos de transição ou de perdas não relacionadas com a morte. Nesse sentido, gostaríamos de lhe fazer algumas questões acerca das alterações que esta situação de pandemia mundial causou no seu quotidiano

13. Quantas pessoas fazem parte do seu agregado familiar? *

14. Houve alterações no seu agregado familiar desde Março de 2020? *

Mark only one oval.

Sim Não

15. Se sim, quais?

16. Houve perdas de rendimentos significativas no seu agregado familiar desde Março de 2020? *

Mark only one oval.

Sim Não

17. Tem dependentes a seu cargo? *

Mark only one oval.

Sim Não

18. Se tivesse que avaliar o grau de mudanças que o Covid-19 introduziu na sua vida, diria que: *

Mark only one oval.

- 1. O Covid-19 quase não mudou a minha vida
- 2. O Covid-19 mudou alguns aspetos da minha vida
- 3. O Covid-19 mudou aspetos importantes da minha vida
- 4. O Covid-19 mudou muito a minha vida
- 5. O Covid-19 mudou a minha vida por completo

19. Na sua opinião, quanto lhe foi difícil adaptar-se às mudanças introduzidas pelas medidas de contenção do Covid-19? *

Mark only one oval.

- 1. Foi fácil para mim adaptar-me a estas mudanças
- 2. Tive alguma dificuldade em adaptar-me a estas mudanças
- 3. Tive dificuldade em adaptar-me a estas mudanças
- 4. Tive muita dificuldade em adaptar-me a estas mudanças
- 5. Foi extremamente difícil para mim adaptar-me a estas mudanças

20. Perdeu algum ente querido desde 15 de Março de 2020? *

Mark only one oval.

Sim Não

Caracterização da(s) perda(s) por morte

21. Se perdeu mais do que um ente querido desde 15 de Março de 2020, indique quantas perdas sofreu.

22. Por favor indique-nos o tipo de relacionamento que tinha com a(s) pessoa(s) que perdeu, e o motivo da morte

Mark only one oval per row.

	Por Covid- 19	Outra Doença Repentina	Outra Doença anteriormente revelada / prolongada / crónica	Acidente	Suicídio	Causas Naturais (ex. Idade Avançada)
Avó	<input type="radio"/>					
Avô	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irmã/Irmão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tia/Tio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cônjuge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Companheiro/a romântico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Filha/Filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Primo/Prima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amigo/Amiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colegas de trabalho/estudo			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Outro



23. Caso tenha perdido mais do que um ente querido desde 15 de Março de 2020, por favor, indique a pessoa com quem tinha um relacionamento mais próximo

Caracterização da perda por morte

Por favor, a partir de agora preencha as seguintes questões referindo-se à perda da pessoa com quem tinha um relacionamento mais próximo.

24. Pode indicar em que mês esta perda ocorreu? *

Mark only one oval.

Março 2020

Abril 2020

Maio 2020

Junho 2020

Julho 2020

Agosto 2020

Setembro 2020

Outubro 2020

Novembro 2020

Dezembro 2020

Janeiro 2021

Fevereiro 2021

Março 2021

Abril 2021

25. Qual a proximidade afetiva que tinha com esta pessoa? *

Mark only one oval.

1

2

3

4

5

Pouco Próximo

Extremamente Próximo

30. Considera que teve oportunidade de acompanhar o seu ente querido nos seus últimos momentos de vida? *

Mark only one oval.

- 1. Não, de modo nenhum
- 2. Menos do que gostaria
- 3. Mais ou menos
- 4. Sim, embora com algumas restrições
- 5. Sim, sem qualquer restrição

31. Considera que teve oportunidade de se despedir da pessoa querida? *

Mark only one oval.

1		2	3	4	5	
Discordo Totalmente		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

32. Sente que ficaram coisas importantes por dizer à pessoa que morreu? *

Mark only one oval.

1		2	3	4	5	
Discordo Totalmente		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

33. Considera que a morte foi súbita ou inesperada? *

Mark only one oval.

1		2	3	4	5	
Discordo Totalmente		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

47. Sentiu que os seus amigos o/a passaram a evitar? *

Mark only one oval.

1		2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente				

48. Sentiu que os seus amigos não queriam que falasse acerca da morte? *

Mark only one oval.

1		2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente				

49. Sentiu que ninguém o queria ouvir? *

Mark only one oval.

1		2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente				

50. Sentiu que vizinhos ou familiares não se preocuparam o suficiente? *

Mark only one oval.

1		2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente				

Acompanhamento Psicológico

59. Encontrava-se em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico antes de Março de 2020? *

Mark only one oval.

Sim

Não

60. Na fase de vida anterior às perdas, foi diagnosticado com algum problema ao nível da saúde mental?*

Mark only one oval.

Não *Skip to question 67*

Depressão

Perturbação de Ansiedade Perturbação de

Stress Pós Traumático

Other: _____

61. Procurou acompanhamento psicológico ou psiquiátrico a partir de Março de 2020? *

Mark only one oval.

Psicológico

Psiquiátrico

Ambos

Não

62. Encontra-se a tomar medicação psicofarmacológica? *

Mark only one oval.

Sim

Não

Experiência do Luto em Pandemia vs Luto em contexto normativo

63. Já tinha experienciado a perda de alguém significativo antes da pandemia? *

Mark only one oval.

Sim

Não

Se sim, responda às duas questões seguintes

Se não, por favor avance esta página

64. Em que medida considera que o contexto de pandemia COVID-19 tornou a perda mais difícil?

Mark only one oval.

1

2

3

4

5

Nada

Extremamente

65. Se já experienciou outros processos de luto na sua vida, gostaríamos de o/a convidar a refletir acerca das eventuais diferenças que possa encontrar quando compara um processo de luto em contexto de Pandemia Covid-19 e um processo de luto que tenha ocorrido num contexto considerado normal. Refira se a sua experiência atual está a ser diferente e se sim, de que forma.

(Facultativo)

ANEXO III – Tabelas de Caracterização Geral dos Participantes

Tabela 1 *Tipo de relacionamento com a pessoa falecida*

		Frequência	Porcentagem
Por favor, indique-nos o tipo de relacionamento que tinha com a(s) pessoa(s) que perdeu, e o motivo da morte	Avós [Avó; Avô]	16	38,1
	Mãe	6	14,3
	Pai	1	2,4
	Irmãos	1	2,4
	Outros Familiares [Tio;Tia; Primo; Prima]	7	16,7
	Outros [Amigo; Amiga; Colega; Outros]	10	23,8
	Total	41	97,6
	Omisso	1	2,4
Total		42	100,0

Tabela 2 *Causa da morte da pessoa falecida*

		Frequência	Porcentagem
Por favor, indique-nos o tipo de relacionamento que tinha com a(s) pessoa(s) que perdeu, e o motivo da morte	Por COVID-19	9	21,4
	Outra doença repentina	11	26,2
	Outra doença anteriormente revelada	16	38,1
	Causas naturais (ex. Idade avançada)	4	9,5
	Outro	1	2,4
	Total	41	97,6
	Omisso	1	2,4
Total		42	100,0

Tabela 3 *Mês em que ocorreu a perda*

		Frequência	Porcentagem
Pode indicar em que mês esta perda ocorreu?	março 2020	5	11,9
	abril 2020	5	11,9
	maio 2020	4	9,5
	junho 2020	6	14,3
	julho 2020	4	9,5
	agosto 2020	6	14,3
	setembro 2020	1	2,4
	outubro 2020	2	4,8
	novembro 2020	3	7,1
	dezembro 2020	1	2,4
	janeiro 2021	1	2,4
	fevereiro 2021	3	7,1
	março 2021	1	2,4
	Total	42	100,0

Tabela 4 *Morte súbita ou inesperada*

		Frequência	Porcentagem
Considera que a morte foi súbita ou inesperada?	Discordo totalmente	8	19,0
	2	5	11,9
	3	7	16,7
	4	6	14,3
	Concordo totalmente	16	38,1
	Total	42	100,0

Tabela 5 *Proximidade afetiva à pessoa falecida*

		Frequência	Porcentagem
Qual a proximidade afetiva que tinha com esta pessoa?	Pouco próximo	3	7,1
	2	2	4,8
	3	2	4,8
	4	9	21,4
	Extremamente próximo	26	61,9
	Total	42	100,0

Tabela 6 Crosstab: Proximidade afetiva e Coabitação

		Vivia com esta pessoa?		Total
		SIM	NÃO	
Qual a proximidade afetiva que tinha com esta pessoa?	Pouco próximo	0	3	3
	2	0	2	2
	3	0	2	2
	4	0	9	9
	Extremamente próximo	9	17	26
Total		9	33	42

Tabela 7 Caracterização dos participantes relativamente a diversas medidas relativas às equipas de saúde

		Discordo totalmente				Concordo totalmente		Omisso	Total
		1	2	3	4				
Sente-se satisfeito/a com a forma como as equipas de saúde comunicaram com a família ao longo do processo?	Frequência	1	2	9	7	2	21	42	
	Percentagem válida	4,8	9,5	42,9	33,3	9,5	50,0	100,0	
Sente que a comunicação com as equipas de saúde foi clara e completa?	Frequência	1	3	10	5	2	21	42	
	Percentagem válida	4,8	14,3	47,6	23,8	9,5	50,0	100,0	
Sente que o seu ente querido recebeu suporte emocional adequado no final de vida?	Frequência	5	4	6	4	2	21	42	
	Percentagem válida	23,8	19,0	28,6	19,0	9,5	50,0	100,0	
Considera que a equipa médica tratou o seu ente querido com cuidado e respeito?	Frequência	1	3	5	8	4	21	42	
	Percentagem válida	4,8	14,3	23,8	38,1	19,0	50,0	100,0	

Tabela 8 *Duração do internamento da pessoa falecida*

		Frequência	Porcentagem
Se o seu ente querido esteve internado antes de falecer, quanto tempo durou este internamento?	1 dia	1	2,4
	1 mês	5	11,9
	1 semana	6	14,3
	2 semanas	2	4,8
	3 dias	1	2,4
	3 meses	2	4,8
	4 meses	1	2,4
	Esteve internada 1 semana no privado, voltou menos de uma semana para casa e teve um recaída que requereu novo internamento que apenas durou 2 dias antes do colapso generalizado dos órgãos.	1	2,4
	N/A	21	50,0
	Total	40	95,2
Omisso		2	4,8
Total		42	100,0

Tabela 9 *Crosstab: Contexto da morte e Oportunidade de se despedir*

		Considera que teve oportunidade de se despedir da pessoa querida?					Total
		Discordo totalmente			Concordo totalmente		
			2	3	4		
Contexto da Morte	Hospital	11	3	3	1	2	20
	Lar	3	0	0	0	0	3
	Casa	7	3	2	2	5	19
Total		21	6	5	3	7	42

Tabela 10 *Oportunidade de se despedir da pessoa falecida e sentimento de que ficaram coisas por dizer à mesma*

		Discordo			Concordo		Total
		totalmente	2	3	4	totalmente	
Considera que teve oportunidade de se despedir da pessoa querida?	Frequência	21	6	5	3	7	42
	Percentagem	50,0	14,3	11,9	7,1	16,7	100,0
Sente que ficaram coisas importantes por dizer à pessoa que morreu?	Frequência	11	3	6	5	17	42
	Percentagem	26,2	7,1	14,3	11,9	40,5	100,0

Tabela 11 *Possibilidade de presença nas cerimónias fúnebres da pessoa falecida*

		Frequência	Percentagem
		Teve possibilidade de estar presente nas cerimónias fúnebres da pessoa?	SIM
	NÃO	8	19,0
	Total	42	100,0

Tabela 12 *Importância de ter estado presente nas cerimónias fúnebres*

		Frequência	Percentagem
		válida	
Caso tenha respondido não, estar presente nas cerimónias fúnebres teria sido importante para si?	Concordo totalmente	3	33,3
		4	11,1
	Total	9	100

Tabela 13 *Permissão de ver o corpo da pessoa falecida*

		Frequência	Percentagem
		Foi-lhe permitido visualizar o corpo do seu ente querido?	SIM
	NÃO	26	61,9
	Total	42	100,0

Tabela 14 *Presença de mais pessoas na cerimónia fúnebre*

		Frequência	Percentagem
Gostava de ter tido mais pessoas presentes na cerimónia fúnebre?	Discordo totalmente	8	19,0
	2	5	11,9
	3	8	19,0
	4	6	14,3
	Concordo totalmente	15	35,7
	Total	42	100,0

Tabela 15 *Respeito dos desejos póstumos da pessoa falecida*

		Frequência	Percentagem
Considera que os desejos póstumos do seu ente querido (ex. cremação ou enterramento) foram respeitados?	Discordo totalmente	2	4,8
	2	2	4,8
	3	4	9,5
	4	5	11,9
	Concordo totalmente	29	69,0
	Total	42	100,0

Tabela 16 *Caracterização dos participantes relativamente a diversas medidas de suporte social percebido*

		Discordo totalmente	2	3	4	Concordo totalmente	Total
Sentiu menos apoio (ex. emocional, ajuda, suporte) por parte de amigos e/ou familiares do que gostaria?	Frequência	11	6	8	8	9	42
	Percentagem	26,2	14,3	19,0	19,0	21,4	100,0
Sentiu que vive/viveu o seu luto sozinho/a?	Frequência	14	1	13	8	6	42
	Percentagem	33,3	2,4	31,0	19,0	14,3	100,0
Sentiu que os seus amigos não queriam que falasse acerca da morte?	Frequência	24	5	5	6	2	42
	Percentagem	57,1	11,9	11,9	14,3	4,8	100,0
Sentiu que ninguém o queria ouvir?	Frequência	22	8	6	3	3	42
	Percentagem	52,4	19,0	14,3	7,1	7,1	100,0
Sentiu que vizinhos ou familiares não se preocuparam o suficiente?	Frequência	25	8	4	4	1	42
	Percentagem	59,5	19,0	9,5	9,5	2,4	100,0

Tabela 17 *Sentimento de solidão*

		Frequência	Percentagem
Sente-se só?	Nada	16	38,1
	2	6	14,3
	3	8	19,0
	4	7	16,7
	Extremamente	5	11,9
	Total	42	100,0

Tabela 18 *Sentimento de evitamento por parte dos amigos/as*

		Frequência	Percentagem
Sentiu que os seus amigos o/a passaram a evitar?	Discordo totalmente	28	66,7
	2	8	19,0
	3	4	9,5
	4	2	4,8
	Total	42	100,0

Tabela 19 *Caracterização dos participantes relativamente a diversas medidas de estigmatização percebida*

		Nada	2	3	4	Extremamente	Total
Sente embaraço quanto à causa da morte do seu ente querido?	Frequência	30	3	4	2	3	42
	Percentagem	71,4	7,1	9,5	4,8	7,1	100,0
Evita falar acerca da morte do seu ente querido?	Frequência	21	6	7	3	5	42
	Percentagem	50,0	14,3	16,7	7,1	11,9	100,0
Sente desconforto em revelar a causa da morte do seu ente querido?	Frequência	36	3	2	1	0	42
	Percentagem	85,7	7,1	4,8	2,4	0	100,0
Sente-se estigmatizado/a pelo motivo da morte do seu ente querido?	Frequência	31	3	4	2	2	42
	Percentagem	73,8	7,1	9,5	4,8	4,8	100,0

Tabela 20 *Crosstab Culpa-se pela morte do seu ente querido? * Causa da morte*

			Causa da morte				Outro	Total
			Por covid-19	Outra doença repentina	Outra doença anteriormente revelada	Causas naturais (ex. Idade avançada)		
Culpa-se pela morte do seu ente querido?	NA	9	7	13	3	0	32	
	DA	2	1	1	1	0	3	
		3	0	0	0	1	1	
		4	0	3	2	0	5	
Total		9	11	16	4	1	41	

Tabela 21 *Sentimento de responsabilidade pela transmissão da doença à pessoa falecida*

		Frequência	Porcentagem
Sentiu-se responsável pela transmissão da doença ao seu ente querido?	Não	10	23,8
	Não se aplica dado a morte não ter sido com COVID-19/outra doença transmissível	32	76,2
	Total	42	100,0

Tabela 22 *Sentimento de que poderia ter feito algo mais para prevenir a morte a pessoa falecida*

		Frequência	Porcentagem
Sente que poderia ter feito algo mais para prevenir a morte da pessoa querida?	Nada	26	61,9
	2	6	14,3
	3	2	4,8
	4	5	11,9
	Extremamente	3	7,1
	Total	42	100,0

Tabela 23 Valores mínimos, máximos, médios e de desvio-padrão do BSI e suas dimensões

Dimensões do BSI	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
BSI subescala somatização	42	1,00	3,14	1,5612	,61941
BSI subescala obsessões-compulsões	42	1,00	4,50	2,0873	,89127
BSI subescala sensibilidade interpessoal	42	1,00	4,25	1,8750	,94070
BSI subescala depressão	42	1,00	4,83	2,1349	1,04066
BSI subescala ansiedade	42	1,00	4,00	1,8889	,83103
BSI subescala hostilidade	42	1,00	4,20	1,7286	,66085
BSI subescala ansiedade fóbica	42	1,00	3,80	1,5333	,73074
BSI subescala ideação paranoide	42	1,00	4,40	1,8524	,81935
BSI subescala psicoticismo	42	1,00	3,60	1,7429	,72487
BSI índice geral de sintomas	42	1,00	3,51	1,8374	,68642
BSI total sintomas positivos	42	,00	50,00	24,0000	14,41544
BSI Índice de sintomas positivos	42	,00	3,08	1,5935	,59529

Tabela 24 Categorização dos participantes consoante pontuação acima ou abaixo do ponto de corte ($ISP > 1.7$) no BSI

Categorias	Frequência	Percentagem
Presença de perturbação emocional	15	35,7
Ausência de perturbação emocional	27	64,3
Total	42	100,0

Tabela 25 Acompanhamento psicológico/psiquiátrico prévio à pandemia COVID-19

		Frequência	Porcentagem
Encontrava-se em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico antes de Março de 2020?	SIM	10	23,8
	NÃO	32	76,2
	Total	42	100,0

Tabela 26 Diagnóstico de perturbação mental previamente à perda da pessoa falecida

		Frequência	Porcentagem
Na fase de vida anterior às perdas, foi diagnosticado com algum problema ao nível da saúde mental?	Não	31	73,8
	Perturbação de ansiedade	5	11,9
	Depressão	5	11,9
	Total	41	97,6
	Omisso	1	2,4
Total		42	100,0

Tabela 27 Procura de acompanhamento psicológico/psiquiátrico a partir da pandemia COVID-19

		Frequência	Porcentagem
Procurou acompanhamento psicológico ou psiquiátrico a partir de Março de 2020?	Psicológico	7	16,7
	Não	33	78,6
	Ambos	2	4,8
	Total	42	100,0

Tabela 28 Valores mínimos, máximos, médios e de desvio-padrão do ILC e suas dimensões

Dimensões do ILC	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
ILC dificuldades traumáticas	42	,00	16,00	2,7857	3,65284
ILC dificuldades de separação	42	,00	20,00	6,4762	5,52263
ILC negação e revolta	42	,00	15,00	5,4048	4,68552
ILC dimensão psicótica	42	,00	5,00	,6190	1,44749
ILC dimensão depressiva	42	,00	12,00	2,0714	2,81453
ILC pontuação total	42	,00	58,00	17,3571	16,24030

Tabela 29 *Categorização da amostra consoante pontuação acima ou abaixo do ponto de corte ($ILC \geq 30$) no ILC*

Categorias	Frequência	Percentagem
Luto complicado	7	16,7
Luto não-complicado	35	83,3
Total	42	100,0

Tabela 30 *Categorização dos participantes consoante pontuação acima ou abaixo do ponto de corte ($ILT > 53$) no ILT*

Categorias	Frequência	Percentagem
Luto traumático	10	23,8
Luto não traumático	32	76,2
Total	42	100,0

Tabela 31 *Valores mínimos, máximos, médios e de desvio-padrão da EIA-R e suas dimensões*

Dimensões da EIA-R	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
EIA-R ativação fisiológica	42	7,00	33,00	14,5000	7,39562
EIA-R Intrusão	42	6,00	30,00	13,4048	6,51475
EIA-R evitamento	42	6,00	26,00	13,7619	6,30064
EIA-R anestesia emocional	42	2,00	10,00	5,2857	2,77871
EIA-R pontuação total	42	22,00	104,00	49,1429	22,28263

Tabela 32 *Categorização dos participantes consoante pontuação acima ou abaixo do ponto de corte ($EIA-R > 35.5$) na EIA-R*

Categorias	Frequência	Percentagem
Acontecimento impactante com potencial traumático	29	69,0
Acontecimento sem potencial traumático	13	31,0
Total	42	100,0

Tabela 33 Valores mínimos, máximos, médios e de desvio-padrão do Brief COPE e suas dimensões

Dimensões do Brief COPE	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
BC <i>Coping</i> ativo	42	,00	5,00	2,5000	1,40122
BC Planear	42	,00	6,00	2,6190	1,83399
BC Suporte instrumental	42	,00	6,00	1,7381	1,78147
BC Suporte Emocional	42	,00	6,00	2,5238	2,01504
BC Religião	42	,00	6,00	1,2857	1,68618
BC Reinterpretação positiva	42	,00	6,00	2,3810	1,75238
BC Autoculpabilização	42	,00	5,00	1,3333	1,61799
BC Aceitação	42	,00	6,00	3,1667	1,87300
BC Expressão de Sentimentos	42	,00	6,00	1,7857	1,50666
BC Negação	42	,00	6,00	,9762	1,52200
BC Autodistração	42	,00	6,00	2,3571	1,55895
BC Desinvestimento comportamental	42	,00	4,00	,8571	1,18056
BC Abuso de Substâncias	42	,00	6,00	,5238	1,41831
BC Humor	42	,00	4,00	1,1190	1,46841

Tabela 34 *Correlações entre instrumentos*

	ILT pontuação total	ILC pontuação total	EIA-R pontuação total	BC pontuação total	BSI IGS
r_s <u>ILT pontuação total</u>	–	,731**	,761**	,657**	,535**
<u>ILC pontuação total</u>	–	–	,810**	,524**	,362*
<u>EIA pontuação total</u>	–	–	–	,716**	,596**
<u>BC pontuação total</u>	–	–	–	–	,474**
<u>BSI IGS</u>	–	–	–	–	–

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Tabela 35 *Correlação entre ILT e ILC*

	ILT pontuação total
r_s <u>ILC subescala dificuldades traumáticas</u>	,599**
<u>ILC Dificuldades de separação</u>	,720**
<u>ILC negação e revolta</u>	,646**
<u>ILC dimensão psicótica</u>	,454**
<u>ILC dimensão depressiva</u>	,673**
<u>ILC pontuação total</u>	,731**

Nota. **A correlação é significativa no nível 0,01. r_s = rho de spearman

Tabela 36 *Correlação entre ILT e EIA-R*

	EIA-R Ativação fisiológica	EIA-R Intrusão	EIA-R Evitamento	EIA-R anestesia emocional	EIA-R pontuação total
r_s <u>ILT pontuação total</u>	,773**	,708**	,628**	,589**	,761**

Nota. **A correlação é significativa no nível 0,01. r_s = rho de spearman

Tabela 37 *Correlação entre ILT e BSI*

		ILT pontuação total
r_s	BSI subescala somatização	,367*
	BSI subescala obsessões-compulsões	,404**
	BSI subescala sensibilidade interpessoal	,422**
	BSI subescala depressão	,538**
	BSI subescala ansiedade	,539**
	BSI subescala hostilidade	,474**
	BSI subescala ansiedade fóbica	,360*
	BSI subescala ideação paranoide	,441**
	BSI subescala psicoticismo	,582**
	BSI índice geral de sintomas	,535**
	BSI total sintomas positivos	,532**
	BSI Índice de sintomas positivos	,435**

Nota. **A correlação é significativa no nível 0,01. *A correlação é significativa no nível 0,05. r_s = rho de spearman

Tabela 38 *Correlação entre ILT e Brief COPE*

		ILT pontuação total
r_s	BC Coping ativo	,525**
	BC Planear	,563**
	BC Suporte instrumental	,408**
	BC Suporte emocional	,383*
	BC Religião	,211
	BC Reinterpretação positiva	,372*
	BC Autoculpabilização	,513**
	BC Aceitação	,474**
	BC Expressão de sentimentos	,449**
	BC Negação	,475**
	BC Autodistração	,463**
	BC Desinvestimento comportamental	,460**
	BC Abuso de substâncias	,073
	BC Humor	,273

Nota. BC= Brief COPE. **A correlação é significativa no nível 0,01. *A correlação é significativa no nível 0,05. r_s = rho de spearman

ANEXO IV - Caracterização dos participantes com Luto Traumático

Tabela 39 *Crosstab entre ILT e ILC*

		ILC		Total
		luto complicado	luto não-complicado	
ILT	luto traumático	6	4	10
	luto não traumático	1	31	32
Total		7	35	42

Nota. Categorias dicotomizadas consoante pontuação acima/abaixo do ponto de corte respetivo para cada instrumento.

Tabela 40 *Resultados dos participantes com luto traumático no ILC*

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
ILC subescala dificuldades traumáticas	10	1,00	16,00	7,2000	4,82586
ILC Dificuldades de separação	10	8,00	20,00	13,9000	4,60555
ILC negação e revolta	10	2,00	15,00	9,7000	3,94546
ILC dimensão psicótica	10	,00	5,00	2,2000	2,04396
ILC dimensão depressiva	10	1,00	12,00	5,3000	3,43350
ILC pontuação total	10	15,00	58,00	38,3000	16,36426

Tabela 41 *Crosstab ILT e EIA-R*

		EIA-R		Total
		acontecimento com potencial traumático	acontecimento sem potencial traumático	
ILT	luto traumático	10	0	10
	luto não traumático	19	13	32
Total		29	13	42

Nota. Categorias dicotomizadas consoante pontuação acima/abaixo do ponto de corte respetivo para cada instrumento.

Tabela 42 Resultados dos participantes com luto traumático na EIA-R

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
EIA-R ativação fisiológica	10	18,00	33,00	25,8000	5,20256
EIA-R intrusão	10	13,00	30,00	21,7000	5,20790
EIA-R evitamento	10	15,00	26,00	22,0000	3,88730
EIA-R anestesia emocional	10	3,00	10,00	7,8000	2,48551
EIA-R pontuação total	10	61,00	104,00	81,3000	15,23920

Tabela 43 Crosstab *ILT* e *BSI*

		ISP		Total
		presença de perturbação emocional	ausência de perturbação emocional	
ILT	luto traumático	7	3	10
	luto não traumático	8	24	32
Total		15	27	42

Nota. Categorias dicotomizadas consoante pontuação acima/abaixo do ponto de corte respetivo para cada instrumento.

Tabela 44 Resultados dos participantes com luto traumático no BSI

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
BSI subescala somatização	10	1,00	3,14	2,0000	,69985
BSI subescala obsessões-compulsões	10	1,67	4,17	2,8833	,73304
BSI subescala sensibilidade interpessoal	10	1,75	4,25	3,0000	,77280
BSI subescala depressão	10	2,17	4,67	3,3333	,84254
BSI subescala ansiedade	10	2,00	4,00	2,8167	,66875
BSI subescala hostilidade	10	1,20	4,20	2,3800	,90160
BSI subescala ansiedade fóbica	10	1,00	3,00	1,8400	,64498
BSI subescala ideação paranoide	10	2,00	3,40	2,5600	,53996
BSI subescala psicoticismo	10	1,80	3,60	2,6600	,57388
BSI índice geral de sintomas	10	1,98	3,43	2,6170	,51978
BSI total sintomas positivos	10	28,00	50,00	39,5000	6,50214
BSI Índice de sintomas positivos	10	1,54	3,08	2,1494	,52613

Tabela 45 Resultados dos participantes com luto traumático no Brief COPE

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
BC <i>Coping</i> ativo	10	2,00	4,00	2,9000	,73786
BC Planear	10	1,00	5,00	3,3000	1,41814
BC Suporte instrumental	10	,00	6,00	2,0000	1,94365
BC Suporte Emocional	10	1,00	5,00	2,6000	1,17379
BC Religião	10	,00	5,00	1,1000	1,72884
BC Reinterpretação	10	1,00	4,00	2,6000	1,17379
positiva					
BC Autoculpabilização	10	1,00	5,00	3,3000	1,33749
BC Aceitação	10	2,00	6,00	3,8000	1,22927
BC Expressão de	10	,00	4,00	2,2000	1,13529
Sentimentos					
BC Negação	10	,00	6,00	2,5000	2,32140
BC Autodistração	10	1,00	6,00	3,2000	1,61933
BC Desinvestimento	10	,00	4,00	2,2000	1,39841
comportamental					
BC Abuso de Substâncias	10	,00	6,00	,9000	2,02485
BC Humor	10	,00	4,00	1,3000	1,49443

Nota. BC= Brief COPE