



## Universidades Lusíada

Fernandes, Maria Rosa Libânia Machado de  
Nóbrega e, 1963-

### **O suporte social e a sintomatologia psicopatológica no processo de luto durante a pandemia COVID-19**

<http://hdl.handle.net/11067/7288>

#### **Metadados**

##### **Data de Publicação**

2023

##### **Resumo**

O luto é uma resposta natural à perda de algo ou alguém significativo. É considerado um processo normativo e necessário para que o indivíduo consiga elaborar a sua perda e possa prosseguir com a sua vida sem a presença do ente querido. A reação à morte pode ser afetada por diversos fatores, entre eles, o suporte social. Este estudo teve, como objetivo geral compreender a relação do suporte social e da sintomatologia psicopatológica nomeadamente a ansiedade e a depressão no processo de luto duran...

Grief is a natural response to the loss of something or someone significant. It's considered a normative and necessary process for the individual to elaborate on his loss and move on with his life without the loved one. Different factors, like social support, can affect the reaction to death. This study had as a general objective, understanding the relation between social support and psychopathological symptoms like anxiety and depression while in the process of grief during the Covid-19 pandemi...

##### **Palavras Chave**

Luto - Aspectos psicológicos, Luto - Aspectos sociais, COVID-19 (Doença) - - Aspectos sociais, Depressão Mental

##### **Tipo**

masterThesis

##### **Revisão de Pares**

Não

##### **Coleções**

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-05-02T00:47:35Z com  
informação proveniente do Repositório



**UNIVERSIDADE LUSÍADA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**Mestrado em Psicologia Clínica**

**O suporte social e a sintomatologia psicopatológica no  
processo de luto durante a pandemia COVID-19**

**Realizado por:**  
Maria Rosa Libânia Machado de Nóbrega e Fernandes

**Orientado por:**  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

**Constituição do Júri:**

Presidente: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita  
Arguente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Rita Alexandra Rosa Antunes

Dissertação aprovada em: 15 de dezembro de 2023

Lisboa

2023



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

**O suporte social e a sintomatologia  
psicopatológica no processo de luto durante a  
pandemia COVID-19**

**Maria Rosa Libânia Machado de Nóbrega e Fernandes**

Lisboa

Julho 2023



**UNIVERSIDADE LUSÍADA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**Mestrado em Psicologia Clínica**

**O suporte social e a sintomatologia  
psicopatológica no processo de luto durante a  
pandemia COVID-19**

**Maria Rosa Libânia Machado de Nóbrega e Fernandes**

Lisboa

Julho 2023

Maria Rosa Libânia Machado de Nóbrega e Fernandes

O suporte social e a sintomatologia  
psicopatológica no processo de luto durante a  
pandemia COVID-19

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e  
Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a  
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Lisboa

Julho 2023

## FICHA TÉCNICA

**Autora** Maria Rosa Libânia Machado de Nóbrega e Fernandes  
**Orientadora** Prof.<sup>a</sup> Doutora Tília Rute Maia Cabrita  
**Título** O suporte social e a sintomatologia psicopatológica no processo de luto durante a pandemia COVID-19  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2023

### MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

FERNANDES, Maria Rosa Libânia Machado de Nóbrega e, 1963-

O suporte social e a sintomatologia psicopatológica no processo de luto durante a pandemia COVID-19 / Maria Rosa Libânia Machado de Nóbrega e Fernandes ; orientado por Tília Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2023. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA, Tília Rute Maia, 1972-

#### LCSH

1. Luto - Aspectos psicológicos
2. Luto - Aspectos sociais
3. COVID-19 (Doença) - Aspectos sociais
4. Depressão mental
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Bereavement - Psychological aspects
2. Bereavement - Social aspects
3. COVID-19 (Disease) - Social aspects
4. Depression, Mental
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

#### LCC

1. BF575.G7 F47 2023

Dedico este trabalho aos meus pais:

Que o brilho do vosso olhar continue a  
iluminar o meu caminho.





## **Agradecimentos**

Quero agradecer à Professora Doutora Túlia Cabrita, minha orientadora, pela ajuda, preocupação e disponibilidade.

À Professora Doutora Mayra Delalibera, pelas críticas construtivas, pelo apoio, disponibilidade, aconselhamento e estímulo que em muito contribuíram para melhorar a qualidade da investigação.

À minha família, que se viram privados da minha presença, pela compreensão, ajuda e pelas palavras de entusiasmo.

Aos meus pais pelo carinho, amor e por me incentivarem a alcançar os meus objetivos. Obrigada pelo exemplo de coragem e pelos valores transmitidos. Amo-vos!

Ao meu irmão, à minha cunhada e aos meus sobrinhos, pelas palavras de encorajamento nos momentos difíceis e pela partilha de momentos memoráveis.

À Odete por ter estado presente na minha vida e na dos meus filhos com dedicação e amor. Obrigada por poder contar consigo.

Aos meus colegas, Euclides, Rita, Bárbara, Cláudia, Inês, Carolina, Chris por todos os momentos de alegria partilhados, pelo carinho e por me terem apoiado em momentos difíceis e feito acreditar que seria possível, à ajuda e pelas longas madrugadas de trabalho e por me desafiarem a não desistir e a ser melhor.

Ao Nuno por ter acompanhado este percurso e por ter acreditado em mim.

Ao meu cãopanheiro, por ter estado sempre comigo, pelas longas horas de companhia, por escutar os meus desabafos e pelos bons momentos de brincadeira partilhados.



“Este é o dia. Esta é a hora, este o momento, isto é, quem somos, e é tudo. Perene flui a interminável hora que nos confessa nulos. No mesmo hausto em que vivemos, morremos. Colhe o dia, porque és ele. “

(Ricardo Reis, heterônimos de Fernando Pessoa in “Odes”).



## Resumo

O luto é uma resposta natural à perda de algo ou alguém significativo. É considerado um processo normativo e necessário para que o indivíduo consiga elaborar a sua perda e possa prosseguir com a sua vida sem a presença do ente querido. A reação à morte pode ser afetada por diversos fatores, entre eles, o suporte social. Este estudo teve, como objetivo geral compreender a relação do suporte social e da sintomatologia psicopatológica nomeadamente a ansiedade e a depressão no processo de luto durante a pandemia de COVID-19. Deste modo, realizou-se um estudo misto (qualitativo e quantitativo). Fizeram parte do estudo 141 enlutados ( $M= 42.38$ ;  $DP = 12.16$ ; 87.9% do sexo feminino). Os instrumentos utilizados foram: questionário acerca das circunstâncias de fim de vida e morte do doente, as subescalas de ansiedade e depressão do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) e o Instrumento de avaliação da Perturbação de Luto Prolongado PG-3. Os resultados demonstraram correlações negativas estatisticamente significativas entre a Perturbação de Luto Prolongado (PLP) e as subescalas do suporte social, amigos ( $r= -.360$ ,  $p\leq .001$ ) e familiares ( $r= -.172$ ,  $p\leq .005$ ), e positivas com a sintomatologia ansiosa ( $r= .513$ ,  $p\leq .001$ ) e depressiva ( $r= .514$ ,  $p\leq .001$ ). O suporte social apresentou correlações negativas e estatisticamente significativas com a sintomatologia depressiva ( $r= -.321$ ,  $p\leq .001$ ) e ansiosa ( $r = -.177$ ,  $p\leq .036$ ). Das variáveis em estudo, conclui-se que apenas a depressão se apresenta como preditor significativo para a intensidade de sintomas de luto prolongado ( $b= .787$ ,  $p\leq .001$ ). Relativamente à análise qualitativa, o estudo revela como principais fatores de risco para o luto patológico, o isolamento social, a culpa, as circunstâncias de morte e a falta de suporte social.

**Palavras-chave:** Luto, Luto Prolongado, Suporte social, COVID-19, Depressão



## Abstract

Grief is a natural response to the loss of something or someone significant. It's considered a normative and necessary process for the individual to elaborate on his loss and move on with his life without the loved one. Different factors, like social support, can affect the reaction to death. This study had as a general objective, understanding the relation between social support and psychopathological symptoms like anxiety and depression while in the process of grief during the Covid-19 pandemic. A mixed study was performed (qualitative and quantitative). 141 bereaved were part of the study (M= 42.38; DP = 12.16; 87.9% were female). The instruments used were a questionnaire about the circumstances of the life and death of the patient, the anxiety and depression subscales on the Inventory of Psychopathologic Symptoms (BSI), the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and the Evaluation Instrument of Prolonged Mourning Disorder (PG-3). The results showed statistically significant negative correlations between the Prolonged Mourning Disorder (PLP) and the social support subscales, friends ( $r = -.360, p \leq .001$ ) and family members ( $r = -.172, p \leq .005$ ), and positive with anxiety ( $r = .513, p \leq .001$ ) and depressive symptoms ( $r = .514, p \leq .001$ ). Social support showed negative and statistically significant correlations with depressive ( $r = -.321, p \leq .001$ ) and anxiety symptoms ( $r = -.177, p \leq .036$ ). From the study variables, it was concluded that only depression is a significant predictor for the intensity of prolonged mourning symptoms ( $b = .787, p \leq .001$ ). Regarding the qualitative analysis, the study reveals as main risk factors for pathological mourning, social isolation, shame, the circumstances of death and lack of social support.

**Key words:** Mourning, Prolonged Mourning, Social Support, COVID-19, Depression





## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 - Características Sociodemográficas dos participantes.....	51
Tabela 2 - Características do ente querido falecido.....	54
Tabela 3 - Vivência dos enlutados.....	55
Tabela 4 - Suporte social e apoio no luto .....	57
Tabela 5 - Estatística descritiva .....	59
Tabela 6 - Correlações entre a PLP, sintomatologia psicopatológica e suporte social ..	60
Tabela 7 - Regressão linear múltipla, método stepwise .....	62
Tabela 8 - Caracterização Sociodemográfica dos participantes enlutados.....	63
Tabela 9 - Características dos doentes falecidos .....	64



## **Lista de Abreviaturas**

APA – American Psychological Society

BSI – (*Brief Symptom Inventory*) Inventário de Sintomas Psicopatológicos

COVID-19 – doença por coronavírus 2019

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM-5 R – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta Edição, Revisto

ICD-11 – International Classification of Diseases 11th Revision

MSPSS – Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido

OMS – Organização Mundial da Saúde

PG-13 – Instrumento de avaliação da Perturbação de Luto Prolongado

PLP – Perturbação de Luto Prolongado

PSPT – Perturbação de Stress Pós-Traumático

WHO – World Health Organization



## Índice

Agradecimentos .....	III
Resumo .....	VII
Abstract.....	IX
Lista de Tabelas .....	XI
Lista de Abreviaturas.....	XIII
Índice .....	XV
Introdução.....	1
Enquadramento teórico.....	4
A perspetiva Bioecológica do Desenvolvimento Humano .....	4
Luto.....	6
Definição de luto.....	8
Luto adaptativo .....	9
Principais modelos teóricos explicativos do processo de luto.....	10
Fatores protetores e de risco no luto .....	17
Luto Complicado / Luto Prolongado .....	20
Suporte social.....	24
Luto durante a pandemia de COVID-19 .....	31
Objetivos.....	40
Método.....	42
Desenho de investigação.....	42

Participantes.....	42
Instrumentos.....	43
Componente quantitativa .....	43
Componente qualitativa .....	47
Procedimentos de recolha de dados .....	47
Procedimentos de análise de dados.....	49
Resultados.....	51
Caraterização da amostra .....	51
Resultados do suporte social e apoio no luto .....	57
Resultados Descritivos.....	59
Análise qualitativa .....	62
Discussão .....	72
Conclusões.....	84
Referências .....	87
Anexos .....	108
Lista de Anexos .....	109
Anexo A.....	111
Anexo B.....	122
Anexo C.....	125
Anexo D.....	128



## Introdução

A morte é um processo adaptativo que integra o ciclo de vida. Este é um tema pouco abordado muitas vezes evitado pela maioria das pessoas, na medida em que por um lado, representa um tema doloroso de ser abordado e, por outro, pode desencadear um sentido de finitude que provoca receios, medo e angústia.

A perda de um ente querido é um acontecimento doloroso. O luto é considerado como sendo uma das experiências de vida mais stressante devido à sua intensidade e duração (Barbosa et al., 2014; Bradley et al., 2021). Esta, é vivida individualmente e é influenciada pelas características do próprio enlutado, pelas circunstâncias da morte, pela relação que mantinha com o falecido, pelos costumes, momento histórico e crenças sociais do meio em que se insere (Aksoz-Efe et al., 2018; Ramos, 2016). Tendencialmente percecionado como um processo adaptativo, em que se podem observar alterações cognitivas e comportamentais temporárias, muitas vezes seguido de uma recuperação sem complicações. O processo de luto comporta um conjunto de reações físicas, emocionais, comportamentais, relacionais, espirituais e sociais que surgem como resposta a uma perda, seja ela real ou imaginária, não sendo uma definição restrita à perda de um ente querido (Parkes, 1993).

A doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) provocou um elevado número de mortes, com conseqüente impacto quer a nível epidemiológico quanto psicológico (Crepaldi et al., 2020). Como forma de conter a elevada taxa de transmissibilidade e mortalidade do vírus, foram implementadas medidas de emergência sanitárias e administrativas dentre elas, o distanciamento social, restrições nas deslocações, o confinamento obrigatório, proibição de visitas a familiares hospitalizados, bem como a adoção de novos hábitos de higiene pessoal, entre outros (Kentish et al.,



2021). Em relação aos velórios e cerimónias fúnebres, houve a recomendação de redução do número de pessoas ou mesmo a interdição da presença de familiares nos rituais fúnebres, bem como a obrigação de manter a urna fechada (Aguiar et al., 2020).

A perda de um grande número de pessoas num curto espaço de tempo e as restrições que a própria doença impõe em termos de isolamento e distanciamento, podem gerar sentimentos de angústia e medo, que poderão constituir-se como um fator de risco para complicações na elaboração do processo de luto, além de dificultarem a realização de rituais de despedida de pessoas em situação de fim de vida, assim como de rituais fúnebres (Kentish et al., 2021; Neimeyer & Lee, 2022). A impossibilidade de se despedir do ente querido falecido, estar presente no velório e no funeral, em conjunto com familiares e amigos, são acontecimentos que podem dificultar o processo do luto e desta forma, contribuir para o desenvolvimento de um luto traumático e de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente quadros clínicos de ansiedade e depressão (Wang et al., 2020; Groen et al., 2022). Diante desta situação, com as restrições de contactos e o isolamento durante a pandemia, o indivíduo enlutado pode sentir-se com menos rede de apoio e com pouca oportunidade para expressar a sua angústia e dor (Mason et al., 2020; Reale, 2021). Deste modo, este estudo tem como principal objetivo verificar se existe uma relação entre a perceção de suporte social e a sintomatologia psicopatológica, nomeadamente a ansiedade e depressão, no processo de luto durante a pandemia. Por conseguinte, proceder-se-á à investigação e análise das variáveis demográficas e psicológicas individuais, através de instrumentos validados para a população portuguesa.

Na primeira parte, será apresentado o enquadramento teórico com recolha metódica de artigos científicos acerca do processo de luto e principais modelos teóricos explicativos e breve descrição sobre o luto normal e prolongado, critérios de diagnóstico,

suporte social, a vivência dos enlutados face às restrições e o impacto das medidas adotadas durante a pandemia de COVID-19. Na segunda parte, serão apresentados o método, o objetivo geral e os objetivos específicos, a descrição dos participantes, os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e análise dos dados. Na terceira parte, serão apresentados os resultados, qualitativos e quantitativos, seguidos de discussão dos mesmos, suportados pela literatura. Por fim, será apresentada a conclusão do estudo, que engloba possíveis limitações, bem como recomendações para futuras investigações.

## **Enquadramento teórico**

Neste capítulo pretende-se descrever os conceitos e os principais modelos teóricos explicativos sobre o processo do luto, o processo de luto normal, o luto prolongado/complicado, o suporte social, a vivência do luto durante a pandemia de COVID-19 e a sintomatologia psicopatológica nomeadamente a ansiedade e depressão.

### **A perspetiva Bioecológica do Desenvolvimento Humano**

A perspetiva Bioecológica de Bronfenbrenner acerca do desenvolvimento humano, destaca as características biopsicossociais do indivíduo e a maneira de interação entre o mesmo e o ambiente que o rodeia, ao longo do ciclo de vida e também através de gerações. Este modelo considera que o desenvolvimento humano é impulsionado através da interação entre o indivíduo e os diferentes elementos do contexto, que se encontram interconectados e onde a qualidade das relações se vai alterando com o decorrer do tempo (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Neste modelo, são apresentados quatro componentes interconectados, sendo estes: os processos proximais, a pessoa, o contexto e o tempo (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Os processos proximais resultam da criação de uma relação recíproca e contínua entre o indivíduo, as pessoas ao seu redor, os símbolos e os objetos do ambiente, com influência bidirecional que se vai tornando cada vez mais complexa, seguindo uma linha temporal (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Esta teoria argumenta que os processos proximais são essenciais, uma vez que geram o desenvolvimento humano (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Relativamente aos atributos da pessoa, encontram-se características físicas, como o género, a idade, ou ainda características específicas, que podem influenciar o desenvolvimento de forma ajustada, ou pelo contrário, prolongar ou impedir a sua ocorrência (e.g. a personalidade, identidade do género). Além disso, inclui

os recursos individuais que influenciam a capacidade do sujeito de se envolver nos processos proximais, tais como a inteligência, as competências de funcionamento executivas e a saúde física (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Cassells & Evans, 2020). Já o contexto, constitui o ambiente em que o indivíduo se encontra inserido e poderá influenciar de forma direta ou indireta o desenvolvimento do indivíduo. Este, é constituído por quatro subsistemas interrelacionados: o microsistema; o mesossistema; o exossistema e macrossistema. O microsistema é caracterizado por um conjunto de relações interpessoais, onde são assumidos determinados padrões de atividades e de papéis sociais, dependendo das suas características, podem impulsionar ou inibir o indivíduo de se envolver em interações mais complexas com o meio ambiente (e.g. família, trabalho). O mesossistema inclui as interligações e processos que decorrem entre dois ou mais microsistemas (e.g. relação existente entre a família e a comunidade). O exossistema envolve as ligações e os processos que ocorrem entre dois ou mais ambientes e que influenciam indiretamente o indivíduo. O macrossistema engloba os demais sistemas, apresentando na sua constituição um sistema de valores e crenças, ideologias e formas de governo e que são transmitidos de geração em geração, influenciando todo o ciclo de desenvolvimento do indivíduo (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Mais tarde, foi englobado o conceito de cronossistema que diz respeito ao tempo que se subdivide em: microtempo; mesotempo e macrotempo. O microtempo constitui-se no espaço, no aqui e agora, onde decorre a interação com o outro. O mesotempo, envolve um espaço temporal mais dilatado como sejam os dias, semanas e anos e está relacionado com a frequência e as interações com os outros e os símbolos no ambiente adjacente do indivíduo. O macrotempo refere-se a mudanças que ocorrem na sociedade, na família e pelas heranças intergeracionais segundo eventos históricos, e que podem

exercer influência nos processos proximais do indivíduo em todo o seu percurso de vida (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

A perda e o luto fazem parte do ciclo de desenvolvimento humano, podendo ocorrer em diversos períodos. O modelo Bioecológico tem em consideração os diferentes ambientes e fatores, que podem influenciar o desenvolvimento humano e a resposta do indivíduo a determinados stressores de vida, nomeadamente, a morte de um ente querido. Inclui, não apenas fatores ontogênicos, mas também variáveis intrapessoais, sociais e contextuais, que podem favorecer ou dificultar a adaptação à perda (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Como tal, o microssistema familiar é considerado a primeira rede de apoio do indivíduo, o local onde se desenvolvem os primeiros laços de vinculação, que se vão alargando à medida que o mesmo se vai desenvolvendo, podendo abranger outros microssistemas (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Desse modo, a qualidade destes laços e das relações estabelecidas nas interações familiares, poderão ter impacto na forma de lidar com o processo de luto (Delalibera et al., 2015).

### **Luto**

A perda é uma vivência que se encontra intrinsecamente ligada ao ciclo de vida e pela qual todos os indivíduos passarão em alguma etapa do seu desenvolvimento. Estas perdas podem ser reais quando estão associadas à perda de uma pessoa ou objeto querido, ou simbólicas, quando associadas à perda de uma expectativa, de uma capacidade ou de um ideal (Barbosa, 2010; Parkes, 1998). A morte de uma pessoa amada é considerada um dos eventos mais dolorosos e exigentes na vida da maioria das pessoas, envolvendo tanto características biológicas, quanto questões relacionadas com o significado simbólico. A sua vivência encontra-se interligada com o ambiente em que o indivíduo se encontra inserido, ou seja, ocorre dentro de determinada cultura envolvendo os seus respetivos sistemas de crenças e valores (Aksoz- Efe et al., 2018; LeRoy et al., 2020).

A perspectiva acerca da morte e do morrer foram-se alterando ao longo dos séculos. A evolução científico-tecnológica trouxe importantes mudanças para a sociedade. Esta evolução traduziu-se em avanços substantivos em diversas áreas, tais como, de equipamentos, de medicamentos, da biotecnologia e cujos resultados se viriam a refletir ao nível da morbilidade e mortalidade (Ariés, 2017). O progresso das ciências da saúde na segunda metade do século XX, proporcionou não só o aumento da esperança média de vida do ser humano, como provocou alterações na duração do processo de doença, assim como no modo de lidar com a morte e com as doenças (Ariés, 2017). Este aumento da longevidade contribuiu, para criar a falsa ideia de que a medicina seria capaz de resolver todos os problemas de saúde e que poderia adiar de forma indeterminada o momento da morte. Deste modo, a morte surge muitas vezes associada à perda, derrota e frustração (Ariés, 1981; Kovács, 2003). A morte que outrora ocorria preferencialmente em casa com o moribundo rodeado de familiares, passou a ocorrer em instituições hospitalares, com o doente usufruindo de cuidados médicos, porém emocionalmente solitário (Ariés, 1974; Ariés, 2017).

Do mesmo modo, a perspectiva acerca do luto, bem como das suas manifestações foram-se alterando ao longo dos séculos. Na idade média as manifestações de pesar decorriam de forma pública com recurso a formas mais exacerbadas de manifestações (e.g. agressões autoinfligidas, lamentação) ou abandono do autocuidado como forma de homenagear a pessoa falecida e manter a sua memória (Lopes, 2017). Apesar desta forma mais intensa de manifestação, devido ao seu carácter público e coletivo, estas práticas proporcionavam um elevado grau de apoio emocional ao enlutado (Lopes, 2017). Na perspectiva contemporânea, verifica-se quase uma supressão do luto e inibição de comportamentos de exteriorização da dor e do sofrimento, pelo receio de serem considerados comportamentos não adaptativos e por estar associado a inquietação e

sentimentos adversos, passando o luto a ser manifestado de forma contida e discreta (Lopes, 2017).

### **Definição de luto**

O luto constitui uma resposta natural a uma perda de algo, ou de uma pessoa significativa. É considerado um processo multidimensional, dinâmico e com repercussões a diversos níveis, sendo observável uma série de manifestações a nível afetivo, cognitivo, somático, comportamental, interpessoal e espiritual, considerando-se, portanto, um processo que envolve uma resposta biopsicossocioespiritual (APA, 2013; Jordan & Litz, 2014; Parkes, 1998). Como tal, considera-se um processo que sofre influência da sociedade e da cultura na qual o indivíduo se encontra inserido, ou seja, a sua vivência ocorre envolvendo um sistema de crenças e valores (Aksoz- Efe et al., 2018; LeRoy et al., 2020).

Cada perda é singular, envolve processos distintos e mediados por diversos fatores tais como: a vivência anterior de perdas, a idade, o sexo, as causas e circunstâncias da morte, o tipo de relação estabelecida com o falecido, os recursos disponíveis, as estratégias de *coping*, a rede de suporte social disponível, os valores, as crenças, e as concepções individuais acerca da morte, entre outros (Bowlby, 1980; Coelho et al., 2016). Segundo a literatura, a maioria das pessoas possui recursos internos e externos, para que possa vivenciar a sua dor emocional, consiga integrar a perda e adaptar-se a um novo contexto de vida, sem a presença do seu ente querido (Barbosa, 2010; Delalibera et al., 2015; Prigerson et al., 2009).

## **Luto adaptativo**

Após a perda de um ente próximo os enlutados passam por um período emocionalmente intenso, que envolve um processo de adaptação afetiva, cognitiva, comportamental e espiritual. Sendo esperado, que com a utilização de determinados recursos internos e externos, consigam elaborar um processo de luto saudável (Payàs, 2010; Selman et al., 2020). No processo de luto normativo, apesar de singular, a maioria dos indivíduos enlutados apresentam após a perda, reações que podem ser mais intensas, sendo comum observar-se uma dificuldade em aceitar a perda como parte natural do ciclo de vida, ficando à procura de uma explicação. Considerando-se expectável que o enlutado possa sentir dificuldades em encontrar justificação para a morte do ente querido (Worden, 2013). A perda, leva também a prejuízos a nível da saúde em geral. O enlutado pode experienciar a nível emocional, estados de melancolia, ansiedade, sentimentos de raiva, irritabilidade, expressar tristeza e culpa, contudo, ao longo de um processo normativo, consegue manter o seu funcionamento nas diversas áreas da sua vida (Barbosa, 2016; Worden, 2013). A nível comportamental e social pode apresentar, alterações de sono, apetite, choro, perda de interesse, comportamentos de evitamento e tendência para o isolamento. Salientando que o isolamento pode dificultar o processamento da perda, por tornar mais difícil o estabelecimento de novas relações e conseqüentemente inibir a procura de apoio além de poder afetar o seu desempenho de papéis, (e.g. parental e laboral) (Harandi et al., 2017; Payàs, 2010). Ao nível das manifestações espirituais, pode manifestar zanga com uma entidade espiritual, perda ou aumento da fé e busca de sentido. A nível físico pode apresentar palpitações, aperto na garganta, fadiga, problemas gastrointestinais, boca seca, hiperatividade e agitação entre outras (Payàs, 2010; Parkes, 1998; Worden, 2013).



## **Principais modelos teóricos explicativos do processo de luto**

Através de contributos advindos de diversas áreas de conhecimento, múltiplas perspetivas têm sido desenvolvidas acerca do processo de luto e decorrentes destas explicações, surgiu o reconhecimento da necessidade de uma integração das diferentes conceções sobre o luto, uma vez que se entende que nenhuma delas por si só assegura uma compreensão do processo de luto (Murray, 2001). Pretende-se de forma resumida, abordar determinadas definições de autores e de modelos considerados relevantes surgidos na área do luto. Desde os primeiros estudos que apresentavam uma proposta de desligamento ou afastamento da pessoa falecida (Freud, 1917), em que o processo era descrito por fases com ênfase na expressão de sentimentos e estilos de vinculação, estando fundamentalmente associado a mudanças negativas e a fatores adaptativos e não adaptativos relativos ao indivíduo (Franco, 2010; Stroebe & Schut, 2010) até às abordagens mais atuais, que incidem na construção de significado e na possibilidade de se manterem vínculos contínuos, ao invés da necessidade de desligamento (Barbosa, 2016; Stroebe & Schut, 2021; Worden, 2008). Reconhecem, igualmente, o papel ativo e criador de significado da pessoa enlutada, a possibilidade de crescimento pessoal e da resiliência, após a busca desse significado, levando em consideração um sistema de crenças culturais (Siswadi et al., 2022; Stroebe & Shut, 2010). Consideram ainda, diversos fatores contextuais, que exercem influência sobre o indivíduo e que podem apresentar-se como eventuais recursos ou vir a dificultar a recuperação durante o processo de luto (Barbosa, 2016; Gillies & Neimeyer, 2006; Stroebe & Schut, 2010).

De entre as primeiras perspetivas, Freud (1917) no seu estudo “Luto e Melancolia” introduz o conceito de “trabalho de luto” e desse modo o luto passa a ser entendido como um processo psíquico de elaboração que resulta da atividade do

indivíduo. O autor, descreveu o primeiro modelo de abordagem psicodinâmica, em que refere o luto como sendo uma reação à perda de um ente querido onde o enlutado experimenta sentimentos de tristeza profunda, perda de interesse pelo mundo externo, remorsos e uma tentativa de apego numa primeira fase, para, no entanto, chegar a um desinvestimento do objeto perdido direcionando a sua energia libidinal para um novo significado e adaptar-se à vida sem a presença do ente querido. O autor, defende que este processo é necessário, não devendo constituir-se obrigatoriamente em luto patológico. Segundo Freud (1917), se esse objetivo não for alcançado estaremos na presença de um luto patológico (Ramos, 2016).

Na Teoria da Vinculação proposta por Bowlby (1980), este sustenta que os tipos de vinculação, seguro ou inseguro, que se estabelecem na família estão associados a formas diversas de reação à perda. De acordo com o autor, a teoria baseia-se na capacidade que os seres humanos apresentam para desenvolver laços afetivos entre si. Referindo que a qualidade destes laços, que se iniciam no contexto da relação com a figura cuidadora na infância, está associada ao bem-estar físico e psicológico ao longo do ciclo de vida do indivíduo. Desta forma, crianças que desenvolveram uma vinculação segura em relação à figura cuidadora na infância, poderão elaborar de forma mais adaptativa perdas que venham a ocorrer durante o seu ciclo de desenvolvimento. No entanto, o processo é mais complexo para indivíduos com uma vinculação menos segura, podendo deste modo afetar o senso de si mesmo e a manutenção de funções básicas, predispondo-os ao desenvolvimento de um luto prolongado e/ ou complicado (Bowlby, 2004). O autor refere ainda que, o luto envolve um conjunto de processos psicológicos, conscientes e inconscientes, em consequência da perda de um ente querido, caracterizando-o através de quatro fases: a) a fase do entorpecimento emocional, em que é participada a notícia acerca da morte e o indivíduo não consegue processar, além de não

reconhecer a perda; b) a fase do anseio e procura da figura perdida, no qual mantém o desejo de ter o falecido de volta, podendo manifestar sentimentos de esperança de que a perda não tenha ocorrido; c) a fase de desorganização e desespero, em que experimenta sentimentos de abandono, tem a percepção de que a morte é permanente e começa a pensar em novas formas de reconstruir a sua vida; d) a fase de reorganização emocional e a recuperação, que permite que o indivíduo integre a perda nas suas experiências, conseguindo investir em novas relações e prosseguir com as suas atividades (Basso & Wainer, 2011; Bowlby, 2004).

Sanders (1999), baseou-se em diversas teorias para desenvolver o modelo integrativo, que concebe numa primeira conceção cinco fases: a) choque, em que o enlutado se encontra num estado intenso de alarme e de descrença; b) consciência da perda, o enlutado confronta-se com a perda que ocorreu; c) conservação-retirada, ocorre uma fadiga intensa e retira-se para elaborar o luto e começar a perceber que a pessoa perdida não retorna; d) cura, ponto em que o enlutado vai aos poucos ganhando confiança e energia para seguir com uma nova vida; e) renovação, em que emerge um sentimento de competência, a dor diminui e o enlutado começa a investir em novos amigos e atividades e prossegue a sua vida. Posteriormente, foi integrada a fase designada de cumprimento, na qual o enlutado consegue integrar a perda, mantendo uma conexão emocional com o falecido. Deste modo, a autora entende que enfrentar o processo de luto é necessário, assim como reconhece que manter os aspetos positivos da vida apesar da perda, constituem indicadores positivos de elaboração do luto (Sanders, 1999). Considera ainda que, essas fases acontecem de forma sequencial, sendo influenciadas por mediadores internos como o género, a idade, a personalidade, a ambivalência face ao falecido e mediadores externos como a morte súbita, a doença crónica e o suporte social entre outros (Barbosa, 2010; Sanders, 1999).

Segundo Parkes (1993), o luto não se resume apenas a um conjunto de sintomas em consequência de uma perda, mas engloba igualmente uma reformulação de crenças existentes acerca do mundo. Para este autor, o luto constitui um processo psicossocial sendo experienciado de forma individual entre ganhos e perdas. Este autor descreve o processo do luto em quatro fases. Primeiro o entorpecimento, que ocorre no período inicial em que o enlutado pode se sentir desligado da realidade e desamparado. De seguida o anseio e o protesto, na qual se observa um desejo intenso de recuperação da pessoa falecida, desenvolvendo comportamentos de busca sendo que, nesta fase, podem surgir sentimentos de culpa e raiva que podem ser dirigidos a si próprio ou ao falecido. Segue-se o desespero e a desorganização, em que o enlutado reconhece que o falecido não vai retornar, e normalmente instala-se a apatia e a depressão. Neste período pode ocorrer afastamento das pessoas, bem como falta de interesse por atividades rotineiras ou por novas atividades (Parkes, 1993). Por fim, dá-se a recuperação, o sofrimento vai diminuindo gradualmente, surgem sentimentos de esperança, o que permite o surgimento de uma nova identidade. O sujeito procura estabelecer novas amizades e atividades, prosseguindo com a sua vida sem o ente querido (Almeida, 2015; Carqueja, 2017).

O modelo proposto por Worden (2013), reconhece o luto como sendo um processo dinâmico, destacando o papel ativo do indivíduo. Define o processo de luto como sendo um conjunto de tarefas a desenvolver e que as mesmas não têm de ser realizadas numa ordem particular. Estas tarefas envolvem: a) a aceitação da morte, ou seja, encarar a realidade e irreversibilidade da perda; b) processar a dor da perda, não evitando falar sobre coisas que tragam lembranças acerca do falecido; c) adaptar o seu modo de vida sem o falecido que envolve o ajustamento a nível externo, interno e ao nível de crenças e valores; d) integrar a lembrança do falecido de forma ajustada, de modo a que a mesma se transforme numa memória gratificante, simbólica e emocionalmente próxima enquanto

o indivíduo prossegue com o seu projeto de vida (Worden, 2013). Entretanto, considerou ainda que estas tarefas são mediadas por fatores que podem contribuir para um processo de luto complicado, tais como: a) variáveis relacionais, referentes à qualidade da relação que existia entre a pessoa enlutada e o falecido; b) o imprevisto da morte, ou seja, as circunstâncias da morte; c) o histórico de vida, isto é, a reação a perdas anteriores e se o processo de luto se desenvolveu de forma adequada, ou ainda a existência de problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão; d) características da personalidade, que possam intensificar a vivência do luto; e) variáveis sociais, como o apoio social percebido quer da família ou de outras pessoas amigas ou colegas e que têm um impacto significativo no processo do luto. Como tal, este autor considera importante a reflexão acerca destes fatores durante o processo terapêutico com pessoas enlutadas (Worden, 2013). Considera ainda que, o luto está elaborado quando o indivíduo ao completar as tarefas do luto é capaz de pensar e falar acerca da perda sem evocação da angústia sentida anteriormente e ao mesmo tempo consegue sentir prazer pela vida e envolver-se em novos papéis (Ramos, 2016).

O modelo do Processo Duplo de Stroebe & Schut (1999) considera o luto como um processo cognitivo, de continuidade e transformação do vínculo com a pessoa que faleceu. O mesmo foi desenvolvido, levando em consideração aspetos comuns relacionados com modelos e teorias anteriores, que o tornam de certa maneira mais abrangente e dinâmico. Este modelo não descreve fases ou etapas relativas ao processo de luto, sugerindo um modelo de compreensão do processo de *coping* e de adaptação ao luto que engloba três componentes: a) orientação para a perda; b) orientação para a restabelecimento e c) oscilação (Stroebe & Schut, 2010). O princípio da oscilação evidencia a necessidade de atenção aos diferentes tipos de stressores, num grau de flexibilidade essencial para a mesma, promovendo a regulação emocional para o processo

de luto (Stroebe & Schut, 2016). A oscilação entre o afeto negativo e a reavaliação/restabelecimento é entendida como parte integrante do processo, ocorrendo independentemente de ser orientado para a perda ou para a restauração (Stroebe & Schut, 2010). Segundo este modelo, uma adaptação saudável ao processo de luto agrega tarefas que se vão intercalando, oscilando entre momentos orientados para a perda com ruminação e recordação da pessoa falecida em que o enlutado sente que pode expressar os seus sentimentos. Bem como, momentos que são orientados para o restabelecimento e continuidade da vida, que envolvem a elaboração da perda, a construção de uma nova identidade, a atribuição de um novo significado e o envolvimento em novas atividades, novos papéis e relações (Stroebe & Schut, 1999). Numa revisão posterior, os autores englobaram a dimensão familiar ao processo individual (Stroebe & Schut, 2015). Apesar de o processo de luto ser vivenciado de forma singular, a orientação para a perda não ocorre apenas a nível da esfera individual, mas igualmente a nível interpessoal. Relativamente à família, a orientação para a perda compreende a partilha da dor, a aceitação da morte em conjunto, o amparo familiar e a realocação da pessoa falecida no contexto familiar (Stroebe & Schut, 2015). Deste modo, relativamente aos fatores orientados para o restabelecimento, quando os membros da família se apoiam, surge a possibilidade de formação de novas alianças que não existiam antes da perda, a aceitação da mudança, o desenvolvimento de novas identidades, bem como o reajustamento de novos papéis e relacionamentos familiares (Stroebe & Schut, 2015). Este processo pós-perda conduz a uma nova resignificação da relação com a pessoa falecida, passando do plano presencial para o vínculo simbólico, em que histórias e memórias são passadas através de gerações (Stroebe & Schut., 2010; Walsh & Mcgoldrick, 2013). Os autores consideram ainda que, estas oscilações são vividas de maneira particular por cada indivíduo e são influenciadas pelo contexto, bem como pela fase de desenvolvimento do

ciclo de vida (Fletcher et al., 2018). Recentemente, foi incorporado o conceito de sobrecarga que pode ser definida como a percepção que o enlutado possui de que se apresentam mais stressores, para além dos quais se sente capaz de lidar, tais como, demasiadas atividades, experiências ou outros estímulos (Stroebe & Schut, 2016). A sobrecarga pode ainda resultar de múltiplas perdas ao mesmo tempo, de dificuldades financeiras, como também de dificuldades interpessoais (e.g. cuidar de crianças, desentendimentos diversos) ou de questões que aparentemente não apresentam relação com o processo de luto, como sobrecarga laboral ou parental, mas que podem influenciar a capacidade do enlutado para administrar os diversos stressores (Stroebe & Schuts, 2016). Do mesmo modo, a sobrecarga pode estar associada a reações como esgotamento de energia, sensação de que nada importa, desamparo, ansiedade e angústia comprometendo a saúde do indivíduo (Stroebe & Schuts, 2016).

O modelo de reconstrução de significado, desenvolvido por Gillies & Neimeyer (2006) leva em consideração uma abordagem construtivista, sendo o luto descrito como um processo individual e dinâmico, que enfatiza o processo cognitivo na reconstrução do sistema de significados, ou seja, envolve uma reaprendizagem do modo de ser e estar no mundo sem a presença do ente querido. A reconstrução de significado envolve dois princípios: a) dar significado à perda (*sensemaking*), que permite renovar a esperança e reavaliar o seu lugar no mundo de acordo com os novos significados; b) encontrar benefícios (*benefit-finding*), que implica o fortalecimento de novos relacionamentos, o desenho de novas possibilidades que contribuam para o desenvolvimento pessoal e a mudança de identidade (Gillies & Neimeyer, 2006). Segundo estes autores, o processo de reconstrução não decorre exclusivamente na esfera individual, mas entre a pessoa enlutada e os que se encontram ao seu redor, uma vez que, a construção da estrutura de significados é representativa de construções sociais e que o impacto da perda poderá ter

reflexos ao nível familiar e nos grupos de amizades. Referem igualmente que um bom nível de comunicação, de coesão familiar e de relacionamento com a comunidade podem promover um processo de luto mais ajustado, uma vez que a família é considerada a primeira rede de apoio do indivíduo (Gillies & Neimeyer, 2006).

Do ponto de vista sistêmico, a morte de um membro da família não envolve somente essa perda, mas um conjunto de muitas outras perdas interligadas, como a perda de relações e de papéis, da união familiar, perda de esperanças e de sonhos pelo que poderia ter sido. Deste modo, surge uma variedade de novos desafios e respostas que são moldados pelo sistema de crenças da família (Walsh & Mcgoldrick, 2013). Como tal, estes autores propõem quatro tarefas a serem realizadas no âmbito familiar de modo a promover um processo de luto adaptativo: a) o reconhecimento das circunstâncias da morte através de partilha de informação ou ainda através do contacto direto com o moribundo; b) partilha da experiência de perda através de ritos memoriais como visitas à campa ou missas; c) reorganização do sistema familiar, levando em consideração a coesão familiar, a flexibilidade e a continuidade; d) reinvestimento em novos relacionamentos e projetos de vida (Walsh & Mcgoldrick, 2013). Todos estes modelos anteriormente descritos, permitem uma melhor compreensão acerca do processo de luto, sendo que a modelo Ecológico de Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 2009) e o modelo revisto de Stroebe & Schut (2015) apresentam-se particularmente relevantes no contexto deste estudo, uma vez que abordam os múltiplos fatores relacionados com a perda e os seus significados relativamente ao processo de luto durante a pandemia de COVID-19.

### **Fatores protetores e de risco no luto**

Considera-se que o processo de luto tem um início e que o mesmo se vai atualizando ao longo de toda a vida, ou seja, tem uma função adaptativa à nova realidade,



de forma a promover a integração do falecido na história de vida do enlutado e a readaptação do Eu na ausência do ente querido (Barbosa, 2014; Parkes, 1998). A reação à morte é mediada por variadas condições, que podem contribuir para uma melhor ou pior adaptação à perda.

Como fatores protetores para o desenvolvimento de um processo de luto adaptativo identificam-se: a morte serena do paciente, a percepção de que o seu ente querido recebeu os cuidados adequados, ou seja, tenha falecido de forma digna, num processo que permite controlo por quem morre e onde se observam princípios morais básicos (Barreto, 2010), o luto antecipatório, a percepção de maior suporte social e psicológico, o apego seguro, a qualidade do vínculo, a realização de rituais de despedida, a demonstração de empatia por parte de familiares e de outros membros da comunidade, as crenças e concepções individuais acerca da morte, e possuir uma personalidade resiliente (Barbosa, 2014; Bermejo et al., 2016; Boelen & Prigerson, 2012; Garvin et al., 2020). Considerando que a resiliência pode incluir atributos como a flexibilidade, competência para aprender com a experiência, tolerância ao stress, coragem, criatividade, integridade de consciência e ser capaz de ainda sonhar, características que podem proteger o enlutado de um luto complicado (Barbosa, 2010; Boelen & Prigerson, 2012). Os aspetos religiosos e espirituais do enlutado podem contribuir para fortalecer os sentimentos do enlutado, devolver a esperança de viver, facilitar a relação intra e interpessoal, bem como ajudar no processo de atribuição de significado aos eventos de vida (Gomes, 201; Siqueira, 2010).

Como fatores de risco que possam contribuir para o desenvolvimento de um processo de luto complicado são referidos fatores pessoais, interpessoais, circunstâncias e sociais (DGS, 2019). Dentro dos fatores pessoais são mencionados entre outros, o gênero feminino, a idade jovem do falecido, a vivência de perdas anteriores e que

continuam a gerar sintomatologia significativa de luto, estilo de vinculação inseguro, a expressão reduzida de sentimentos (DGS, 2019), reações intensas de raiva e de culpa, história de perturbação mental, estratégias de *coping* evitantes e ruminativas e a incapacidade de atribuir um sentido à perda (Barbosa, 2010; Boelen & Prigerson, 2012; Boelen & Smid, 2017). Em relação aos fatores interpessoais são descritos a falta de suporte familiar, a disfuncionalidade da família, a perda de um filho ou de um cônjuge e a existência de uma relação dependente, conflituosa e ambivalente (Delalibera et al., 2015; DGS, 2019). Dentro dos fatores circunstanciais e sociais encontram-se entre outros: a perceção de negligência médica, morte súbita e violenta, o estado de deterioração do doente, perdas secundárias, incluindo dificuldades económicas e profissionais, a perda socialmente negada, ausência de suporte social, as circunstâncias da morte e a não realização de rituais fúnebres (Barbosa, 2010; Bowlby, 2004; Bermejo, 2016; DGS, 2019; Neimeyer & Lee, 2022).

No entanto, alguns fatores de risco de luto prolongado são específicos relativamente ao contexto de pandemia de COVID-19 nomeadamente: a proibição de visitas hospitalares ao ente querido em fim de vida (Kentish-Barnes et.al., 2021; Neimeyer & Lee, 2022), imagens dolorosas e intrusivas do sofrimento do ente querido falecido em terapia de suporte intensivo de vida (Boelen & Smid, 2017; Neimeyer & Lee, 2022), a desvalorização do sofrimento vivenciado, a redução considerável da comunicação entre profissionais de saúde e os familiares do doente, o isolamento social e a sensação de ser envolvido de forma permanente por questões acerca da morte (Breen 2020; Liu & Liu, 2020; Worden 2013).

Ainda que a perda de um ente querido seja considerada um dos eventos de vida mais dolorosos para o ser humano, segundo a literatura, cerca de (80-90%) dos enlutados

conseguem aceitar e integrar a perda, restabelecer o seu funcionamento diário, recuperar a esperança, a satisfação pela vida e pelos seus relacionamentos (Delalibera et al., 2011; Derkx et al., 2020).

### **Luto Complicado / Luto Prolongado**

Embora a maioria das pessoas consiga desenvolver um processo de luto adaptativo, uma minoria de indivíduos enlutados vivencia sintomas de forma mais intensa e duradoura, resultando numa incapacidade para reestruturar e reorganizar a sua vida podendo em algumas situações vir a constituir-se em luto complicado ou luto patológico (Delalibera et al., 2011; Prigerson et al., 2009). A Perturbação de Luto Prolongado (PLP), pode ser diagnosticada após a morte de uma pessoa significativa, e as suas manifestações diferenciam-se das apresentadas no processo de luto normativo, pela intensidade e duração dos sintomas e pelo declínio da funcionalidade nas diversas áreas da sua vida. Estes sintomas tendem progressivamente a exacerbar-se 12 meses após a perda (APA, 2014; Delalibera, 2011). O processo de luto desadaptativo é caracterizado por sintomas acentuados que persistem por longo tempo após a perda, tais como: embotamento afetivo considerável, mudanças radicais de estilo, baixa autoestima, tendência ao isolamento, conflitos interpessoais e episódios depressivos (Boelen & Lenferink, 2020; Crepaldi et al., 2020; Worden, 2013). São ainda associados, desejo forte de ter a outra pessoa de volta, sensação de vazio interior e intensa solidão, idealização de aspetos positivos do falecido recalçando o que é negativo, pensamentos ou imagens frequentes da pessoa falecida, fantasias intrusivas relacionadas com a perda, atordoamento emocional e sentimentos de que a vida não tem mais significado nem propósito (Barbosa, 2010; Horowitz et al., 1997; Worden, 2013). A pessoa isola-se, sente dificuldades em dedicar-se às suas amizades e de estabelecer novas relações, diminuindo desse modo a sua rede de interação com outras pessoas, bem como a capacidade para solicitar ajuda (Lee & Niemeyer, 2020). Os

indivíduos com manifestações de PLP apresentam maior tendência para desenvolver problemas de saúde mental, risco de suicídio, aumento do consumo de substâncias, como álcool e drogas (DGS, 2019; Prigerson, 1997; Shear et al., 2011). Apresentam igualmente, maior probabilidade de desenvolver doenças físicas como, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, cancro, perturbação do sono e disfunção do sistema imunitário com consequente diminuição da sua qualidade de vida (DGS, 2019; Prigerson et al., 2009; Shear et al., 2011).

O luto complicado pode configurar distintas trajetórias de evolução e constituir-se em diferentes subtipos, nomeadamente: o luto traumático, o luto crónico e o luto inibido (Barbosa, 2016). O luto traumático pode ocorrer na sequência da exposição a acontecimentos intensos e traumáticos tais como, perdas inesperadas e súbitas, ameaça de morte, ou morte real e cuja resposta envolve horror, sentimentos de desamparo, medo intenso, vulnerabilidade, falta de controlo e de falta de ajuda (Albuquerque et al., 2021; Barbosa, 2016). Em relação ao luto crónico, prevalecem os níveis de culpa, irritabilidade, tristeza e perceção de que a vida não tem sentido, durante meses ou anos e o enlutado apresenta incapacidade de dar sentido à perda e prosseguir a sua vida sem a presença do ente querido (Barbosa, 2016; Prigerson et al., 2009). Em relação ao luto inibido, o sujeito não demonstra sinais externos que comumente se apresentam no processo de luto normal designadamente, a tristeza, a raiva e o inconformismo, predominando deste modo, o evitamento da dor associada à perda (Payás, 2010). O enlutado tende a minimizar a importância da relação com a pessoa perdida assim como, o impacto emocional da perda. No entanto, estas expressões inibidas, podem ser ativadas na sequência de perdas posteriores e serem exteriorizadas de maneira exacerbada (Albuquerque et al., 2021; Barbosa, 2016; Payás, 2010).

Segundo o ICD-11 (ICD-11, revision; WHO, 2019), para se diagnosticar uma Perturbação de Luto complicado/ prolongado (PLP) devem estar presentes pelo menos uma das seguintes manifestações, sendo persistentes por mais de 6 meses no mínimo após a perda: ansiedade; desejo e preocupação persistente e profunda com a pessoa falecida; existência de dor emocional intensa (e.g. tristeza, culpa, raiva); incapacidade de experimentar sensações positivas; dificuldade em aceitar a morte; dificuldade em realizar atividades sociais ou outras atividades. Estas manifestações excedem as referências sociais, culturais e religiosas esperadas para o contexto e a cultura, provocando perturbação e problemas significativos a nível pessoal, familiar, social e educacional.

Com base na revisão de literatura, o DSM-5-R (2022) propõe os seguintes critérios na avaliação da PLP: ter vivenciado a morte de uma pessoa próxima há pelo menos 12 meses no caso de adultos (seis meses no caso de crianças) e experienciar na maior parte dos dias e num grau clinicamente significativo pelo menos um dos sintomas: saudade persistente do falecido; mágoa intensa e dor emocional em resposta à morte; preocupação com o falecido e preocupação com as circunstâncias da morte (APA, 2022). O enlutado tem de apresentar ainda seis dos seguintes sintomas: dificuldade marcada em aceitar que o indivíduo morreu; experienciar entorpecimento emocional; dificuldade em lembrar de forma positiva o falecido; amargura ou raiva relacionada com a perda; avaliações desadaptativas sobre o próprio, em relação ao falecido ou à morte; evitamento marcado de indivíduos ou de lembranças; desejo de morrer de modo a estar com o falecido; dificuldade em confiar; sentir-se sozinho ou desligado dos outros; ausência de significado da vida; sentir que a vida é vazia sem o falecido; sentido de identidade diminuído; dificuldades em perseguir interesses ou planear o futuro (APA, 2022).

Estudos sugerem que a ansiedade, a depressão e a perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT) podem estar sobrepostos à PLP (Prigerson et al., 2009; Kokou-Kpolou et al., 2020; Niemeyer et al., 2013; Worden, 2013). Estas condições podem levar ao agravamento de sintomas e contribuir para um processo de luto prolongado, não sendo, no entanto, idênticas ao luto prolongado. Por outro lado, as reações complicadas de luto podem não ser essencialmente causadas pela perda em si. Podem estar presentes sintomas de depressão, ansiedade e *stress* pós-traumático antes da perda de um ente querido, e a perda conduzir a um agravamento de sintomas pré-existentes (Boelen & Smid, 2017; Jordan & Litz, 2014; Zisook et al., 2014). Apesar da elevada comorbilidade, o diagnóstico de PLP é independente de outras perturbações mentais, como seja a depressão, ansiedade e PSPT (DGS, 2019; Newson et al., 2011). Segundo os critérios de diagnóstico de PSPT, a característica fundamental desta perturbação é o desenvolvimento de sintomas específicos após a exposição a um ou mais acontecimentos traumáticos com resposta de medo, horror, ansiedade e sintomas de desamparo (APA, 2014). Na PLP, o indivíduo é exposto à perda de um ente querido em que o luto é a emoção primária (Groen et al., 2022). No entanto, indivíduos que vivenciam luto decorrente de uma morte traumática podem desenvolver PSPT e perturbação de luto complicado (APA, 2014). As mesmas, podem apresentar como sintomas comuns, choque, memórias intrusivas, evitamento de lembranças dos acontecimentos perturbadores (APA, 2014; Groen et al., 2022). Porém, o evitamento dos acontecimentos perturbadores na PSPT é distinguido pelo evitamento consistente de memórias internas e externas decorrentes da experiência traumática, enquanto na PLP as memórias intrusivas incidem em aspetos relacionados com o mal-estar causado pela separação, quanto em pensamentos sobre aspetos positivos referentes à relação com o falecido, os quais estão ausentes na PSPT (APA, 2014). Na PLP identifica-se sintomatologia como anseio, busca, preocupação, solidão excessiva e

pensamentos acerca da pessoa perdida entre outros (Delalibera et al., 2011). Já na PSPT existe um forte desejo de esquecer o evento e os pesadelos são recorrentes, na PLP não são mencionados pesadelos e o desejo de recordar o ente querido persiste (Groen, 2022). A Perturbação depressiva e a PLP apresentam em comum sentimentos de culpa e de tristeza, choro, pensamento suicida e perda de interesse. Podem igualmente partilhar o humor deprimido, contudo em relação à PLP o foco incide na perda (APA, 2014). O conhecimento da coexistência de comorbilidade é importante, uma vez que indivíduos que apresentam níveis clinicamente significativos de sintomas de ansiedade, depressão ou PSPT frequentemente evidenciam sintomas de luto mais graves com conseqüente comprometimento funcional e menor qualidade de vida (Aoyama et al., 2018). Está igualmente associado a um aumento do abuso de medicamentos, de álcool, risco de suicídio (Boelen & Prigerson, 2012) e maior procura pelos serviços de saúde (Parkes, 1998). O aparecimento de sintomas característicos de um episódio depressivo major, como apetite reduzido, insónia, humor deprimido, perda de peso, são descritos em indivíduos enlutados principalmente após a perda, não constituindo necessariamente sintomas referentes a uma perturbação mental (Worden, 2013). Deste modo torna-se pertinente identificar certas reações à perda, de maneira que estes indivíduos possam beneficiar de acompanhamento e tratamento dos seus sintomas. Por outro lado, compreender os fatores que possam influenciar o processo de luto e ajudar o enlutado a mobilizar recursos quer internos quanto externos pode atuar como medida de prevenção para o possível desenvolvimento de um luto patológico (Delalibera, 2011; Worden, 2013).

### **Suporte social**

No decurso do seu ciclo de desenvolvimento, o ser humano vivenciará situações angustiantes e de tensão que podem estar relacionadas com problemas de saúde, o trabalho, a família ou relativas a perdas diversas. Ao se defrontar com estes desafios,

geralmente o indivíduo procura criar vínculos ou estabelecer contatos sociais (Dezecache et al., 2020) e solicitar auxílio de instituições ou de outras pessoas, em particular, de pessoas que constituem o seu núcleo de relacionamentos mais próximo, de maneira a obter ajuda para dar resposta às adversidades (Marigold et al., 2014; Rimé et al., 2020). O suporte social é um dos fatores sociais que pode exercer um importante papel ao nível da saúde e bem-estar dos indivíduos durante o ciclo de vida na medida em que pode contribuir para reduzir os níveis de ansiedade e promover a sensação de equilíbrio psicológico e segurança para lidar com o *stress* (Harandi et al., 2017; Han et al., 2019). Receber mais apoio social foi igualmente relacionado a menos consequências adversas incluindo solidão, sintomas de depressão, sintomas de luto prolongado, *stress* pós-traumático, menor ideação suicida, maior resiliência e melhor qualidade de vida (Siswadi et al., 2022). O apoio social e a resiliência podem facilitar a adoção de estratégias de *coping*, ajudar a reduzir a sobrecarga e sintomas de exaustão, melhorar o ajustamento, protegendo desse modo, a saúde dos enlutados das consequências de perdas (Maciejewsky et al., 2022; Siswadi et al., 2022). Os indivíduos quando procuram apoio podem fazê-lo de forma direta que, inclui a comunicação das necessidades, como solicitar conselhos ou descrever os seus sentimentos ou problemas. Esta solicitação expressa de ajuda, permite comunicar de forma mais eficaz as suas necessidades, o que vai permitir um melhor atendimento das mesmas e a mobilização de apoio na comunidade (Don & Hammond, 2017). Os pedidos indiretos de apoio envolvem expressões de lamentação, demonstração de tristeza sem explicação do problema ou mau humor. A solicitação indireta de apoio pode ser menos eficaz por revelar de maneira pouco clara as necessidades de quem solicita ajuda (e.g. por sentir dificuldades em identificar as emoções, por vergonha pela solicitação direta de apoio ou pelo receio de preocupar as outras pessoas) o que pode dificultar a forma de interpretação do pedido e de como



facultar essa ajuda, bem como poderá criar sentimentos de ineficácia em quem proporciona o suporte (Cohen, 2004).

A literatura refere que o apoio social durante a adversidade está associado a uma melhor saúde mental e física. Pessoas com níveis de suporte social adequado apresentam um sistema imunológico mais fortalecido, e um ajustamento pessoal e social mais satisfatório (Cohen, 2004; Harandi et al., 2017). Por outro lado, a solidão e a percepção de baixo apoio social estão associados a taxas de mortalidade mais elevada, bem como são preditores de doença cardíaca, acidente vascular cerebral, (Holt-Lundstad, et al., 2015). As repercussões estendem-se ainda ao nível da qualidade do sono e na percepção de eventos stressantes (Cacioppo et al., 2014).

O suporte social tem sido conceptualizado como um conjunto de vínculos que se estabelecem entre as pessoas num grupo e que se desenvolve ao longo do tempo de forma que a sua percepção se encontra associada a maior bem-estar físico e psicológico (Feeney & Collins, 2015). A percepção de suporte social tem sido associada a menor sofrimento psicológico e psicopatológico como no caso de depressão e ansiedade. Contribui ainda para uma melhor saúde física, menor risco de mortalidade, bem como favorece a criação de significado (Tay et al., 2013; Taylor, 2011). Quando as pessoas que solicitam apoio não o obtêm de forma consistente ou têm a percepção de baixos níveis de resposta, frequentemente referem maior sofrimento psicológico, pior humor e sentimentos de abandono (Collins & Fenney, 2020; Merluzzi et al., 2016).

A rede de suporte social envolve diferentes formas, conteúdos e quantidade de interações. Podendo englobar a família nuclear ou extensa, os amigos, indivíduos que estejam associados a papéis importantes na vida e ainda as relações que são estabelecidas na comunidade (Sluzki, 2003). De certa forma, os ambientes em que ocorrem estas

interações estão inseridas ao nível do componente contextual, ou seja, microsistema, mesossistema, macrossistema e exossistema ao considerarmos a teoria Bioecológica de Bronfenbrenner. Ao nível do microsistema encontram-se todas as relações diretas que um indivíduo percebe como significativas, como sendo a família e os amigos mais próximos. Estas redes, disponibilizam apoio pessoal e podem contribuir para o desenvolvimento de competências e um sentido de identidade (Bronfenbrenner & Morris, 2006; Sluzki, 2003). As características que podem determinar a qualidade das relações que são estabelecidas entre o indivíduo, estão relacionadas com: a reciprocidade de ações; o grau de intimidade e compromisso existente entre os membros; as principais funções que são desempenhadas dentro do vínculo estabelecido; as funções específicas; a regularidade do contacto; o tempo de existência da relação; os motivos que os levam a permanecer na relação (Sluzki, 2003). As funções desempenhadas pelas pessoas na rede envolvem a proximidade, a companhia de alguém para realizar diversas atividades, o apoio emocional (que envolve trocas emocionais como, a empatia, conselhos, partilha de informação), a regulação social com intercâmbio de papéis e responsabilidades que contribui igualmente para a resolução de conflitos, a ajuda material e financeira, bem como a possibilidade de se relacionar com indivíduos que não faziam parte da rede (Azevedo et al., 2019; Sluzki, 2003).

Usualmente é classificado como suporte informativo, quando um indivíduo é auxiliado por outro, de forma a entender determinado evento stressante e a verificar que estratégias e recursos de resposta podem ser necessários para lidar com o mesmo através da partilha de informações, sugestões ou conselhos. Além deste, salienta-se o suporte emocional que proporciona carinho, formas de escuta empática e companhia, (Taylor, 2011), e o suporte instrumental que compreende ajuda física, auxílio financeiro e em tarefas domésticas, entre outros (Sluzki, 2003). O apoio social também pode envolver a

percepção de que os recursos estão disponíveis caso sejam necessários, sendo designado de suporte social percebido. A avaliação subjetiva acerca da disponibilidade e da adequação de vários recursos das suas redes sociais durante uma crise, já é reconfortante por si só, e facilitará a adoção de estratégias adaptativas para enfrentar situações adversas com sucesso (Rehman et al., 2021). Por outro lado, facilita a busca de oportunidades de crescimento e desenvolvimento mesmo na ausência de adversidade (Araújo et al., 2022; Feeney & Collins, 2015; Taylor, 2011). Sob esta perspectiva, considera-se que as medidas de saúde e de bem-estar são melhoradas pela proximidade a uma rede social consolidada, ativa e na qual se possa confiar (Sluzki, 2003). O suporte responsivo está igualmente presente em estruturas relacionadas com a prestação de cuidados de saúde. Dentro destas interações clínicas existem diversas funções como sejam: responder a emoções quer sejam do paciente quanto de familiares ou cuidadores; escuta ativa e empática na comunicação com os pacientes; gestão de expectativas ou incertezas; troca de informação e apoio à autonomia dos pacientes (Flores et al., 2019).

Dentro dos vários modelos explicativos relativos ao suporte social, salienta-se o modelo de efeito *buffer* no qual o apoio atua no momento da crise, ou seja, de forma protetiva, e o modelo de efeito principal ou amortecimento, em que é avaliado o grau de interação do sujeito na rede de apoio e o quanto o mesmo percebe que esse apoio se encontra disponível (Alves et al., 2015). O modelo de prosperidade, é também relevante por apontar dois contextos em que o sujeito pode potencialmente crescer e se desenvolver. Um deles, é conseguir superar as situações de adversidade e por outro lado retirar das mesmas, oportunidades de crescimento e desenvolvimento, que podem refletir-se a nível da percepção da qualidade de vida, no estabelecimento de objetivos e metas, bem como a nível do bem-estar físico, psicológico e social (Feeney & Collins, 2015).

Um meio de comunicação não verbal essencial para o nosso bem-estar físico e emocional, é o toque afetuoso. Parece demonstrar benefícios pessoais e relacionais, uma vez que se considera que a vivência humana está intimamente ligada ao toque (Jakubiak et al., 2016; Pereira & Lapa, 2010; Dagnino-Subiabre, 2022). O toque pode ser um tipo de apoio eficaz e uma forma de estabelecer contato e de expressar sentimentos quando a palavra não é suficiente para expressar o que se pretende ao outro, ou quando o silêncio é determinante. O tocar e abraçar podem contribuir para a promoção da cooperação, da compreensão e da resiliência, uma vez que ao tocar afetosamente o outro significativo demonstramos os nossos sentimentos (Dagnino-Subiabre, 2022). O toque afetuoso pode transmitir a quem o recebe segurança, alívio e bem-estar. Normalmente o toque de solicitação de apoio obtém como resposta o toque de retribuição, sem que o indivíduo que proporciona apoio entenda que necessidades de apoio estão implícitas (Jakubiak & Fenney, 2016). Desta forma, o toque pode ajudar a estabelecer vínculos emocionais e relacionais, que unem duas ou mais pessoas, sendo considerado como uma necessidade humana essencial ao longo de todo o desenvolvimento (Jakubiak & Fenney, 2017). Várias experiências demonstraram que o toque pode provocar alterações fisiológicas significativas, diminuir o batimento cardíaco e a pressão sanguínea, bem como o nível de hormonas relacionadas ao *stress*. Diminui igualmente a atividade neural em regiões do cérebro associadas a respostas emocionais e comportamentais relacionadas à ameaça (Coan & Sbarra, 2015).

Os relacionamentos próximos proporcionam suporte em tempo de crise quanto na ausência de adversidade. Esta rede pode oferecer ajuda afetiva, material, instrumental e constituir-se um fator importante para a promoção do bem-estar das pessoas envolvidas, assim como na prevenção de vulnerabilidade e do isolamento (Shiba et al., 2016; Taylor, 2011). Fazer parte de um grupo permite, que o indivíduo desenvolva competências e

novos talentos, conferindo um propósito e significado na vida. Neste sentido, a teoria da regulação relacional coloca a hipótese de que o efeito principal ocorra através de conversas que sejam efetivas, partilhadas no dia a dia, no desenvolvimento de *hobbies* e na socialização, e não apenas em conversas acerca de como lidar com o *stress* (Lakey & Orehek, 2011). A partilha permitirá ao sujeito em tempo de crise adotar mecanismos de resolução de problemas, reconhecer oportunidades, desenvolver habilidades, elevar os níveis de percepção de autoeficácia e de autoestima, saindo desta forma fortalecido (Lakey & Orehek, 2011).

Ainda que o processo de luto seja considerado uma vivência individual e única para cada indivíduo, o mesmo pode ser influenciado por diversos fatores, entre eles, o tipo e a extensão de apoio recebido e se este é percebido pelo enlutado como sendo o suporte necessário para conseguir lidar com determinados stressores (Sluski, 2003). Deste modo, a rede de suporte pode proteger a saúde dos enlutados das consequências relacionadas com a perda e facilitar as estratégias de *coping* (Maciejewsky et al., 2022; Stelzer & O'Connor, 2021). Uma importante fonte de apoio são os familiares próximos, os amigos, as relações de vizinhança e os profissionais de saúde. A rede de apoio pessoal pode proporcionar nos momentos após a perda, um ambiente de segurança para a partilha de sentimentos relacionados com a perda, pode fornecer ajuda material, conselhos, informações, ou proporcionar suporte instrumental, podendo contribuir para o estreitamento de vínculos emocionais, e de um sentido de segurança e proteção (Harandi et al., 2017; Sluzki, 2003). Quando o apoio é percebido pelo enlutado como sendo adequado, o mesmo sente-se compreendido, acarinhado, podendo envolver-se em atividades que o distraiam da perda e que o ajudem a desenvolver novos interesses e objetivos (Stelzer & O'Connor, 2021). As suas reações de tristeza, de pesar e angústia relacionadas ao processo de luto são aliviadas, o que poderá contribuir para uma melhoria

na relação consigo mesmo e com os outros, consiga repensar a perda e reconstruir significados, possibilitando desse modo a sua recuperação e crescimento psicológico após a perda (Stelzer & O'Connor, 2021; Wang et al, 2020).

O elevado número de perdas ocasionadas pela pandemia de COVID-19, dificultou a possibilidade de proporcionar apoio, uma vez que as pessoas se encontravam preocupadas com a sua saúde, segurança e com o seu futuro, estando a vivenciar processos de luto (Eisma & Tamminga, 2020). Mesmo em famílias em confinamento no mesmo domicílio, poderiam estar a vivenciar múltiplas perdas, estando cada indivíduo a gerir o seu próprio sofrimento individual, resultando em menor disponibilidade para prestar apoio (Gabriel & Paulino, 2020), o que pode ter contribuído para um maior distanciamento entre familiares que se encontravam em sofrimento podendo reforçar o risco de um processo de luto não adaptativo (Neimeyer & Lee, 2022).

Embora o apoio social possa ser benéfico, algumas experiências poderão ser percebidas como prejudiciais, ou seja, algumas pessoas poderão receber conselhos pouco adequados acerca de como enfrentar a perda, serem criticadas por diversas razões ou ser-lhes negada a possibilidade para falar sobre a perda. Deste modo relações interpessoais problemáticas podem conduzir à incompreensão, sentimentos de falta de apoio e isolamento do enlutado (Hooper et al.,2023).

### **Luto durante a pandemia de COVID-19**

Em dezembro de 2019, foram notificados em Wuhan, na província de Hubei, na China, vários casos de pneumonia de etiologia desconhecida. Devido à fácil propagação do vírus, bem como à sua diversidade genética, a doença disseminou-se rapidamente por todo o mundo (Mackensie & Smith, 2020). Os sintomas que os pacientes comumente reportavam eram: dor de garganta, congestão nasal, náuseas, vômitos, cefaleia, mialgia, tosse, fadiga, falta de ar, dificuldade respiratória, perda do paladar e olfato entre outros

(SNS, 2021). A 30 de janeiro de 2020, este surto foi declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional (WHO, 2020a).

Em 11 de março de 2020, a OMS declarou oficialmente o surto de COVID-19 como uma pandemia (WHO, 2020b). Após o reconhecimento da doença como pandemia e não existindo um tratamento específico ou uma vacina para o SARS-CoV-2, foram implementadas medidas de prevenção e rastreio, que implicaram medidas de quarentena e isolamento consideradas necessárias para o controlo da disseminação do vírus (WHO, 2021). Estas medidas provocaram alterações substanciais ao nível da mobilidade individual, ao nível do trabalho, das rotinas diárias, com reflexo igualmente ao nível do emprego e das relações sociais, podendo resultar num importante impacto socioeconómico e emocional (Aguiar et al., 2020; Ganesan et al., 2021), considerando-se que quanto maior for a prorrogação do tempo de confinamento, maior será o risco para aparecimento de perturbações psiquiátricas. Segundo dados da literatura, observam-se sintomas psicopatológicos associados à quarentena, nomeadamente irritabilidade, medo de contrair a doença, raiva, insónia, humor deprimido e ansiedade (Brooks et al., 2020). A longo prazo, pode verificar-se o aumento do risco para o aparecimento de sintomas de PSPT, sintomas depressivos, ansiedade, sofrimento psicológico e abuso de álcool e drogas (Chen et al., 2021; Paulino et al., 2021; Wu et al., 2020) e para a possibilidade de uma percentagem maior de PLP (Breen et al., 2021; Eisma & Tamminga, 2020; Neimeyer et al., 2022; Menzies et al., 2020).

Os dois primeiros casos de infeção por COVID-19 em Portugal foram confirmados a 2 de março de 2020 (Campos & Lins, 2020). A 18 de março de 2020 o Governo português declarou estado de emergência em todo o território nacional ao abrigo do Decreto do Presidente da República nº14-A/2020 (Diário da República, 2020a). Este

período teve a duração de 45 dias. Durante a sua vigência, foram impostas algumas medidas tais como: isolamento de indivíduos com diagnóstico de infecção por COVID-19, proibição de utilização de espaços públicos com exceção de saída para aquisição de bens essenciais e para ida ao trabalho, quarentena de 14 dias para pessoas que se deslocassem a outros países, distanciamento social como forma de reduzir as interações físicas entre pessoas, bem como o uso obrigatório de máscaras em espaços públicos (Ganesan et al., 2021).

A 2 de Maio de 2020 terminou o estado de emergência, passando a vigorar o estado de calamidade decretado pelo governo segundo a Resolução do Conselho de Ministros nº33-A/2020, de 30 de abril (Diário da República, 2020b). Deu-se início a um plano de desconfinamento em três fases, (4 de maio, 18 de maio e 1 de junho). Durante este período manteve-se o confinamento obrigatório de doentes com COVID-19 e de indivíduos em vigilância ativa, o distanciamento físico, o encerramento de estabelecimentos comerciais, o teletrabalho, e o dever cívico de recolhimento domiciliário entre outras medidas (Diário da República, 2020b).

Por agravamento da situação sanitária no país, foi novamente declarado estado de emergência a 6 de novembro de 2020. A 15 de janeiro de 2021 entrou em vigor o segundo confinamento, através do decreto do Presidente da República nº3-A/2021. Deste decreto constavam regras semelhantes às adotadas no anterior confinamento, tendo sido mantido o ensino presencial em escolas e instituições de ensino superior (Diário da República, 2021a). Este período terminou a 15 de março de 2021 após o Decreto da Presidência do Conselho de Ministros nº4/2021, de 13 de março, a partir do qual se deu início o processo gradual de levantamento de medidas de confinamento, tais como a deslocação de pessoas em território nacional, bem como para o exterior do país, a abertura gradual do comércio



e de estabelecimentos de bens não essenciais, a retoma das atividades educativas e letivas em regime presencial entre outras (Diário da República, 2021b).

Ao longo deste processo, os serviços de saúde limitaram ou proibiram os pacientes de receberem visitas, o que pode ter causado um aumento da angústia sentida pelos familiares que não conseguiam oferecer conforto, partilhar os últimos momentos e despedir-se como desejavam do seu ente querido (Moore et al., 2020; Worden, 2013), podendo suscitar sentimentos de culpa por não terem estado presente nos últimos dias de vida do seu familiar. A culpa pode contribuir para uma preocupação ruminativa com a morte, facto que pode acentuar o impacto de vários fatores de risco na sintomatologia de luto prolongado (Niemeyer & Lee, 2021; Mohammadi et al., 2021). O afastamento físico, bem como, a diminuição drástica da comunicação com o seu familiar e com a equipa médica, devido à sobrecarga das mesmas, podem contribuir para um sentimento de distância emocional entre o paciente e a sua família num momento bastante delicado de suas vidas (Neimeyer & Lee, 2022). Esta situação, pode concorrer para um aumento da insegurança em relação aos cuidados de saúde prestados ao seu ente querido e ao receio de que o mesmo venha a falecer sozinho, envolto em sofrimento, causando angústia, dor, revolta e sentimentos de desamparo (Neimeyer & Lee, 2022; Stroebe & Schut, 2021; Sola et al, 2023). As imagens intrusivas e perturbadoras do ente querido em terapia de suporte intensivo de vida, podem ter impacto traumático e colocar desafios às crenças e ao mundo presumido como sendo um lugar seguro, justo e de que o futuro é previsível (Neimeyer & Lee, 2022). Sendo que, foram igualmente proibidas no início da pandemia, os rituais fúnebres, podendo esta medida ter tido especial impacto, nomeadamente ao nível do reconhecimento da morte como real e irreversível, fato que pode contribuir para o risco de um luto ambíguo (Boss, 2010; Testoni et al., 2021). O impacto também se reflete ao nível da expressão emocional, ao nível da despedida e de homenagem à pessoa perdida

(Mitima-Verloop et al., 2019). A realização de rituais fúnebres permite aos enlutados processar uma morte traumática e inesperada, demonstrar os seus sentimentos e receber o apoio de pessoas significativas, encontrando-se deste modo relacionada com o afeto positivo nos primeiros meses após a perda (Cardoso et al., 2020; Mitima-Verloop et al., 2019). A dificuldade ou a ausência de participação nas despedidas dos seus entes queridos, bem como em receber apoio, podem contribuir para o risco de desenvolvimento de sentimentos de culpa por não ter estado presente, bem como de sentimentos de abandono pela perceção de pouco suporte da sua rede social, agravando a sensação de isolamento e solidão (Gabriel & Paulino, 2020; Neimeyer & Lee, 2022). Podem também prejudicar a capacidade de criação de significado, uma vez que ficam comprometidos elementos essenciais da criação do mesmo que envolvem a conexão, o controlo percebido, o propósito e o valor moral (Derkx et al., 2020). Os procedimentos no tratamento do corpo do falecido, como o uso de saco de plástico impermeável para evitar o contágio, (Aguiar et al., 2020), o não poder participar de cerimónias de despedida nem poder visualizar o corpo do falecido foram relacionados à desumanização e desrespeito pela dignidade do falecido, dúvidas em relação à identidade do falecido, raiva e injustiça que podem favorecer pensamentos ruminantes sobre a morte (Testoni et al., 2021; Cardoso et al., 2020). Estes sentimentos e emoções foram ainda agravados pela exposição a notícias relacionadas com a pandemia, tendo-se observado uma atualização diária do número de mortos por COVID-19 (Garvin et al., 2020). O foco em temas relacionados com a morte quer através da mídia ou de conversas do dia a dia, pode acentuar o medo de se contaminar e de morrer, despertar memórias de lutos passados, assim como outras emoções e sentimentos (Gabriel & Paulino, 2021; Lui & Lui, 2020), questões estas, que poderão ser difíceis de lidar, particularmente para indivíduos com alguma perturbação prévia de saúde mental (Gabriel & Paulino, 2021). A exposição permanente à atualização

holtre informação relacionada com as mortes, pode dificultar o reconhecimento da magnitude do seu próprio sofrimento (e.g. perda de um ente querido mais idoso por morte natural), e contribuir para um luto desautorizado (Gabriel & Paulino, 2021). O enlutado pode considerar que existem pessoas em situações mais difíceis do que a sua, com consequente inibição em solicitar ajuda, por temerem aumentar a carga emocional de outras pessoas, gerando o silêncio e um maior distanciamento perante a sua dor (Harrop et al., 2021; Gabriel & Paulino, 2021; Zhai & Du, 2020). Estes fatores envolvem risco elevado para o desenvolvimento de patologia no luto, depressão e *stress* pós-traumático, particularmente em indivíduos com problemas de saúde pré-existentes (Aguiar et al., 2020; Lenferink et al., 2020).

As recomendações de isolamento durante a pandemia, e a adoção de medidas restritivas em relação ao acompanhamento de familiares ao hospital, impediram que os familiares conseguissem prestar os cuidados desejados aos seus entes queridos, criando um forte sentimento de impotência (Kentish et al., 2021). De modo a fornecer suporte e a apaziguar o desconforto, foram criadas condições em alguns hospitais para que um líder religioso pudesse permanecer nos serviços hospitalares para realizar serviços de apoio espiritual (Sant'ana et al., 2020). Esta medida, pode proporcionar algum conforto e serenidade às famílias, uma vez que, para pessoas que possuem uma crença religiosa, a ausência de celebração de missa pode dificultar o processo de luto (Aguiar et al., 2020; Almeida, 2015). Como tal, devido à pandemia, estes rituais podem não se ter desenrolado de acordo com os desejos da família, podendo ocasionar *stress* adicional e consequências significativas a nível físico e psicológico (Mayland et al., 2020; Moore et al., 2020).

Foi igualmente disponibilizado material eletrónico, como *ipads* e telemóveis para que os pacientes pudessem contactar com os seus familiares através de vídeo chamada. A entrega de objetos ou gravações de orações ou cânticos ou mensagens de carinho, foi

igualmente recomendada como forma de apoio, mesmo em relação a pacientes inconscientes (Yardley & Rolph., 2020). Estas medidas visaram de alguma forma mitigar os efeitos das perdas vividas durante a pandemia e fornecer suporte aos familiares enlutados de forma a prevenir os efeitos psicológicos adversos em relação ao luto (Hart et al., 2020; Luiz et al., 2017). As circunstâncias da morte, associadas ao COVID-19, a perda súbita e a dificuldade de receber apoio social, podem ter dificultado a evolução normativa do luto com consequências a nível da saúde física e psicológica, uma vez que, familiares e amigos podiam estar em confinamento ou em isolamento (Neimeyer & Lee, 2022). Entretanto foram antecipadas medidas de apoio por parte de profissionais de saúde e psicólogos com contatos *online* para acompanhamento e rastreio de casos de pessoas em situação de risco ou que apresentem vulnerabilidade para virem a desenvolver uma PLP, depressão e *stress* pós-traumático.

Apesar de a maioria dos estudos que descrevem o impacto no luto durante a pandemia de COVID-19 incidirem o seu foco nas consequências negativas, alguns autores salientam o desenvolvimento da resiliência e da criação de sentido da maioria das pessoas diante de circunstâncias adversas (Aoun, 2020; Derkx et al., 2020; Walsh, 2020). Como tal, a vigilância permanente e a procura de soluções para sobreviver ao vírus impeliram os profissionais e as pessoas no geral a elaborarem novas estratégias e a elevarem os seus níveis de resiliência uma vez que necessitavam de se adaptar à nova realidade (Siswadi et al., 2023). Em alguns casos o distanciamento pode ter contribuído para o reforço positivo ao nível da saúde mental de pais e crianças através de atividades conjuntas e no desenvolvimento de novas formas de lidar com os problemas do dia a dia. Alguns indivíduos conseguiram adequar os seus tempos de descanso assim como adotaram estilos de vida mais saudáveis durante e após a pandemia (Zhang & Ma, 2020). Os meios alternativos de comunicação colocados ao dispor de familiares e doentes,

podem ter ajudado a minimizar a ausência física durante o período de internamento, da despedida e também no funeral. Ajudaram igualmente a proporcionar consultas *online* e apoio psicológico, em situações decorrentes de perda e luto durante a pandemia (Selman et al., 2020). O contexto da pandemia provocou mudanças drásticas na vida quotidiana. A perda maciça de vidas, associada a notícias e lembranças constantes acerca da morte, o isolamento social que limitou o acesso ao suporte social de amigos e familiares, a limitação de visitas e de informação acerca do estado de saúde do familiar hospitalizado, as circunstâncias da morte e a ausência de rituais fúnebres podem provocar maior sofrimento psicológico e contribuir para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica nomeadamente ansiedade e depressão levando a um maior risco de luto complicado (Gabriel & Paulino, 2020; Kentish et al., 2021; Neimeyer & Lee, 2022).



## Objetivos

O presente estudo pretende dar um contributo no sentido de compreender a relação do suporte social e da sintomatologia psicopatológica no processo de luto, assim como a incidência da perturbação de luto prolongado durante a pandemia de COVID-19.

Assim, foi definido como objetivo geral para este estudo compreender e caracterizar a relação do suporte social e da sintomatologia psicopatológica, nomeadamente a ansiedade e a depressão, no processo de luto durante a pandemia.

Por conseguinte, para alcançar o objetivo geral foram traçados os seguintes objetivos específicos: a) Compreender e descrever a vivência dos enlutados relativamente às limitações vivenciadas no fim de vida e morte do seu ente querido durante a pandemia de COVID-19; b) Compreender e caracterizar o processo do luto e a incidência de perturbação de luto prolongado; c) Compreender e caracterizar o suporte social; d) Compreender e caracterizar a sintomatologia psicopatológica (nomeadamente ansiedade e depressão); e) Compreender e caracterizar a relação entre a sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão) e a perturbação de luto prolongado; f) Compreender e caracterizar a relação entre a sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão) e o suporte social percebido; g) Compreender e caracterizar a relação entre o suporte social percebido e a perturbação de luto prolongado.





## **Método**

### **Desenho de investigação**

O presente estudo insere-se no âmbito de uma investigação mais vasta realizada pelo Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social e coordenado pela Professora Doutora Mayra Delalibera.

Este, foi desenhado através de uma abordagem mista, incluindo sobretudo uma componente quantitativa observacional e transversal. Apresenta ainda uma componente qualitativa exploratória, com recurso a uma entrevista que foi estruturada com base na literatura existente considerada congruente com o tema e as questões de investigação, e é composta por pontos específicos para aprofundamento e melhor perceção dos enlutados em relação às restrições impostas durante a pandemia e o impacto no processo de luto. Esta abordagem, permite a compreensão de sentimentos, vivências, crenças e significados de cada entrevistado, dando relevância à sua experiência subjetiva como fonte de conhecimento, possibilitando ao investigador um estudo mais aprofundado do conteúdo (Brandão et al., 2017).

### **Participantes**

A presente amostra foi constituída por 141 pessoas em luto que perderam um ente querido em Portugal, durante a pandemia de COVID-19 e que aceitaram participar do estudo. Foram tidos como critérios de inclusão: a) a perda de uma pessoa significativa; b) pessoa em luto com idade igual ou superior a 18 anos; c) óbito ocorrido durante a pandemia de COVID-19. Como critérios de exclusão foi definido; a) défice cognitivo que impossibilite a colaboração na entrevista e/ou resposta ao questionário.

## **Instrumentos**

### ***Componente quantitativa***

Para a obtenção da informação necessária à realização do estudo, aplicou-se um protocolo de investigação constituído por diferentes questionários, nomeadamente: questionário sociodemográfico; questionário acerca das circunstâncias de fim de vida e morte do doente; Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory, designado BSI) (Derogatis & Melisaratos, 1983; versão portuguesa Canavarro, 1999); a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS; Zimet et al., 1998; versão portuguesa Carvalho et al., 2011); e o Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado- PG3 (Prigerson et al., 2009; versão portuguesa Delalibera et al., 2011).

O Questionário sociodemográfico (Anexo D), e o questionário relativo às circunstâncias de fim de vida e morte do doente foram desenvolvidos no âmbito desta investigação com o objetivo de permitir a recolha da informação sociodemográfica e contextual.

O BSI é uma versão abreviada do Symptom Check-List, denominado na literatura como SCL-90, tendo como objetivo avaliar a presença de sintomas psicopatológicos possibilitando a avaliação de mal-estar psicológico sem significado clínico até a presença de mal-estar mórbido que é apresentado em perturbações psiquiátricas. A versão adaptada para a população portuguesa (Canavarro 1999) constitui um inventário de auto-resposta, em que o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afetou durante os últimos sete dias e as respostas são registadas numa escala de tipo Likert, de 0 (Nunca) a 4 pontos (Muitíssimas Vezes). Os sintomas psicopatológicos são avaliados através de nove dimensões de sintomatologia. No entanto, para o presente estudo apenas

foram utilizadas duas subescalas, a subescala de Depressão (6 itens) e a subescala de Ansiedade (6 itens). Os itens que compõem a dimensão Depressão constituem indicadores de depressão clínica e estão representados pelos sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e interesse pela vida. A dimensão Ansiedade apresenta indicadores gerais tais como o nervosismo e tensão. São igualmente considerados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico, assim como componentes cognitivos que envolvam apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade. A estrutura avaliada tanto na população em geral como na população clínica são indicadores da sua unidade e solidez em termos conceptuais.

A escala Multidimensional de Suporte Social Percebido foi desenvolvida por Zimet et al., (1998) e adaptada para a população portuguesa (Carvalho et al., 2011), sendo uma escala de avaliação subjetiva da adequação do suporte social. Este é um instrumento constituído por 12 itens, que se encontram organizados em três subescalas, nomeadamente, a família (e.g. tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família), os amigos (e.g. os meus amigos realmente procuram ajudar-me), e um outro significativo (e.g. há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos). Esta escala permite avaliar igualmente o suporte social percebido total. Cada item é avaliado numa escala tipo Likert que varia de 1 (Discordo Totalmente) a 7 (Concordo Totalmente). A cotação de cada uma das três subescalas obtém-se somando os quatro itens e dividindo por quatro: família (itens 3, 4, 8, 11), amigos (itens 6, 7, 9, 12), outro significativo (itens 1, 2, 5 e 10). O valor do total da escala é calculado somando os 12 itens e dividindo por 12, como tal, pontuações mais elevadas indicam maior suporte social percebido. A escala tem demonstrado boa fiabilidade interna e validade fatorial, com valores de alfa para as subescalas e para a escala no seu todo entre .85 a .91. Os valores de teste-reteste variam entre .72 e .85, o que indica boa estabilidade (Zimet et al.,

1998). A adaptação e da validação da escala para a população portuguesa, tal como em estudos anteriores, apresentou boa consistência interna, entre .85 a .95, comprovando possuir adequadas características psicométricas para ser utilizada na população portuguesa em contextos clínicos e não clínicos (Carvalho et al, 2011).

O instrumento de avaliação da Perturbação do Luto Prolongado (Prolonged Grief, - PG-13) foi desenvolvido por Prigerson et al., (2009) com o objetivo de avaliar um grupo de sintomas associados a dificuldades na vivência do luto a longo prazo e que viriam a constituir-se atualmente em critérios para o diagnóstico da Perturbação do Luto Prolongado.

Em Portugal, o processo de tradução e validação do instrumento de avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13) foi realizado por Delalibera e colegas (2011) tendo a autora da escala original analisado e aceite o material proposto. A validação foi realizada com uma amostra de 102 familiares/ cuidadores de doentes em cuidados paliativos, cujo ente querido faleceu há pelo menos seis meses. A versão final da PG-13 engloba 13 itens que se encontram divididos de acordo com os aspetos que avaliam. O instrumento pode ser auto aplicado ou ministrado através de entrevista. A primeira parte do questionário avalia a frequência do sentimento de ansiedade de separação através de dois itens. Nestes dois itens as respostas são mensuradas através de uma escala de tipo Likert que varia de 1 (Quase nunca) a 5 (Várias vezes por dia). Está ainda incluído nesta primeira parte um terceiro item relacionado com a duração deste sintoma, sendo a resposta de tipo dicotómica: afirmativa, no caso de um período igual ou superior a 6 meses; negativa se a manifestação é inferior a 6 meses. A segunda parte da PG-13 é composta de 9 itens descritivos de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais, cuja resposta é do tipo Likert, numa escala de intensidade de (1 a 5). A última questão

refere-se à incapacidade funcional nas áreas social, ocupacional e outros domínios do funcionamento com resposta de tipo dicotómica (sim ou não). A avaliação das qualidades psicométricas indica que o instrumento apresenta muito boa consistência interna, com um valor de alfa de Cronbach de .93 sendo que este valor não aumentou pela exclusão de nenhum dos itens. O instrumento de avaliação da Perturbação do Luto Prolongado (PG-13), demonstra ser de fácil aplicação e revela ter boas qualidades psicométricas sendo considerado um instrumento de apoio para avaliar sujeitos que possam estar a atravessar um processo de luto prolongado. Para que seja atribuído o diagnóstico de Perturbação de luto Prolongado (PLP), o sujeito deve cumprir os seguintes critérios: a) perda de outro significativo; b) ansiedade de separação: o enlutado vivencia diariamente e a um nível intenso e disruptivo dor emocional, saudades, tristeza e pesar pela ausência da pessoa falecida; c) sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais: a pessoa experiencia diariamente ou com elevado sofrimento, pelo menos cinco dos seguintes sintomas: confusão sobre a sua identidade e em relação ao seu próprio papel na vida, dificuldade em aceitar a morte, evitar lembrar a realidade da perda, amargura e revolta em relação à perda, incapacidade em confiar nos outros, dificuldade em prosseguir com a vida, fazer novos amigos e desenvolver novos interesses, sentimento de que a vida não tem mais sentido, sentimento de choque e confusão pela perda, ausência de emoção desde a perda; d) o diagnóstico não deve ser realizado até terem decorrido seis meses de luto; e) os sintomas acima mencionados causam disfunção social e ocupacional ou em outras áreas importantes da vida. (Delalibera et al., 2011). Um critério adicional determina que a perturbação não esteja relacionada com o consumo de substâncias, com efeitos fisiológicos ou outras condições médicas e que os sintomas não se explicam melhor através de Perturbação de Ansiedade, Perturbação Depressiva Major, ou PSPT (Prigerson et al., 2009; Delalibera et al., 2011).

### ***Componente qualitativa***

Por fim, foi aplicado um guião semiestruturado, construído no contexto da presente investigação. Este engloba um conjunto de sete questões abertas, de modo a recolher relatos de vivências e experiências dos enlutados relativamente ao adoecimento e falecimento do seu ente querido durante a pandemia de COVID-19, bem como aprofundar e conhecer melhor a perceção dos enlutados relativamente às restrições impostas durante a pandemia e o impacto no processo de luto (Anexo C). Na análise das entrevistas focamos principalmente nas questões relativas as limitações impostas pela pandemia e o suporte social.

### **Procedimentos de recolha de dados**

Para a realização do estudo foi pretendido o contacto com o maior número possível de pessoas que perderam alguém significativo desde o início do estado de emergência a 16 de março de 2020. A amostra total foi recolhida através de *posts* nas redes sociais em que foi disponibilizado o *link* do questionário construído no *Google Forms*, para ser respondido *online*. Foi facultado o *email* do grupo de investigação caso o participante optasse por participar do estudo por telefone e desse modo era agendada a participação do mesmo para responder ao questionário via telefone.

Foi igualmente solicitado apoio para a identificação de sujeitos enlutados que perderam alguém durante a pandemia de COVID-19 por intermédio de médicos, hospitais e centros de saúde, através da divulgação deste estudo entre a população de enlutados. Alguns serviços que participaram no estudo, efetuaram um contacto prévio com o enlutado e apresentaram a presente investigação e caso a pessoa concordasse em participar era solicitado o *email* ou o contato telefónico. Após obtido o consentimento livre e esclarecido por parte do enlutado, a equipa de investigação estabeleceu o contato

com o mesmo, e de acordo com a sua preferência, o indivíduo respondeu ao questionário por telefone ou através do *link* disponibilizado para a resposta *online*. No final do questionário o participante era questionado se teria disponibilidade para participar de uma entrevista para aprofundar a sua experiência.

Em relação à componente qualitativa, após a seleção aleatória dos sujeitos que responderam ao primeiro momento, foram contactados os primeiros 25 participantes que concordaram em participar da entrevista realizada por *Zoom*, para a formalização do convite e possíveis esclarecimentos acerca desta. Para o presente estudo foram apenas selecionadas sete dessas entrevistas.

Obtido o consentimento livre e esclarecido dos mesmos foi realizada uma entrevista suportada por um guião para abordar pontos específicos que os investigadores queriam aprofundar e conhecer melhor a percepção dos enlutados relativamente às restrições impostas durante a pandemia e o impacto no luto. Todas as entrevistas foram realizadas via *zoom*, sendo apenas gravado o áudio, de modo em que todas elas, fosse assegurada a privacidade, de forma a promover a livre expressão dos participantes. Foi igualmente assegurado o respeito pela vontade da pessoa entrevistada de abandonar a entrevista se assim o desejasse, uma vez que o tipo de estudo que se propôs efetuar, pudesse ter algum impacto emocional. No final da entrevista foi oferecido um espaço para o entrevistado acrescentar comentários pertinentes ao estudo e que eventualmente não tinham sido abordadas. As entrevistas decorreram durante o mês de maio de 2021.

Foram ainda disponibilizados aos participantes, os contactos da linha saúde SNS 24, linha de apoio psicológico e da Consulta de luto da área de residência em todos os momentos de colheita de informação. Caso fossem identificados sintomas de PLP em alguns dos participantes, os mesmos seriam contactados pelos investigadores, no sentido

de disponibilizarem contactos para apoio se ainda não os tivessem. Neste estudo foram respeitados todos os princípios éticos do consentimento informado (Anexo B), anonimato e confidencialidade, no que diz respeito à obtenção dos dados e da relação entre os participantes e associações.

O presente estudo recebeu aprovação da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (ref.: 55/2020) e do Alentejo (ref.: 05/CE/2021).

### **Procedimentos de análise de dados**

A análise estatística foi realizada com recurso ao *software* SPSS versão 28. Realizou-se uma análise descritiva com recurso a medidas de tendência central e de dispersão de forma a obter-se a caracterização sociodemográfica dos participantes. De seguida, realizaram-se análises de correlação, com recurso à correlação de Pearson para averiguar as relações entre as principais variáveis em estudo (PLP, depressão, ansiedade e suporte social) e análises de regressão linear.

De modo a avaliar as respostas ao questionário relativo à experiência de perda e luto durante a pandemia, recorreu-se ao *software* MAXQDA. Em primeiro lugar, procedeu-se à transcrição das entrevistas, seguida da análise de conteúdo com categorização temática através de um método indutivo, de modo a identificar segmentos de registo significativos que foram articulados e agrupados para posterior criação do dicionário de categorias, respeitando as ideias descritas pelos participantes (Anexo A).





## Resultados

Seguidamente serão apresentados os resultados que descrevem os dados da recolha e o tratamento estatístico com base nas questões de investigação.

### Caraterização da amostra

Na tabela 1, são apresentados os resultados da caraterização sociodemográfica dos participantes.

*Tabela 1 - Características Sociodemográficas dos participantes*

	Frequência	Percentagem
<b>Género</b>		
Feminino	124	87.9%
Masculino	17	12.1%
<b>Estado civil participante</b>		
Casado/União de facto	86	61.0%
Solteiro	32	22.7%
Divorciado	12	8.5%
Viúvo	11	7.8%
<b>Distrito residência</b>		
Aveiro	5	3,5%
Beja	3	2.1%
Braga	5	3.5%
Bragança	1	.7%
Castelo Branco	1	.7%
Coimbra	3	2.1%
Évora	7	5.0%
Guarda	2	1.4%
Leiria	3	2.1%
Lisboa	70	49.6%
Portalegre	1	.7%
Porto	11	7.8%
Santarém	5	3.5%
Setúbal	17	12.1%

Viana Castelo	1	.7%
Vila Real	1	.7%
Madeira	2	1.4%
Açores	1	.7%
Angola	2	1.4%
<b>Área de residência</b>		
Urbana	107	75.9%
Rural	14	9.9%
Mista	20	14.2%
<b>Escolaridade</b>		
4º ano	3	2.1%%
6º ano	2	1.4%
12º ano	21	14.9%
Curso Técnico	11	7.8%
Bacharelato	1	.7%
Licenciatura	58	41.1%
Mestrado	41	29.1%
Doutoramento	1	.7%
<b>Situação profissional atual</b>		
Ativo tempo inteiro	106	75.2%
Ativo (tempo parcial)	9	6.4%
Desempregado	6	4.3%
Reformado(a)	5	3.5%
Estudante	7	5.0%
Baixa por assistência família	4	2.8%
Omissos	4	2.8%
<b>Alteração na situação financeira desde a perda</b>		
Não, não mudou	109	77.3%
Sim, ficou um pouco pior	15	10.6%
Sim, ficou muito pior	5	3.5%
Sim, melhorou um pouco	5	3.5%
Sim, melhorou muito	7	5.0%
<b>Crença religiosa</b>		
Não	28	19.9%
Sim, praticante	49	34.8%
Sim, não praticante	61	43.3%

NS/NR	3	2.1%
<hr/>		
<b>Importância da religião na sua vida</b>		
Extremamente	14	9.9%
Bastante	29	20.6%
Moderadamente	45	31.9%
Pouco	29	20.6%
Nada	18	12.8%
NS/NR	6	4.3%
<hr/>		

Fizeram parte do estudo 141 sujeitos, sendo 124 do sexo feminino (87.9%) e 17 (12.1%) do masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 76 anos ( $M = 42.38$ ;  $DP = 12.16$ ). De entre os participantes 86 (61%) eram casados ou em união de facto, 32 (22.7%), eram solteiros, 12 (8.5%) divorciados e 11 (7.8%) viúvos. A maioria residia em Lisboa, precisamente 70 (49.6%) dos participantes, 17 (12.1%) residiam em Setúbal e os restantes nas outras regiões do país com uma distribuição dispersa e diminuta. Observando-se ainda que, 107 (75.9%) residiam numa área urbana.

Relativamente às habilitações académicas 58 (41.1%) tinham uma licenciatura, 41 (29.1%) o mestrado, distribuindo-se as restantes percentagens entre o 12º ano e o doutoramento. Ao nível das suas situações profissionais, 106 (75.2%) estavam ativos a tempo inteiro, 9 (6.4%) ativos a tempo parcial. De entre os participantes, 109 (77.3%) não tiveram alterações na sua situação financeira desde a perda do seu ente querido, 15 (10.6%) referiram que ficou um pouco pior.

Sobre as crenças religiosas, 61 (43.3%) referiram que tinham uma, mas não eram praticantes e 49 (34.8%) mencionaram que eram praticantes. Além disso, 45 (31.9%) responderam que a religião estava a ser importante na sua vida no momento de resposta do questionário, como pode ser observado na tabela 1.

Na tabela 2, estão representados os resultados referentes à caracterização sociodemográfica do ente querido falecido.

Tabela 2 - Características do ente querido falecido

	Frequência	Porcentagem
<b>Sexo</b>		
Feminino	76	53,9%
Masculino	65	46,1%
<b>Parentesco com o falecido</b>		
Pai/Mãe	71	51,1%
Cônjuge	11	7,9%
Avô/avó	31	22,3%
Outro familiar	26	18,7%
Omisso	2	1,4%
<b>Local do falecimento</b>		
Hospital	79	77,8%
Domicílio	29	22,2%
UC Paliativos	16	11,4%
Lar	14	10,0%
UCC Integrados	2	1,4%
Omisso	1	,7%
<b>Diagnóstico com COVID-19</b>		
Não	108	76,6%
Sim	30	21,3%
NS/NR	3	2,1%
<b>Causa da morte</b>		
Doença oncológica	59	41,8%
Insuficiência de órgãos	37	26,2%
Doença súbita	19	13,5%
Doença neurodegenerativa	5	3,5%
Acidente	3	2,1%
Suicídio	1	,7%
Outro	17	12,1%
<b>Cuidados de saúde prestados em fim de vida</b>		
Hospital	64	45,4%
Domicílio	30	21,3%
Lar	14	9,9%
UC Paliativos	12	8,5%
UCC Integrados	1	,7%
Não se aplica	20	14,2%
<b>Residia com a pessoa falecida</b>		
Sim	92	65,2%
Não	49	34,8%
<b>Alterações no número de pessoas do agregado</b>		
Não	120	85,1%
Sim	21	14,9%

Relativamente às características sociodemográficas, no que se refere à idade do falecido, esta apresenta uma média (M) de 76,05, e um desvio padrão (DP) de 13,829 (idade mínima de 2 e máxima de 96 anos).

Na grande maioria dos casos, a morte foi de um familiar próximo, 71 (50.4 %) eram pai/mãe, 31 (22.3%) eram avô/avó, 11 (7.9%) cônjuge/companheiro do participante. Em relação ao sexo do parente falecido 76 (53.9%) eram do sexo feminino, 65 (46.1%) do sexo masculino. Quanto ao local do falecimento, 79 (56.4%) faleceram no hospital, 29 (20.7%) no domicílio, 16 (11.4%) na unidade de cuidados paliativos. Em relação ao diagnóstico com COVID-19 do familiar falecido, 30 (21.3%) referiram teste positivo e 108 (76.6%) não foram infetados. Acerca da causa da morte, 59 (41.8%) faleceram de doença oncológica, 37 (26.2%) de insuficiência de órgãos, 19 (13.5%) de doença súbita. No caso de cuidados de saúde recebidos em fim de vida, 64 (45.4%) foram prestados no hospital, 30 (21.3%) no domicílio, 12 (8.5%) na Unidade de cuidados paliativos. Quanto a residência, 92 (65.2%) referiram que moravam com o ente querido, enquanto 49 (34.8%) não viviam. Relativamente ao número de pessoas que residem com os participantes desde a morte do ente querido, 120 (85.1%) refere que não houve alterações, como pode ser observado na tabela 2.

Na tabela 3, são apresentados os resultados referentes à vivência dos enlutados relativamente às limitações experienciadas no fim de vida e morte do ente querido falecido.

*Tabela 3 - Vivência dos enlutados*

	Frequência	Porcentagem
<b>Restrições de visita ao familiar doente</b>		
Extrema	76	63.1%
Muita	13	13.2%
Alguma	3	2.5%
Pouca	4	3.3%
Nenhuma	17	14.0%
NSA	5	4.1%
<b>Estar presente e acompanhar o seu familiar</b>		
Extrema	77	1,6%
Muita	14	11.5%
Alguma	7	5.7%
Pouca	4	3.3%
Nenhuma	15	12.3%
NSA	4	3.3

<b>Comunicação com o familiar</b>		
Extrema	52	43.0%
Muita	22	18.2%
Alguma	10	8.3%
Pouca	5	4.1%
Nenhuma	23	19.0%
NSA	9	7.4%
<b>Conversas com o familiar relacionadas com o fim de vida</b>		
Extrema	53	43.8%
Muita	17	14.0%
Alguma	9	7.4%
Pouca	5	4.1%
Nenhuma	18	14.9%
NSA	19	15.7%
<b>Despedir-se do seu familiar</b>		
Extrema	70	57.9%
Muita	9	7.4%
Alguma	8	6.6%
Pouca	6	5.0%
Nenhuma	22	18.2%
NSA	6	5.0%
<b>Limitação em estar presente no momento da morte</b>		
Extrema	81	57.4%
Muita	14	9.9%
Alguma	7	5.0%
Pouca	5	3.5%
Nenhuma	25	17.7%
NSA	9	6.4%
<b>Limitação em ver e/ou tocar o corpo</b>		
Extrema	70	49.6%
Muita	17	12.1%
Alguma	6	4.3%
Pouca	8	5.7%
Nenhuma	36	25.5%
NSA	4	
<b>Limitação em realizar velório/cerimónia de corpo presente</b>		
Extrema	72	51.1%
Muita	30	21.3%
Alguma	11	7.8%
Pouca	12	8.5%
Nenhuma	15	10.6%
NSA	1	.7%

Quanto à vivência dos enlutados relativamente às limitações experienciadas no fim de vida e morte do seu ente querido, durante a pandemia COVID-19, no que se refere à limitação de visitas ao familiar doente, 76 (62.8%) referiram “extrema” dificuldade em visitar o familiar. Relativamente ao estar presente e poder acompanhar o seu familiar, 77 (63.1%) responderam que sentiram igualmente extrema dificuldade e apenas quatro (3,3%) referiram “pouca” dificuldade. Em relação à comunicação com o familiar, 52

(43%) respondeu sentir extrema dificuldade e 22 (18.2%) muita dificuldade. Comparativamente ao que teria sido o seu desejo, a limitação pelas restrições, relativas ao ter conversas com o seu familiar relacionadas com o fim-de-vida ou morte, 53 (43.8%) assinalou “extrema”, 17 (14%) “muita, cinco (4.1%) “pouca”. Em relação à limitação de se despedir do seu familiar, 70 (57.9%) referiu “extrema” e 9 (7.4%) “muita”. Quanto ao estar presente no momento da morte, 81 (57.4%) respondeu “extrema”, 14 (9.9%) salientam muita dificuldade. Relativamente à limitação de tocar e ver o corpo do falecido, 70 (49.6%) respondeu “extrema” e 17 (12.1%) “muita”. No que se relaciona à limitação de realizar velório ou cerimónia de corpo presente, 72 (51.1%) refere extrema dificuldade e 30 (21.3%) assinalaram muita dificuldade, como pode ser observado na tabela 3.

### **Resultados do suporte social e apoio no luto**

Na tabela 4, estão caracterizados os resultados referentes às vivências dos enlutados relativamente às limitações experienciadas no fim de vida e morte do ente querido.

*Tabela 4 - Suporte social e apoio no luto*

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Limitação em estar acompanhado por familiares e/ou amigos</b>		
Extrema	59	48.8%
Muita	29	24.0%
Alguma	7	5.8%
Pouca	6	5.0%
Nenhuma	17	14.0%
NSA	3	2.5%
<b>Sente limitação em receber apoio dos profissionais</b>		
Extrema	41	33.9%
Muita	22	18.2%
Alguma	16	13,2%
Pouca	9	7.4%
Nenhuma	25	20.7%
NSA	8	6.6%
<b>Sente limitação em ter a presença das pessoas que desejava no funeral</b>		
Extrema	77	54.6%
Muita	30	21.3%
Alguma	11	7.8%
Pouca	12	8.5%
Nenhuma	11	7.8%
<b>Sente limitação em contacto físico (abraços) com outras pessoas</b>		
Extrema	90	63.8%
Muita	25	17.7%
Alguma	12	8.5%



Pouca	5	3.5%
Nenhuma	8	5.7%
NSA	1	.7%
<b>Apoio no luto pelo médico de família</b>		
Presencial	11	7.8%
Telefone	10	7.1%
Online	2	1.4%
Misto presencial/telefone	3	2.1%
Misto presencial/online	1	.7%
NS/NR	114	80.9%
<b>Apoio no luto pelo Psiquiatra</b>		
Presencial	6	4.3%
Telefone	5	3.5%
Online	1	.7%
Misto presencial/telefone	1	.7%
Misto presencial/online	2	1.4%
NS/NR	126	89.4%
<b>Apoio no luto pelo psicólogo</b>		
Presencial	14	9.9%
Telefone	15	10.6%
Online	4	2.8%
Misto presencial/telefone	2	1.4%
Misto presencial/online	3	2.1%
NS/NR	103	73.0%
<b>Apoio no luto pelo Líder religioso/espiritual</b>		
Presencial	7	5.0%
Telefone	4	2.8%
Online	1	.7%
Misto presencial/online	1	.7%
NS/NR	128	90.8%
<b>Apoio no luto, em caso de ter recebido, em que medida considera que foi útil?</b>		
Extremamente	22	15.6%
Bastante	21	14.9%
Razoavelmente	9	6.4%
Pouco	7	5.0%
Nada	2	1.4%
NS/NR	80	56.7%

No que concerne ao fato de estar acompanhado por familiares ou amigos, 59 (48.8%) respondeu sentir extrema limitação e 29 (24%) muita limitação. Com relação ao apoio de profissionais, 41 (33.9%) admite ter tido extrema dificuldade em receber apoio, 22 (18.2%) referem muita dificuldade. Referente à limitação de ter a presença de pessoas que desejava durante o funeral, 77 (54.6%) respondeu “extrema”, 30 (21.3%) “muita”. Em relação a ter contato físico e.g. (abraços) com outras pessoas, 90 (63.8%) referiu extrema dificuldade, 25 (17.7%) muita dificuldade.

No que diz respeito ao apoio no luto, nomeadamente por parte do médico de família, apenas 19,1 tiveram algum tipo de acompanhamento, 10,6% tiveram

acompanhamento por psiquiatra e 27% tiveram acompanhamento no luto por um psicólogo sendo que 15 (10.6%) obteve apoio através de telefone e (9.9%) obteve apoio presencial. No que concerne ao apoio espiritual/religioso, sete (5%) obtiveram apoio presencial. Em relação ao apoio recebido e a percepção de utilidade do mesmo, 80 (56.7%) não revela, 22 (15.6%) referem ter sido de extrema importância e 21 (14.9%) consideram bastante útil, como pode ser observado na tabela 4.

### Resultados Descritivos

Na tabela 5, são apresentados os resultados da estatística descritiva, referentes à sintomatologia ansiosa e depressiva, suporte social geral, dos amigos e familiar.

Tabela 5 - Estatística descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Sintomatologia Ansiosa	141	1.00	5.00	12.55	1.10
Sintomatologia Depressiva	141	1.00	5.00	13.08	6.45
Apoio Social Total	141	1.00	5.00	4.09	.96
Apoio Social- Amigos	141	1.00	48.00	15.92	4.39
Apoio Social- Família	141	1.00	5.00	15.84	4.60
Apoio Social- Outros	141	1.00	5.00	17.24	4.256

Relativamente aos resultados da análise estatística descritiva das variáveis em estudo foram encontrados uma média de 12.55 (DP= 1.10) (média por item de M=2.09, DP= 1.10) para a ansiedade e 13.08 (DP= 6.45) (média por item de 2.17 (DP=1.07) para a depressão o que indica que a população do estudo no geral sente-se algumas vezes ansiosa ou deprimida. O suporte social percebido foi mais elevado por parte de outras pessoas com uma pontuação média de M= 17.24 (DP= 4.256) do que por parte dos familiares (M=

15.84, DP= 4.60) ou amigos (M= 15.92, DP= 4.39), como pode ser observado na tabela 5.

Na tabela 6, estão representados os resultados da correlação entre PLP, sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão) e o suporte social.

Tabela 6 - Correlações entre a PLP, sintomatologia psicopatológica e suporte social

	1	2	3	4	5	6	7
1.Luto complicado	-						
2.Sintomatologia Ansiosa	.513**	-					
3.Sintomatologia Depressiva	.514**	.857**	-				
4.Apoio Social Total	-.253**	-.177*	-.321**	-			
5.Apoio Social- Amigos	-.360**	-.257**	-.337**	.855**	-		
6.Apoio Social- Família	-.172*	-.105	-.251**	.891**	.631**	-	
7.Apoio Social- Outros	-.131	-.103	-.255**	.873**	.609**	.689**	-

\*\*A correlação é significativa no nível 0,001 (2 extremidades)

\*A correlação é significativa no nível 0,005 (2 extremidades).

Quanto à relação entre a PLP e a percepção de suporte social foram realizadas correlações de Pearson, com o objetivo de compreender e caracterizar a relação da PLP com as diferentes fontes de suporte social, ou seja, proveniente dos amigos e familiares, além de se realizar a análise de correlação com o suporte social geral. Deste modo, tal como é observável na tabela 6, a PLP apresenta correlações significativas negativas e fracas com as subescalas do suporte social, amigos ( $r = -.360$   $p \leq .001$ ) e familiares ( $r = -.172$ ,  $p \leq .005$ ), ou seja, quanto maior a sintomatologia de luto, menor o suporte social percebido, por parte da família e dos amigos. Sublinhando-se que a relação da PLP com

o apoio social proveniente dos amigos foi a correlação que apresentou mais força de entre as mencionadas.

De seguida, de modo a compreender e caracterizar as relações entre a PLP e a sintomatologia psicopatológica, nomeadamente ansiosa e depressiva, recorreu-se a correlações de Pearson, tendo-se observado relações positivas e moderadas em ambos os casos ( $r = .513, p \leq .001$ ;  $r = .514, p \leq .001$ ), tal como se pode verificar na tabela xxxx. Assim sendo, os resultados parecem indicar que os enlutados diagnosticados com PLP apresentam maiores níveis de ansiedade e depressão.

Para compreender e caracterizar a relação entre a sintomatologia psicopatológica (ansiosa e depressiva) e o apoio social (geral, da família, dos amigos, de outros), voltou-se a recorrer a correlações de Pearson, tal como se pode visualizar na tabela (x). Tendo-se identificado que a sintomatologia depressiva apresenta correlações negativas fracas estatisticamente significativas com o suporte social geral ( $r = -.321, p \leq .001$ ) e familiar ( $r = -.251, p \leq .003$ ), sendo que, a relação com o suporte social proveniente dos amigos ( $r = -.337, p \leq .001$ ) foi a mais forte. Relativamente à sintomatologia ansiosa, esta apresentou também relações negativas com as variáveis do suporte social, no entanto, só foram estatisticamente significativas quando se correlaciona com o apoio social geral ( $r = -.177, p = .036$ ) e proveniente dos amigos ( $r = -.257, p = .002$ ), indicando que quanto menor o suporte social percebido maior os níveis de ansiedade e depressão.

De modo a compreender quem são os enlutados que apresentam o diagnóstico de PLP foi realizado o teste  $X^2$ . Tendo sido encontradas diferenças significativas, entre os que não viviam e os que viviam com o falecido ( $X^2(1) = 9.370; p = .002; N = 141$ ), considerando que existe maior incidência de PLP nos enlutados que não viviam com o

falecido. Relativo às diferenças entre os sexos e parentesco e as demais variáveis (PLP, suporte social, ansiedade e depressão), não se encontraram diferenças significativas.

Relativamente a PLP apenas 8.5% (12) dos participantes cumpriram os critérios para o diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado.

Na tabela 7, é apresentado o resultado da regressão linear.

Tabela 7 - Regressão linear múltipla, método *stepwise*

		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	T	Sig.
		B	Erro padrão	Beta		
1	(Constantes)	6,678	1,392		4,798	0,000
	Depressão	1,435	0,096	0,787	15,026	0,000

Pretendeu-se através de uma regressão linear múltipla verificar das variáveis em estudo, quais poderiam ser preditores para maior sintomatologia de luto prolongado. Para isso utilizou-se o somatório dos itens descritivos da intensidade dos sintomas do PG-13.

O modelo de regressão linear múltipla utilizando o método *stepwise* para o luto prolongado revelou-se estatisticamente significativo [F= 225.795 (7.291),  $R_{2a}=.616$ ;  $p\leq.001$ ]. Contudo, a análise dos coeficientes de regressão e da sua significância estatística revelou que apenas a depressão ( $b=.787$ ,  $t(139)=15.026$ ;  $p\leq.001$ ) é preditor significativo para o luto prolongado (Tabela 7.). A ansiedade e o suporte social foram retirados. Este modelo explica 62% da variância.

### **Análise qualitativa**

De modo a compreender e descrever a vivência dos enlutados, relativamente às limitações vivenciadas no fim de vida e morte do seu ente querido durante a pandemia de COVID-19, recorreu-se à análise de sete entrevistas realizadas com indivíduos que preenchessem os critérios de inclusão e que foram convidados a participar na entrevista

após terem anteriormente respondido ao questionário. Nos anexos encontra-se o guião de entrevista (Anexo C). Deste modo constitui-se um tipo de amostragem não probabilístico ou não aleatório, dado que a probabilidade de determinado indivíduo pertencer à amostra não ser a mesma para todos os elementos pertencentes à população alvo, ou seja a amostra é intencional e de conveniência (Martins, 2011). A amostra é constituída por sete enlutados que apresentam idades compreendidas entre os 25 anos e 57 anos de idade, dos quais seis são de sexo feminino e um do sexo masculino. Dos sete participantes, seis apresentam como habilitações literárias o 12º ano de escolaridade e um, a licenciatura e residem maioritariamente em zona urbana. Quanto ao grau de parentesco em relação ao ente querido, cinco destes enlutados referiram a morte de pai/mãe, (5), um, avô/avó e outro um amigo. Relativamente à situação profissional a totalidade dos participantes encontra-se ativo a tempo inteiro. A tabela 8 apresenta os dados, dados sociodemográficos dos participantes enlutados. A tabela 9 apresenta características relacionadas com o ente querido falecido.

*Tabela 8 - Caracterização Sociodemográfica dos participantes enlutados*

<b>P</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Grau de parentesco do falecido</b>	<b>Zona de residência</b>	<b>Situação profissional</b>
HA	M	44	12º ano	Pai	Urbana	Ativo, tempo inteiro
AS	F	41	12º ano	Pai	Urbana	Ativo, tempo inteiro
HP	F	25	12º ano	Avó/Avô	Mista	Ativo, tempo inteiro
IS	F	32	12º ano	Pai	Urbana	Ativo, tempo inteiro

O suporte social e a sintomatologia psicopatológica no processo de luto durante a pandemia COVID-19

ZV	F	45	Licenciatura	Mãe	Urbana	Ativo, tempo inteiro
MJL	F	57	12º ano	Colega de trabalho	Mista	Ativo, tempo inteiro
MJG	F	46	12º ano	Mãe	Urbana	Ativo, tempo inteiro

Legenda: P- Participante; M- Masculino; F- Feminino;

Tabela 9 - Características dos doentes falecidos

Participante	Sexo	Local da morte	Data de óbito	Doença prévia	Causa da morte	Se internado (tempo de internamento)
HÁ	M	Hospital	29/04/2020	Cancro	N.R.	2 semanas
AS	M	Hospital	08/01/2021	Cancro	Infeção cardíaca	2 semanas
HP	M	Domicílio	30/04/2020	N.R.	N.R.	
IS	M	Hospital	08/01/2021	Doença cardíaca	COVID-19	30 dias
ZV	F	Lar idosos	06/08/2020	Diabetes	N. R.	3 semanas
MJL	M	Domicílio	30/07/2020	N.R.	Suicídio	
MJG	F	Hospital	10/04/2020	Cancro pulmão	Pneumonia	1 semana

Legenda: P- Participante; M- Masculino; F- Feminino; N.R.- Não revelado.

Considerando a informação recolhida, esta foi organizada em quatro partes apresentadas a seguir de modo ordenado: Impacto das restrições por Covid-19 no processo de luto; Impacto psicológico pós-perda; Fatores protetores para a Perturbação de Luto Prolongado; Fatores de risco para a Perturbação de Luto Prolongado.

Relativamente aos aspetos específicos identificados pelos participantes como resultantes das restrições associadas à pandemia de Covid-19, que afetaram o seu processo de luto, observou-se que o Distanciamento físico/ social foi o mais mencionado, especificamente um total de 31 vezes (“... mas sinto-me completamente sozinha, eu durante os primeiros meses eu sentia-me completamente sozinha, ...” (ZV)). A perceção de ausência/ insuficiência de informações acerca do estado do ente querido internado foi a segunda subcategoria mais mencionada, com um total de 27 referências (“...foi essencialmente vedarem-nos todo e qualquer informação relativamente ao estado dela...” (ZV)). A ausência/ insuficiente de comunicação com ente querido falecido, durante a etapa de internamento foi também muito sublinhada, sendo referida pelos participantes 25 vezes (“...porque eu não me podia aproximar dela, eu não podia, eu não podia porque em contexto de Covid, eu via minha mãe a sair de uma porta grande do hospital, entrar na ambulância ela nem sequer percebeu que eu estava, que eu estava ali...” (ZV)). O Atraso no atendimento médico ou acesso aos cuidados de saúde foi identificado 20 vezes (“Penso que se não fosse o covid, tínhamos conseguido levá-lo ao cardiologista que o tinha operado em Coimbra..., penso eu..., penso que tinha sido seguido de outra maneira, penso que tinha feito exames de outra maneira” (AS)).

Apresentando uma frequência inferior a 20 vezes, os participantes sublinharam a Ausência e restrições nos rituais fúnebres tendo sido mencionada 16 vezes (“Mas o fato de não ter havido um velório, um enterro, tudo, o dia da, aquilo não foi um funeral foi uma cremação e foi a coisa mais deprimente da vida... mas foi assim, claro que foi violento, ...” (MJG)). A impossibilidade de despedida do ente querido falecido identificada 13 vezes (“Eu a última vez que falei com a minha mãe foi ela entrar no elevador do meu prédio...não lhe dei um último beijinho, não lhe dei um último abraço, não lhe dei último carinho.” (ZV)), e a perceção de desumanização dos serviços de saúde



mencionada num total de 13 vezes (“...buscar apenas os pertences dele... que me entregaram num saco plástico... só! Pronto, foi assim uma coisa muito..., muito fria, muito... não sei explicar... muito...” (AS)). Por fim, relativo às subcategorias em que se observou uma frequência inferior a 10 vezes, salienta-se por ordem decrescente, a impossibilidade de visualização do ente querido falecido após a morte relatada 8 vezes (“...velar um caixão fechado é, é, é uma experiência arrasadora, arrasadora, quem é que me garante a mim que é a minha mãe que ali está...” (ZV)). A percepção de falta de apoio instrumental identificada sete vezes (“...e há timings, e os timings não se atrasam, porque há Covid ou porque não há Covid, isso foi horrível, foi um pandemónio e ninguém, ninguém, não há nada escrito como é que se faz...” (MJG)), as limitações ao nível de atividades de lazer mencionada quatro vezes (“O que eu não tive foi as outras distrações que também precisamos e que também nos fazem bem, o sair à noite, o beber uma cerveja, o ir a algum sítio...” (IS)), e a percepção da inutilidade das restrições durante a pandemia de COVID-19 que apresentou a mesma frequência (“Depois começa-se a pensar que aqueles esforços de andar a prevenir, para que aquelas pessoas não apanhem o covid, para não morrerem daquilo... não é evitar, ou que tivessem problemas por causa daquilo, não valeu de nada” (HP)).

De seguida, relativo ao impacto psicológico observado pós-perda, no contexto da pandemia, salienta-se por ordem decrescente: percepção de dificuldade em processar o luto durante a pandemia por COVID-19 indicado num total de 29 vezes (“...fazer, fazer o luto... ainda me está a ser muito difícil fazer o luto...” (AS)); ansiedade indicada 10 vezes (“...mais ansiosa, mais ansiosa, muito mais reticente em fazer as coisas...” (IS)); experiência de revolta/ raiva com uma frequência de oito (“...e continuo a sentir, a revolta... não sei bem com quem, nem sei bem... nem sei bem com o quê... sei que... tiraram-me uma coisa que eu tinha direito.” (HA)); sentimento de arrependimento e culpa

salientada sete vezes (“...passado um ano, ainda cá está..., a culpa ainda cá está...(AS)); saudades enfatizada seis vezes (“...é saudade...é essa falta que eu sinto é a ligação, ligar todos os dias...” (ZV)); sentimento de “vazio” mencionada cinco vezes (“Mas, mas o que me deixou mais perturbado foi a, foi a... o vazio, ...” (HA)); Vontade de chorar salientada cinco vezes (“...mas muitas vezes depois chego ao carro... e choro!... venho no caminho para casa a chorar...” (AS)).

As seguintes subcategorias foram as que apresentaram uma frequência igual ou inferior a três, descritas também por ordem decrescente: dor emocional (“Isso é que me dói, ...” (HA)); sentimento de exaustão (“...esgotou-me completamente... lidar com o facto de a minha irmã teve COVID, e portanto lidar com o fato de ter outra vez alguém próximo com uma doença, lidar com o fato de ficar em isolamento e não poder ver a minha mãe” (IS)); humor deprimido (“...a pandemia trouxe, trouxe uma doença, trouxe ao de cima uma doença que era muito desvalorizada até agora não é, que era a depressão.” (MGL)); entorpecimento emocional (“...mas é assim, eu vivi num estado de dormência...” (ZV)); imagens intrusivas (“...a última imagem que eu vejo é... é quando... eu deixei o meu pai nas urgências do hospital e as portas a fecharem-se... e ele a passar com a cadeira de rodas...” (AS)).

Ao nível dos fatores protetores da PLP identificados, o apoio psicológico profissional foi o mais salientado pelos participantes, tendo sido mencionado num total de 18 vezes (“...eu falo por mim, eu, eu posso recorrer a um psicólogo todos os meses a pagar do meu bolso, neste momento posso fazer isso, amanhã não sei, mas é assim, há muitos milhares de pessoas que não o podem fazer, ...” (ZV)). O suporte social por parte dos amigos foi relatado 12 vezes (“...porque cada um de nós está no seu processo e os amigos ham, acabam por pronto, por perceber melhor talvez...” (ZV)), seguindo-se do

suporte social presencial que foi sublinhado 11 vezes no decorrer do total de entrevistas (“...precisamos de, do abraço, que eu acho que o abraço é fundamental, mais do que qualquer palavra, o abraço diz tudo, tudo...” (ZV)). A procura consciente de estratégias de *coping* saudáveis para lidar com o processo de luto foi referida nove vezes (“...a vida tem que continuar, a vida tem que continuar porque uma pessoa tem que continuar a ir para o trabalho tem que continuar a dar atenção às minhas filhas, a vida continua mas continua de uma maneira completamente diferente...” (ZV)) e o suporte social por parte da família sete vezes (“...ela só não foi mais abaixo, porque... tem o neto, tem o meu filho... hum... e tem-me a mim, e tem a minha irmã... e o, e os genros... estamos sempre a...” (AS) (uma vez)).

As seguintes subcategorias foram mencionadas três vezes ou menos: suporte social proveniente de pessoas no geral (três vezes) (“...acima de tudo, ter sempre alguém, nós precisamos sempre de alguém...” (IS)); “boa morte” (duas vezes) (“...portanto foi uma coisa mesmo muito rápida e de alguma forma isso sempre me deu algum conforto, porque, porque, é horrível, e ainda por cima, a minha mãe iria ser a pior doente da história.” (MJG)); aceitação da morte (duas vezes) (“...mas acho que isso também faz parte, hamm, mas bem, porque a vida continuou, casei” (MJG)); tentativa de manutenção do vínculo com ente querido falecido (duas vezes) (“Depois dou uma voltinha ao cemitério, estou um bocadinho a conversar com ele...” (AS)); percepção do estado de saúde (duas vezes) (“...eu percebi muito bem que, a medicação que ele estava a tomar não era para o salvar, nem para pôr, nem para... era apenas para adiar algo...” (HA)); aceitação do impacto das restrições por COVID-19 (“...não me sinto culpada por isso porque não foi, não foi por minha culpa não é, mas por circunstâncias externas mas de não poder apoiar e de não, não é de não ter apoiado mas de não poder ter querido fazer o que eu gostava...” (MJG)).

Quanto aos fatores de risco da PLP, a subcategoria mais mencionada foi o medo experienciado pré-perda, associada ao risco de transmitir ou ser contaminado por COVID-19 referido 13 vezes (“...eu não queria imaginar ter sido eu a transmitir isto, isso era stressante, muito stressante, ...” (HP)). De seguida, observou-se a perceção de insegurança face aos cuidados de saúde obtidos pré-morte sobressaltada nove vezes (“...portanto, eu acho que lhe poderiam ter prolongado a vida, eu acho que com toda a certeza com um exame com um tratamento adequado com medicação adequada, acho que poderia ter sido diferente, sim...” (ZV)), seguindo-se da perceção de *stress* pré-morte associado à vulnerabilidade do ente querido falecido referida oito vezes (“...ela tinha alguns problemas de saúde nomeadamente a insuficiência renal e a diabetes...” (ZV)) e a sobreexposição aos média e ao tema de morte sublinhada sete vezes (“...maneira como se passou a informação, durante estes dois anos, hamm, a comunicação social extrapolou muito as coisas porque o próprio governo e a DGS também o permitiram porque não tiveram mão nisso...” (IS)). A morte inesperada (“supostamente também contávamos, que, que ele viesse embora, não é?! que tu... que não morresse da operação.” (HP)) e a perceção negativa do contexto de morte (“... aceitar que ele faleceu no meio de plásticos e desinfetantes...” (IS)), foram referidas quatro vezes. A sobrecarga de responsabilidades/tarefas foi salientada três vezes (“...ainda não chorei tudo, porque ainda não consegui ter tempo só para mim para fazer isso, ... porque são duas miúdas que são muito pequeninas continuam a precisar do pai e da mãe e lá está a vida continua e essa vida tem -se sobreposto.” (ZV)) e o desconhecimento da causa morte (“...e eu não sei se até hoje... ele morreu por causa das tensões altas?!” (HP)) e a falta de suporte familiar (“...é tudo em cima de mim, é tudo, tudo sou eu, tudo tenho de ser eu a tratar...” (MJG)), foram faladas duas vezes.

Por fim, as seguintes subcategorias foram somente referidas uma vez: conflitos familiares durante o processo de luto (“...foi lidar com a gestão com o meu irmão, porque o meu pai tem uma relação, agora está mais ou menos, mas tinha uma relação péssima” (MJG)); atividade profissional associada aos cuidados de saúde (“...mas a nível de, estou a falar de enfermeiros, houve muita, muitas manifestações de idas ao psicólogo, e ao psiquiatra e porque isto, a doença, o ser afetado, a família, o medo de infetar a família e tudo estas restrições, uma doença que se desconhecia, que estávamos a viver a primeira vez, não foi fácil, sim, não foi fácil.” (MJL)); morte violenta (“...foi uma morte violenta, foi, foi, foi um suicídio...” (MJL)); grau de parentesco (“...eu era filha única da minha mãe, éramos muito muito próximas porque fomos as duas cuidadoras do meu pai,...” (ZV)); datas comemorativas (“...porque há alturas do, do ano por exemplo Natal é uma altura difícil, ham, o aniversário dela que seria na próxima semana dia dez, com toda a certeza vai ser um dia muito difícil, o meu aniversário que é em março e assim são os aniversários, os aniversários de qualquer coisa,...” (ZV)); preocupação com o processo de luto das crianças (“ele pensava que o avô vinha no dia a seguir, estava sempre com uma coisa que o avô vinha embora, que o avô vinha embora... e de repente dizer-lhe que o avô já não vinha mais...” (AS)); sintomatologia patológica prévia do enlutado (“...porque muito barulho dá-me ansiedade, muitas pessoas dá-me ansiedade, e não está relacionado com o COVID, ...” (IS)).



## Discussão

A presente investigação teve como principal objetivo compreender e caracterizar as relações entre a PLP, sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão), suporte social percebido e o impacto do suporte social no processo de luto. Apresentando como objetivos específicos compreender e caracterizar os seguintes fenômenos: a PLP; a relação entre o suporte social e a PLP; a relação entre a sintomatologia psicopatológica e a PLP; a relação entre a sintomatologia psicopatológica e o suporte social percebido. Além de compreender e descrever a vivência dos enlutados relativamente às limitações vivenciadas no fim de vida e morte do seu ente querido durante a pandemia de COVID-19.

Neste sentido, inicialmente identificou-se a percentagem de participantes com PLP, concluindo-se que este diagnóstico estava presente em 8.5% da amostra estudada. A percentagem é inferior à identificada em estudos anteriores, nomeadamente no desenvolvido em Portugal por Delalibera et al., (2011), em que, de entre 102 participantes, 22,5% demonstravam sintomas associados ao luto prolongado, o estudo desenvolvido por Lundorff et al., (2017) que apontam uma taxa de incidência pré-pandemia de 10% e a meta-análise realizada por Kustanti et al., (2023) contemplando estudos de 2020-2021 que apresentavam uma incidência de PLP de 46.4%. Alguns autores perspetivaram, (Eisma et al., 2021; Gesi et al., 2020; Neimeyer & Lee, 2022), um impacto negativo superior, por se considerar que a recente pandemia por COVID-19 constitui uma das maiores crises de saúde pública do século, que expôs as pessoas a um conjunto alargado de *stressores* de saúde mental. Este resultado, pode ser reflexo da amostra mais geral do que dos demais estudos citados, do método utilizado para o recrutamento de participantes aplicado na presente investigação que recorreu à partilha

do questionário através de diferentes vias de divulgação social, ao invés de recorrer diretamente a unidades que tenham contacto com a população enlutada, que teriam a possibilidade de facilitar o processo. Sendo, portanto, importante salientar que a presente amostra não deve ser considerada representativa da população portuguesa.

Outra justificativa seria que, o resultado do presente estudo vai de encontro ao divulgado por alguns autores que referem o crescimento e o desenvolvimento de maiores níveis de resiliência após as adversidades (Derckx et al., 2020), ou seja, neste caso a grande maioria dos enlutados conseguiu adaptar-se e acomodar a perda na sua vida (Aoun et al., 2020; Breen, 2020). Pode igualmente representar o esforço realizado no sentido de se mitigar as consequências das restrições relativamente aos rituais de despedida e funerários com a criação de formas alternativas de comunicação e de comemoração tais como: a transmissão *online* de funerais, a escrita de cartas para os seus familiares internados, o acesso a meios *online* para conversar com o ente querido, os memoriais e os grupos de apoio *online*, gravação de músicas e vídeos mesmo para familiares em terapia intensiva, o apoio psicológico disponibilizado, assim como as ajudas financeiras disponibilizadas como forma de diminuir a sobrecarga de fatores stressores (Burrell & Selman, 2020).

No entanto, é relevante ressaltar que apesar da percentagem da amostra que apresentou sintomas de PLP ter sido reduzida em comparação com o esperado, a subcategoria perceção de dificuldade em processar o luto durante a pandemia por COVID-19 foi mencionada 29 vezes, sendo assim possível observar que os múltiplos stressores salientados em investigações anteriores foram percecionados pela população geral (Eisma & Tamminga, 2020; Menzies et al., 2020; Neimeyer & Lee, 2022; Stroebe & Schut, 2021). Sobre a PLP na presente amostra, foi ainda interessante verificar que não



se observaram diferenças significativas entre os sexos e parentesco, tal como proposto em investigações prévias (APA, 2014), de tal modo que, nas entrevistas realizadas, o impacto do grau de parentesco foi somente mencionado uma vez, podendo revelar que os variados stressores a que as pessoas foram expostas durante a pandemia possam ter gerado alterações significativas nos diferentes processos de luto (Breen et al., 2021; Harrop et al., 2021). De realçar, no entanto, que a percentagem de enlutados com diagnóstico de PLP se encontram maioritariamente entre aqueles que não viviam com o ente querido falecido. Este resultado difere dos encontrados na literatura, uma vez que referem que o número de enlutados diagnosticados com PLP se encontra maioritariamente entre indivíduos que residem com os familiares doentes, facto explicado pela sobrecarga de responsabilidades (Stroebe & Schut, 2016) pela dificuldade de obter apoio formal e informal de que necessitam, pela falta de compaixão e de compreensão por parte de amigos e familiares assim como pela dificuldade em expressar os seus sentimentos e necessidades, contribuindo para o isolamento social e perceção negativa de qualidade de vida (Aoun et al., 2020; Areia et al., 2017). O resultado deste estudo pode ser explicado pelas consequências das restrições da pandemia de COVID-19, que intensificaram as experiências de perda, nomeadamente o isolamento social que não permitia a ida a casa do familiar falecido, a partilha do abraço e do cuidado, a morte repentina e em terapia intensiva sem a possibilidade de visita e do último adeus, bem como a ausência de rituais fúnebres, fatores que podem concorrer para o desenvolvimento de angústia, sentimentos de culpa, e reações de luto complicado (Aguiar et al., 2020; Harrop et al., 2021; Neimeyer & Lee, 2022).

Relativo às relações entre as variáveis anteriormente descritas, entre o suporte social e a PLP, tal como referido, observou-se uma correlação negativa significativa da

perturbação com o apoio social familiar e proveniente dos amigos, sendo o último a mais forte. Estes resultados são congruentes com a literatura que refere que o suporte social promove uma adaptação positiva na presença de adversidades (Lakey & Orhek, 2011), tendo um papel muito relevante no processo de luto. De tal modo que, a DGS (2019), tal como outros autores (e.g. Parkes, 1998; Worden, 2008; Barbosa, 2010; Maciejewsky et al., 2022), identificam a perceção de fraco suporte social, como fator de risco para a PLP, sendo a solidão muitas vezes associada a um maior risco de desenvolver PLP (Barbosa, 2010). No mesmo sentido, os resultados qualitativos demonstraram que os participantes foram muito afetados negativamente pelas restrições associadas ao distanciamento físico/social (31 referências), aos rituais fúnebres (16 referências) e restrições a visitas/comunicação com o seu familiar (25 referências). Ressaltando ainda como fatores protetores para a PLP, o suporte social por parte dos amigos (12 referências), da família (7 referências) e no geral (três referências), que é congruente com os resultados obtidos nas análises quantitativas. O facto de os amigos terem sido consistentemente indicados como a principal fonte de apoio vai de encontro com teorias recentes que propõe um aumento da importância das amizades nas atuais gerações (Fiori et al., 2020). Podendo também resultar da alteração de rotinas e da sobrecarga de tarefas por parte de alguns membros da família, com conseqüente foco em aspetos mais logísticos e com menos foco na conexão emocional que pode prejudicar os recursos psicológicos como a paciência e a empatia tornando as interações mais desafiadoras (Harrop, et al., 2021; Stroebe & Schut, 2021). Apesar dos participantes relatarem que tinham pessoas do seio familiar para conversar, alguns relataram maior nível de solidão provavelmente pelas restrições de interações e pelo receio de incomodar e sobrecarregar emocionalmente familiares e outras pessoas que também estariam em sofrimento, preferindo manter a dor para si próprio,

configurando uma vivência de luto desautorizado com conseqüente inibição em solicitar suporte (Harrop et al., 2021; Zhai & Du, 2020).

Relativo à relação entre a sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão) e a PLP, esta demonstrou-se positiva tanto no caso da ansiedade, como da depressão, corroborando com estudos anteriores que correlacionam o luto disfuncional com níveis clinicamente relevantes de sintomatologia depressiva e de sintomatologia ansiosa após a perda (Kokou-Kpolou et al., 2020). A vivência de luto complicado pode influenciar o surgimento de sintomas de ansiedade e depressão. No entanto, estes sintomas podem estar presentes antes da perda de um ente querido, podendo ser intensificados pela mesma (Jordan & Litz, 2014). Devido ao isolamento social, as pessoas defrontaram-se com a limitação de acesso ao apoio quer de familiares quanto de amigos (Menzies et al., 2020). A atualização diária do número de mortes assim como o diálogo predominante acerca do tema, podem provocar um aumento dos níveis de ansiedade relacionada com morte que foi associada a problemas de saúde mental (Gabriel & Paulino, 2021; Lui & Lui, 2020). Os diferentes fatores relacionados com as características da pandemia de COVID-19, tais como as circunstâncias da morte, a incerteza em relação ao futuro, as perdas adicionais, a fraca percepção de suporte social, e o medo de contrair a doença, podem suscitar narrativas que exprimem raiva, culpa, frustração e ansiedade. Estes fatores podem ter impacto ao nível do ajustamento dos sobreviventes, sendo associados a piores resultados no luto (Neimeyer & Lee, 2022). No mesmo sentido, na análise qualitativa, os participantes referem o impacto significativo do distanciamento social (31 referências) associado ao aumento da solidão e sofrimento psicológico. A ausência de contacto/comunicação com o ente querido, bem como a comunicação identificada pelos participantes como sendo pouco satisfatória com as equipas de saúde durante o período de internamento, (25 referências) pode ter suscitado dúvidas acerca dos cuidados

prestados ao paciente contribuindo para o desenvolvimento de sentimentos de impotência, angústia e humor deprimido (Stroebe & Schut, 2021). Alguns participantes revelam elevado grau de culpa relativamente ao fato de terem conduzido o seu familiar ao hospital contra a vontade do mesmo, deixando-o de alguma forma desprotegido, ou por não estarem presentes física e/ ou psicologicamente nos últimos dias ou nos momentos finais de vida do seu ente querido. A culpa pode contribuir para uma preocupação ruminativa acerca da morte. Estes fatores podem prever sintomas mais elevados de ansiedade, de depressão e PSTP durante a pandemia, particularmente em indivíduos com problemas de saúde pré-existentes, sendo que a sintomatologia depressiva se revelou no presente estudo como preditor significativo para o desenvolvimento de sintomatologia de luto prolongado corroborando com os resultados de estudos anteriores (Neimeyer & Lee, 2022; Testoni et al., 2021).

No que diz respeito à relação entre a sintomatologia psicológica (ansiedade e depressão) e o suporte social, observou-se uma correlação negativa significativa entre os mesmos, o que revela que a perceção de suporte social adequado diminui os níveis de ansiedade e de depressão. Este resultado é coerente com a literatura que refere que a perceção de suporte adequado de amigos e familiares pode ajudar a reduzir a ansiedade, bem como sintomas de exaustão. Promove igualmente a sensação de segurança e de sentimentos de estima que se relacionam com o bem-estar (Harandi et al., 2017; Rehman et al., 2021). Indivíduos sem relacionamentos significativos podem ter de recorrer a um número maior de recursos internos para lidar com os diferentes desafios. A sobrecarga de stressores pode contribuir para a exaustão, comportamentos internalizantes ou para o desenvolvimento de comportamentos desadaptativos (Stroebe & Schut, 2021).

No que concerne às vivências dos enlutados, relativamente às limitações vivenciadas no fim de vida e morte do seu ente querido, referente ao impacto das

restrições por COVID-19 no processo de luto, o isolamento físico/ social foi referido pela maioria dos participantes como sendo um fator stressor relevante, uma vez que dificultou o acesso à informação acerca do estado de saúde do seu familiar, não permitiu a visita ao familiar hospitalizado por receio de contágio, provocou um atraso ao acesso aos cuidados de saúde mesmo, distanciou familiares e amigos que se defrontavam com a perda de um ente querido impossibilitando a partilha da experiência de perda, reforçando os sentimentos de solidão, de culpa e de angústia podendo contribuir para um luto não adaptativo (Menzies et al., 2020, Luiz et al., 2017; Harrop, et al., 2021). A ausência ou a escassa informação acerca do estado de saúde do familiar, e a comunicação com o próprio familiar doente foram descritas pelos participantes como sendo extremamente difíceis, aparecendo como um fator de *stress* considerável. Estes resultados vão de acordo com a literatura que refere que o distanciamento físico/social e a insuficiência de comunicação, podem constituir-se em fatores de risco para luto desadaptativo (Harrop et al, 2021; Menzies & Menzies, 2020; Luiz et al., 2017). Os participantes assinalaram a ausência de rituais fúnebres, a impossibilidade de despedidas, as circunstâncias da morte, o modo como acondicionaram o corpo do falecido despido e a impossibilidade de ver o corpo do falecido, como sendo vivências particularmente dolorosas, evidenciando um processo de perda violento e traumático, na medida em que não permitiram o último adeus e impossibilitaram uma homenagem digna em final de vida do seu ente querido, gerando narrativas que exprimem dor, angústia, revolta, impotência, culpa e ansiedade, com consequente influência na elaboração de um processo de luto complicado, o que também foi referido em outros estudos (Cardoso et al., 2020; Groen et al., 2022; Lenferink et al., 2020; Neimeyer & Lee, 2022). Outro aspeto referido pelos participantes, foi a perceção de falta de apoio instrumental, uma vez que não existiam indicações concretas de como

resolver questões legais e burocráticas relacionadas com procedimentos e documentação diversa (e.g. referente ao funeral e partilhas familiares) e que originou stress adicional.

Em relação ao impacto psicológico pós-perda no contexto de pandemia, e resultante da análise de conteúdo, a perceção de dificuldades em processar o luto e a presença de sintomatologia ansiosa são referidas pela maioria dos entrevistados. Estes achados podem ser decorrentes das restrições adotadas durante a pandemia, nomeadamente o distanciamento social que impossibilitou a partilha da experiência da perda tal como velar e sepultar o corpo do ente querido na presença de outros familiares e amigos, provocando o distanciamento entre estes, levando a um maior isolamento e redução de suporte social. As restrições dos rituais fúnebres e a falta de suporte social, podem comprometer a criação de significado e dificultar a aceitação da morte do paciente tornando os enlutados mais vulneráveis ao desenvolvimento de luto patológico (Wallace et al., 2020; Zhai & Du, 2020).

A raiva, a revolta e a presença de sentimentos de culpa foram relatados por todos os participantes nos momentos após a perda e também a longo prazo, o que traduz sentimentos comuns a todos os participantes perante as circunstâncias da morte. Associando-se ainda, a saudade, sentimentos de vazio e exaustão, dor emocional, humor deprimido e entorpecimento emocional que foram referidos por alguns dos entrevistados. A literatura indica que muitas destas respostas emocionais podem ocorrer dentro de um processo de luto normativo, o que diferencia de um luto prolongado é justamente a intensidade e tempo de sintomatologia presente (Barbosa, 2010; DGS, 2019). No entanto, as perdas ocorridas durante a pandemia de COVID-19 envolvem circunstâncias únicas, que podem conduzir a uma intensificação destas respostas resultando em dificuldades para a elaboração de um processo de luto adaptativo (Cardoso et al., 2020; Neimeyer &

Lee, 2021; Selman et al., 2020). A saudade intensa e a presença de pensamentos recorrentes e intrusivos acerca da pessoa falecida, relatada por um dos participantes (ZV) pode constituir-se em fatores de risco para um processo de luto complicado (Neimeyer & Lee, 2022).

Ao nível dos fatores protetores da Perturbação de Luto complicado, identificam-se o apoio psicológico referido por dois dos entrevistados (ZV; MJG) que permitiu o diagnóstico relativo à presença de sintomatologia psicopatológica e o delineamento de um plano terapêutico que reconhecem ter contribuído para o ajustamento diante das perdas e para a sua recuperação. Este fato reflete a importância de adoção de critérios específicos para o diagnóstico de PLP de modo que pessoas com maiores necessidades possam beneficiar de intervenção especializada durante e após a pandemia (Delalibera et al., 2011). Os restantes cinco entrevistados reconheceram a necessidade de suporte psicológico, porém referiram dificuldades para a obtenção do mesmo. Já a análise quantitativa deste estudo, revelou que a grande maioria dos participantes não mencionou a obtenção de apoio psicológico. Este resultado pode dever-se ao fato de conseguirem lidar com a perda por um lado ou também pelo fato de não terem consciência da necessidade de solicitar apoio ou mesmo por não possuírem recursos financeiros para fazer face aos custos das consultas. Os participantes do estudo valorizaram o apoio de amigos e familiares mais próximos, apesar das dificuldades em obter suporte devido às restrições decorrentes da pandemia. Dois dos entrevistados (MJG; AS) revelaram que conseguiram exprimir as suas emoções e conversar com amigos de trabalho. A percepção de suporte por parte de amigos e familiares podem constituir-se como fatores de proteção, na medida que ajudam a reduzir sintomas de exaustão e sentimentos de insegurança, promovendo a adoção de estratégias de *coping* adaptativas (Siswadi et al., 2023). Desse modo, todos os participantes relataram estratégias de *coping* orientadas para a ação como

dar seguimento à sua atividade laboral, manter o contacto com os seus colegas e familiares mais próximos, o acompanhamento de tarefas escolares dos seus educandos, o cuidado e apoio a familiares enlutados. Dois dos participantes (AS; MJG) identificaram estratégias de *coping* orientadas para manutenção de vínculos. Foram igualmente mencionadas estratégias de *coping* orientadas para a expressão emocional como chorar e conformismo. Um dos participantes referiu não sentir culpa por não poder apoiar ou estar presente nos momentos finais do seu ente querido uma vez que as medidas restritivas partiram de entidades externas não estando no seu controlo. A perceção de debilidade do estado de saúde do seu familiar associada à possibilidade de morte iminente, facilitou a aceitação de morte inesperada por parte de um dos participantes (MJG). Todas estas estratégias são consideradas adaptativas e podem contribuir para a elaboração de um processo de luto normal (Stroebe & Schut, 2021). No entanto, alguns dos participantes relataram estratégias evitantes, tais como sentimentos de raiva, revolta e insegurança face aos cuidados hospitalares em fim de vida, bem como a presença de pensamentos intrusivos acerca do falecido. As estratégias atrás identificadas podem ser melhor compreendidas à luz do Modelo do Processo Duplo de Stroebe & Schut (2010). Segundo este modelo, uma adaptação saudável ao processo de luto, oscila entre momentos orientados para a perda e momentos orientados para a restabelecimento e continuidade da vida envolvendo a construção de uma nova identidade, a atribuição de um novo significado e o desenvolvimento de novas atividades (Stroebe & Schut, 2016). No presente estudo a maioria dos enlutados expressou dificuldades em atribuir significado à perda dos seus familiares, fato que pode ser explicado pelo curto espaço de tempo decorrido desde a perda, e pelas consequências das restrições durante a pandemia. Está descrito na literatura que a presença de sentimentos de culpa, impotência, ausência de suporte social, bem



como raiva e a revolta podem dificultar o processo de atribuição de significado (Chen et al., 2021; Gabriel & Paulino, 2020).

Relativamente aos fatores de risco da PLP, e referente a fatores stressores pré-perda, os participantes referem o medo de transmitir e ser contaminado por COVID-19, a percepção do estado de vulnerabilidade do ente querido, (e.g. idade avançada e doença crónica), a insegurança em relação aos cuidados de saúde em fim de vida do ente querido, a falta de suporte social, bem como a sobre-exposição ao tema da morte como sendo fatores de *stress* adicional. Estes, podem contribuir para o desenvolvimento de sentimentos de culpa, de impotência assim como podem elevar os níveis de ansiedade dificultando o processo de luto (Garvin et al., 2020).

Outros fatores relatados são a morte inesperada e violenta, a percepção negativa do contexto de morte, o desconhecimento da causa de morte, a percepção de falta de suporte familiar, conflitos familiares, sobrecarga de responsabilidades quer a nível familiar quanto profissional, a exaustão relacionada a atividade de profissionais de saúde e a sintomatologia psicopatológica prévia do enlutado. Os resultados parecem ser congruentes com outros da literatura que indicam que as limitações durante a pandemia e as suas consequências podem ter impacto ao nível do ajustamento dos enlutados, podendo contribuir para um processo de luto complicado (Breen, 2020; Eisma et al, 2021; Menzies et al., 2020; Neimeyer & Lee, 2022).



## Conclusões

O luto é considerado um processo adaptativo a uma perda significativa. Este processo é dinâmico e implica mudanças a nível comportamental, psicológico e espiritual. A vivência do luto é diferente de pessoa para pessoa e pode ser influenciada por fatores como a relação que existia com o falecido, as circunstâncias da morte, características da própria pessoa, o seu contexto de vida, dos seus recursos e vulnerabilidade percebida. Com as restrições adotadas durante a pandemia de COVID-19, as pessoas viram restringidas ou até mesmo cancelados os rituais de despedida, os rituais fúnebres e o acesso ao suporte social. Estes são considerados importantes como forma de permitir que os enlutados possam expressar a sua dor, consigam estabelecer laços de comunhão com os outros, receber apoio, bem como prestar as últimas homenagens ao seu ente querido. As limitações/restrições que foram impostas podem ter dificultado a elaboração normal do processo do luto e a criação de significado. É de esperar que devido às características particulares do contexto de pandemia a atribuição de significado à perda por parte dos enlutados necessite de mais tempo. Relativamente aos resultados, confirma-se que a percentagem que apresentou sintomas de PLP foi inferior ao esperado e a literatura, mas pode estar relacionado a amostra do estudo. Todavia, é possível observar que os múltiplos stressores apontados em investigações anteriores foram percecionados pela maioria dos participantes deste estudo com particular impacto ao nível da perceção do suporte social e da sintomatologia depressiva.

Este estudo apresenta como limitações o fato de ser um estudo transversal, descritivo e correlacional o que não permite uma relação causal entre as variáveis, e circunscrito a uma população específica, que maioritariamente tem acesso a internet e redes sociais, e desse modo não pode ser generalizado para outras culturas ou países. A coleta de dados

através de formulários no google pode não permitir o acesso a indivíduos sem internet. Os níveis de autorelato de sintomatologia psicopatológica como ansiedade e depressão podem não corresponder com a avaliação objetiva de profissionais de saúde e não houve um estudo sobre doenças mentais pré-existentes nos participantes do estudo.

Recomenda-se estudos longitudinais para uma compreensão mais profunda acerca do impacto das restrições durante a pandemia no processo de luto assim como da criação de significado e resiliência a nível individual quanto familiar. Sugere-se a tomada de medidas mais abrangentes para proporcionar apoio psicológico para a população em geral.



### Referências

- Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2020). Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 33(9), 543-545. <https://doi.org/10.20344/amp14345>
- Aksoz-Efe, I., Erdur-Baker, O., & Servaty-Seib, H. (2018). Death rituals, religious beliefs, and grief of Turkish women. *Death studies*, 42(9), 579-592. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1407379>
- Albuquerque, S., Coelho, A., Teixeira, T. M., & Santos, R. S. (2021). Luto complicado: Conceptualização, avaliação e intervenção. In S. Gabriel, T. Mourinho Batista, M. Paulino (Eds.), *Luto: Manual de intervenção psicológica* (1.<sup>a</sup>, pp. 21-40). PACTOR.
- Almeida, T. C. S. (2015). Espiritualidade e resiliência: Enfrentamento em situação de luto. *Sacrilegens*, 12(1), 72-91.
- American Psychiatric Association (2022). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: Fifth Editions text revision*. APA
- American Psychiatry Association – APA (2014). *Manual Diagnóstico e Estático de Transtornos Mentais: DSM-5* (5.<sup>a</sup> ed.). Artmed
- Aoun, S. M. (2020). Bereavement support: From the poor cousin of palliative care to a core asset of compassionate communities. *Progress in Palliative Care*, 28(2), 107-114.
- Aoun, S. M., Keegan, O., Roberts, A., & Breen, L. J. (2020). The impact of bereavement support on wellbeing: a comparative study between Australia and Ireland. *Palliative Care and Social Practice*, 14, 2632352420935132.

- Aoyama, M., Sakaguchi, Y., Morita, T., Ogawa, A., Fujisawa, D., Kizawa, Y., ..., Miyashita, M., (2018). Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psychooncology* 27 (3), 915–921. doi:10.1002/pon.4610.
- Ariés, P. (1974). The reversal of death: changes in attitudes toward death in Western societies. *American Quarterly*, 26(5), 536-560.
- Ariés, P. (1981). Invisible death. *The Wilson Quarterly* (1976-), 5(1), 105-115.
- Ariés, P. (2017). *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Nova fronteira.
- Barbosa, A (2016). *Fazer o Luto*. Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A. (2010). Processo de luto. *Manual de cuidados paliativos*, 487-532.
- Barbosa, V., Sá, M., & Rocha, J. C. (2014). Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. *Aging and Mental Health*, 18(3), 354–362. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.833164>
- Basso, L. A., & Weiner, R. (2011). Luto e perdas repentinas: contribuições da terapia cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1),354310.5935/18085687.20110007
- Bernejo, J. C., Villaceros, M., & Fernandez-Quijano, I. (2016). Escala de Mitos en duelo. relación con el estilo de afrontamiento evitativo y validación psicométrica. *Acción Psicológica*, 13(2), 129–142. <https://doi.org/10.5944/ap.13.2.15965>

- Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression in recently bereaved people: Symptom profiles, predictive value and cognitive-behavioral correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 765-777. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01776-w>
- 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. [10.1080/07481187.2012.706982](https://doi.org/10.1080/07481187.2012.706982)
- Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). Disturbed grief: Prolonged grief disorder and persistent bereavement disorder. *BMJ*, 357, J2016. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2016>
- 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>
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression: vol.3*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (2004). *Apego e Perda. Perda: perda: Tristeza e Depressão (Valtensir Dutra, Trad.)*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1985).
- Bradley, L., Hendricks, B., Noble, N., & Fox, T. (2021). COVID-19: Counseling with bereaved parents. *Family Journal*, 29(3), 292–298. <https://doi.org/10.1177/1066480721992510>
- Brandão, C., Taquette, S., & Ribeiro, J. (2017). O Papel da Investigação Qualitativa em Psicologia? *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 6(4), 228. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v6i4.1731>



- Breen, L. J. (2020). Grief, loss and the COVID-19 pandemic. *Australian Journal of General Practice*, Supplement 20. Advance online publication, <https://doi.org/10.31128/AJGP-COVID-20>
- Breen, L., J., Lee, S A., & Neimeyer, R. A. (2021). Psychological risk factors of functional impairment following COVID-19 deaths. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.painsymman.2021.01.006>
- Bronfenbrenner U., & Morris, P. A. (1998). *The ecology of developmental processes*. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 1, pp. 993–1028). New York, NY: Wiley
- Bronfenbrenner, U. (2009). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). *The bioecological model of human development*. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology*, Vol. 1: Theoretical models of human development (6th ed., pp. 793–828). New York, NY: NY: Wiley
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Burrell, A., & Selman, L. E. (2022). How do funeral practices impact bereaved relatives' mental health, grief and bereavement? A mixed methods review with implications for COVID-19. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 85(2), 345-383.

- Cacioppo, S., Capitanio, J. P., & Cacioppo, J. T. (2014). Toward a neurology of loneliness. *Psychological bulletin*, *140*(6), 1464-1504.  
<https://doi.org/10.1037/a0037618>
- Campos, L. P., & Lins, T. (2020). Pandemia à Portuguesa: um relato sobre o Covid-19 em Portugal. Espaço e Economia. *Revista brasileira de geografia económica*, *17*.  
<https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.10369>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves., & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, (vol.2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO
- Cardoso, É., Silva, B., Santos, J., Lotério, L., Accoroni, A. G., & Santos, M. (2020). The Effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. *Revista latino-americana de enfermagem*, *28*, e3361.  
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.4519.3361>
- Carqueja, E. (2017). Luto: um processo dinâmico. In H. Salazar (coord.), *Intervenção Psicológica em cuidados paliativos* (pp. 57-87). Lisboa
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Caraterísticas psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support- MSPSS ). *Psychologia*, *54*, 309-358.
- Chen, Y., Huang, X., Zhang, C., An, Y., Liang, Y., Yang, Y., & Liu, Z. (2021). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety among hospitalized patients with coronavirus disease in China. *BMC Psychiatry* 21-80.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03076-7>

- Coan, J. A., & Sbarra, D. A. (2015). Social baseline theory: The social regulation of risk and effort. *Current opinion in psychology, 1*, 87-91. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.021>
- Coelho, A. M., Delalibera, M. A., & Barbosa, A. (2016). Palliative care caregivers' grief mediators: a prospective study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 33(4), 346-353.
- Crepaldi, M. A., Schmidt, B., Noal, D. D. S., Bolze, S. D. A., & Gabarra, L. M. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37.
- Crubézi, E., & Telmon, N. (2020). Pandemic- related excess mortality COVID-19, public health measures and funeral rituals. *EClinical Medicine*, 22 doi: 10.1016/j.eclinm.2020100358
- Dagnino-Subiabre, A. (2022). Resilience to stress and social touch. *Current opinion in behavioral sciences*, 43, 75–79. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2021.08.011>
- Dahlem, N. W., Zimet, G. D., & Walker, R. R. (1991). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 756-761.
- Delalibera, M., & Coelho, A. (2020). *Protocolo de Investigação: Estado de emergência pela Pandemia SARS-CoV-2 -Impacto no Luto*
- Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validação do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado para a População Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 935-942.

- Delalibera, M., Presa, J., Coelho, A., Barbosa, A., & Franco, M. H. P. (2015). A dinâmica familiar no processo de luto: Revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1119-1134. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.09562014>
- Derkx, P., Bos, P., Laceulle, H., & Machielse, A. (2020). Meaning in life and the experience of older people. *International Journal of Ageing and Later Life*, 14(1), 37-66.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory Report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605. [10.1017/S0033291700048017](https://doi.org/10.1017/S0033291700048017)
- Dezecache, G., Frith, C. D., & Deroy, O. (2020). Pandemics and the great evolutionary mismatch. *Current Biology*, 30(10), 417-419.
- Diário da República. (2020<sup>a</sup>). *Diário da República n.º 55/2020, 3.º Suplemento, Série I de 2020-03-18*. <https://data.dre.pt/eli/decpresrep/14-A/2020/03/18/p/dre>
- Diário da República. (2020b). *Diário da República n.º 85/2020, 3.º Suplemento, série I de 2020-04-30*. <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/33-A/2020/04/30/p/dre>
- Diário da República. (2021). *Diário da República n.º 50-A/2021, Série I de 2021-03-13*. <https://data.dre.pt/eli/dec/4/2021/03/13/p/dre>
- Diário da República. (2021a). *Diário da República n.º 9/2021, 1.º Suplemento, Série I de 2021-01-14*. <https://data.dre.pt/eli/dec/3-A/2021/01/14/p/dre>
- Direção-Geral da saúde - DGS (2019). Norma n.º 003/2019 de 23/04/2019. *Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos*. Direção-geral da saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/04/23/modelo-de-intervanção-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos/>

- Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 265, 146–156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Don, B. P., & Hammond, M. D. (2017). Social support in intimate relationships: The role of relationship autonomy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(8), 1112-1124.
- Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief before and during the COVID-19 pandemic: multiple group comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6) e1-e4. [10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004)
- Eisma, M. C., Boelen, P.A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288 10.1016/j.psychres.2020.113031
- Eisma, M. C., Tamminga, A., Smid, G. E., & Boelen, P. A., (2021). Acute grief after deaths due to Covid-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of Affective disorders*, 278, 54-56. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049>
- Feeney, B.C., & Collins, N.L. (2015). A new look at social support: a theoretical perspective on driving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 19, 113-147.
- Fiori, K. L., Windsor, T. D., & Huxhold, O. (2020). The increasing importance of friendship in late life: Understanding the role of sociohistorical context in social development. *Gerontology*, 66(3), 286-294.

- Fletcher, J., Vidal-Fernandez, M., & Wolf, B. (2018). Dynamic and heterogeneous effects of sibling death on children's outcomes. *Proceedings of the National Academy of Sciences of The United States of America*, 115(1), 115-120.
- Flores, A. D., Zillmer, J. G. V., Schwartz, E., Lange, C., de Leon Linck, C., & Barcellos, C. R. B. (2019). Rede social e o apoio social de pessoas com doença renal crônica em diálise peritoneal. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 7(15), 453-472.
- Franco, M. H. P. (2010). (Org.), *Formação e rompimento de vínculos: o dilema das perdas na atualidade*. São Paulo: Summus
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 14, 237-260.
- Gabriel, S., & Paulino, M, P., (2021). COVID-19: O Processo de Luto em Tempos de Pandemia. In S. Gabriel, M. Paulino, & T. M. Baptista (Cord.). *Manual de Intervenção Psicológica*. Pactor. (pp. 267- 271).
- Gabriel, S., & Paulino, M. (2020). Processo de luto: Viver a perda em tempos de Pandemia. In M. Paulino, & R. Dumas-Diniz (Eds.), *A Psicologia da Pandemia. Compreender e enfrentar a COVID-19*. Pactor. (pp. 131- 148).
- Ganesan B., Al-Jumaily A., Fong K. N.k., Prasad P., Meena S. K., & Tong R. K. (2021). Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak Quarantine, Isolation, and Lockdown Policies on Mental Health and Suicide. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-12. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2021.565190>
- Garvin, D. R., Silver, R. C., Holman, E. A. (2020). The novel coronavirus (COVID-19) outbreak: amplification of public consequences by media exposure. *Health Psychologic*,39: 355-357.

Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I. M., & Dell'Osso, L. (2020).

Complicated grief: what to expect after the coronavirus pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 11, 489.

Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (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>

Groen, S. P., 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>

Han, A., Kim, J., & Kim, J. (2019). Coping strategies, social support, leisure activities,

and physical disabilities. *American journal of health behavior*, 43(5), 937-949.

Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social

support with mental health: A meta-analysis. *Electronic physician*, 9(9), 5212-5222.

Harrop, E., Goss, S., Farnell, D., Longo, M., Byrne, A., Barawi, K., ... & Selman, L. E.

(2021). Support needs and barriers to accessing support: Baseline results of a mixed-methods national survey of people bereaved during the COVID-19 pandemic. *Palliative Medicine*, 35(10), 1985-1997. <https://doi.org/10.1177/02692163211043372>

Hart, J. L., Turnbull, A. E., Oppenheim, I. M., & Courtright, K. R. (2020). Family-

Centered Care During the COVID-19 Era. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), 93-97. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017>

Holt-Lundstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015).

Loneliness and social isolation as risk factor of mortality: a meta-analytic review.

*Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237.

<https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

Hooper, A., Schweiker, C., & Kerch, C. (2023). Social support in a parenting Facebook

group during the COVID-19 pandemic. *Family*

*Relations*, 72(2), 530–546. <https://doi.org/10.1111/fare.128>

Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H.

(1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of*

*Psychiatry*, 154, 904-910.

Jakubiak, B. K., & Feeney, B. C. (2016). Keep in touch: The effects of imagined support

on stress and exploration. *Journal of Experimental social psychology*, 65, 59-67.

Jakubiak, B. K., & Feeney, B. C. (2017). Affectionate touch to promote relational

psychological, and physical well-being in adulthood: A theoretical model and

review of the research. *Personality and Social Psychology Review*, 21(3), 228-

252.

Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and

treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3),

180–187. <https://doi.org/10.1037/a0036836>

Kentish-Barnes, N., Cohen-Solal, Z., Morin, L., Soupart, V., Pochard, F., & Azoulay,

E. (2021). Lived experiences of family members of patients with severe Covid-19

who died in intensive care units in France. *JAMA network open*, 4(6), e2113355-

e2113355



- Kokou-Kpolou, C.K., Fernandez-Alcântara, M., & Cénat, J. M. (2020). Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a step rise in traumatic and disenfranchised griefs? *Psychological trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 12(51), 594-595. 10.1037/tra0000798
- Kovács, M. J. (2003). Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar. *Mundo saúde (Impr.)*, 71-80.
- Kustanti, C. Y., Jen, H. J., Chu, H., Liu, D., Chen, R., Lin, H. C., ... & Chou, K. R. (2023). Prevalence of grief symptoms and disorders in the time of COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(3), 904-916.
- Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, 118(3), 482-495. 10.1037/a0023477.
- LeRoy, A. S., Robles, B., Kilpela, L. S., & Garcini, L. M. (2020). Dying in the face of the COVID-19 pandemic: Contextual considerations and clinical recommendations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S98.
- Liu, C. & Liu, Y. (2020). Media exposure and anxiety during Covid-19: The mediation effect of media vicarious traumatization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134720>.
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L.,...Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSD during Covid-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287, 112921. doi: 10. 1016/J. psychers. 2020.112921.

- Lopes, A. M. P. (2017). O Luto em Portugal: da Corte à Gente Comum (séculos XV-XVI). *Medievalista. Online*, (22).
- Luiz, F. F., Caregnato, R. C. A., & Costa, M. R. D. (2017). Humanization in the Intensive Care: Perception of family and healthcare professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1040-1047. <https://doi.org/10.15900034-7167-2016-0282>
- Lundorff, M., Holmgreen, 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>
- Mackensie, J. S., & Smith, D. W. (2020). COVID-19: a novel zoonotic disease caused by a coronavirus from China: what we know and what we don't. *Microbiology Australia*, 41(1), 45-50.
- Marigold, D. C., Cavallo, J. V., Holmes, J. G., & Wood, J. V. (2014). You can't always give what you want: The challenge of providing social support to low self-esteem individuals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107(1), 56-80. <https://doi.org/10.1037/a0036554>
- Martins, C: (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir* (1ª ed.). Psiquilíbrios Edições.
- 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 & palliative care*, 16(2), 151-174.
- Mayland, C. R., Harding. A., Preston, N., & Payne, S. (2020). Supporting adults bereaved through COVI-19: a rapid review of the impact of previous pandemics on grief

- and bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e33-e39.  
10.1016/j.jpainsymman.2020.05.012
- Menzies, R., Neimeyer, R., & Menzies, R. (2020). Death Anxiety, Loss, and Grief in the Time of COVID-19. *Behaviour Change*, 37(3), 111-115.
- Merluzzi, T. V., Philip, E. J., Yang, M., & Heitzmann, C. A. (2016). Matching of received social support with need for support in adjusting to cancer and cancer survivorship. *Psycho-oncology*, 25(6), 684-690.
- Mitima-Verloop, H. B., Mooren, T. T., & Boelen, P. A. (2019). Facilitating grief: An exploration of the function of funerals and rituals in relation to grief reactions. *Death Studies*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1686090>
- Moore, K. J., Sampson, E. L., Kupeli, N., & Davies, N. (2020). Supporting families in the end-of-life care and bereavement in the COVID-19 era. *International Psychogeriatrics*, p.1- 4. 10.1017/s1041610220000745
- Moore, K., Tulloch, O., & Ripoll, S. (2020). Key Considerations: Dying, Bereavement and Mortuary and Funerary Practices in the Context of COVID-19. *Social Science in Humanitarian Action Platform*. [www.socialscienceinaction.org](http://www.socialscienceinaction.org)
- Murray, J. A. (2001). Loss as a universal concept: A review of the literature to identify common aspects of loss in diverse situations. *Journal of Loss & Trauma*, 6(3), 219-241.
- Neimeyer, R. A., & Lee, S. A. (2022). Circumstances of the death and associated risk factors for severity and impairment of COVID-19 grief. *Death studies*, 46(1), 34-42.

- Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders, 132* (1-2), 231-8.
- Parkes, C. M. (1993). Bereavement as a psychosocial transition: Process of adaptation to change. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & H. O. Robert (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 91-101). Cambridge, MA: Press Syndicate of the University of Cambridge
- Parkes, C. M. (1998). Coping with loss: Bereavement in adult life. *Bmj, 316*(7134), 856-859. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7140.1313>
- Paulino, M., Dumas-Diniz, R., Brissos, S., Brites, R., Alho, L., Simões, M. R., & Silva, C.F. (2021). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychology, Health & Medicine, 26*(1), 44-55. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1808236>
- Payás, A. P. (2010). *Las Tareas del Duelo: Psicoterapia de Duelo desde um Modelo Integrativo - relacional*. Paidós.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Niemeyer, 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., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine, 6*(8), e1000121.

Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasika, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79.

Prigerson, Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. (1997). *American Journal of Psychiatry*, 154(5), 616–623.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.154.5.616>

Ramos, V. A. (2016). *O processo de luto*.  
<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A102.pdf>

Reale, M. J. D. O.U. (2021). Perdas, luto e transformações em tempos de covid-19. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35

Rehman, U., Shahnawaz, M. G., Kashyap, D., Gupta, K., Kharshiing, K. D., Khursheed, M., ... & Uniyal, R. (2023). Risk perception, social distancing, and distress during COVID-19 pandemic: Exploring the role of online counseling and perceived social support. *Death Studies*, 47(1), 45-55.

Rimé, B., Bouchat, P., Paquot, L., & Giglio, L. (2020). Intrapersonal, interpersonal, and social outcomes of the social sharing of emotion. *Current opinion in psychology*, 31, 127-134.

Sant'ana, G., Silva, C.D., & Vasconcelos, M. B. A. (2020). Espiritualidade e a pandemia de COVID-19: um estudo bibliográfico. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 31(03), 71-77.

Selman, L. E., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C., & Koffman, J. (2020). Bereavement support on the frontline of COVID-19: Recommendations

- for hospital clinician. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e81-e86.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024>
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). COVID-19. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/#sec-0>
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... & Gorscak, B. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103–117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>
- Shiba, K., Kondo, N., & Kondo, K. (2016). Informal and formal social support and caregiver burden: The AGES caregiver survey. *Journal of epidemiology*, 26(12), 622-628.
- Siswadi, A. G. P., Shabrina, A., Djunaidi, A., & Iskandarsyah, A. (2023). The Role of Perceived Social Support and Resilience in Predicting the Mental Health of Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic: *A Study from Indonesia. The Open Psychology Journal*, 16(1).
- Stelzer, E.-M., & O'Connor, M.-F. (2021). Can less ever be more? A model of emotion regulation repertoire of social support (ERROSS). *Emotion Review*, 13(2), 125–138. <https://doi.org/10.1177/1754073921992848>
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224. to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 61(4), 273-289.  
<https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>

Stroebe, M., & Schut, H. (2015). Family matters in bereavement: Toward an integrative intra-interpersonal coping model. *Perspectives on Psychological Science, 10*(6), 873-879.

Stroebe, M., & Schut, H. (2016). Overload: A missing link in the dual process model? *OMEGA-Journal of Death and Dying, 74*, 96-109.  
<https://doi.org/10.1177/0030222816666540>

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>

Tay, L., Tan, K., Diener, E., & Gonzalez, E. (2013). Social relations, health behaviors, and health outcomes: a survey and synthesis. *Applied psychology. Health and well-being, 5*(1), 28–78. <https://doi.org/10.1111/aphw.12000>

Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 189–214). Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0009>

Testoni, I., Azzola, C., Tribbia, N., Biancalani, G., Iacona, E., Orkibi, H., & Azoulay, B. (2021). The COVID-19 disappeared: from traumatic to ambiguous loss and the role internet for the bereaved in Italy. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 564.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.620583>

Walsh, F. (2020). Loss and resilience in the times of COVID-19: Meaning making, hope, and transcendence. *Family process, 59*(3), 898-911.  
<https://doi.org/10.1111/famp.12588>

- Walsh, F., & McGoldrick, M. (2004). *Loss and the Family: A Systemic Perspective*. In F. Walsh & M. McGoldrick (Eds.), *Living beyond loss: Death in the family* (pp. 3–26). W. W. Norton & Company.
- Walsh, F., & McGoldrick, M. (2013). Bereavement: A family life cycle perspective. *Family Science*, 4(1), 20-27. <https://doi.org/10.1080/19424620.2013.819228>
- Wang, X., Gao, L., Yang, J., Zhao, F., & Wang, P. (2020). Parental phubbing and adolescents' depressive symptoms: Self-esteem and perceived social support as moderators. *Journal of youth and adolescence*, 49, 427-437.
- Worden, J. W. (2008). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner* (4<sup>th</sup> ed.). Springer Publishing Company.
- Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais de saúde mental*. Rocca.
- World Health Organization - WHO (2018). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. World Health Organization.
- World Health Organization (2020b). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020*. *World Heal. Organ.* URL <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- World Health Organization. (2020a). *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCov)*. <https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health->



regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)

World Health Organization. (2021). Weekly Epidemiological Update <https://covid19.who.int/>

Yardley, S., & Rolph, M. (2020). Death and dying during the pandemic. *BJM*, 369: m1472. [10.1136/bmj.m1472](https://doi.org/10.1136/bmj.m1472)

Zai, Y., & Du, X. (2020). Mental Health care for international Chinese students affected by the COVID\_19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e22. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30089-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30089-4)

Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zetumer, S., ..., Shear, M.K., 2014. Bereavement: course, consequences, and care. *Curr. Psychiatry Rep.* 16 (10), 482. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0482-8>



**ANEXOS**

---

### **Lista de Anexos**

**Anexo A** – Dicionário de categorias

**Anexo B** – Consentimento Informado

**Anexo C** – Guião de Entrevistas

**Anexo D** – Questionário Sociodemográfico



---

**ANEXO A**

Dicionário de categorias



Dicionário de categorias

Tema	Categoria	Subcategoria	Definição	Exemplo	Referências
Processo de luto durante a pandemia por Covid-19	Impacto das restrições por Covid-19 no processo de luto	Perceção de falta de apoio instrumental	Referência à falta de apoio no processo burocrático	“...e há timings, e os timings não se atrasam, porque há covid ou porque não há covid, isso foi horrível, foi um pandemónio e ninguém, ninguém, não há nada escrito como é que se faz...” (MJG)	7
		Ausência e restrições dos rituais fúnebres (Delor et al., 2021)	Referência à ausência ou restrições dos rituais fúnebres no contexto das restrições por Covid-19	“Mas o fato de não ter havido um velório, um enterro, tudo, o dia da, aquilo não foi um funeral foi uma cremação e foi a coisa mais deprimente da vida... mas foi assim, claro que foi violento, ...” (MJG)	16
		Impossibilidade de visualização do ente querido falecido após a morte (Kentish-Barnes et al., 2021)	Referência à importância de visualizar o corpo do ente querido falecido para o processo de luto	“...velar um caixão fechado é, é, é uma experiência arrasadora, arrasadora, quem é que me garante a mim que é a minha mãe que ali está...” (ZV)	8
		Distanciamento físico/ social (Menzies et al., 2020)	Referência ao impacto do distanciamento físico/ social no processo de luto	“... mas sinto-me completamente sozinha, eu durante os primeiros meses eu sentia-me completamente sozinha, ...” (ZV)	31
		Limitações ao nível de atividades de lazer	Referência às limitações associadas às atividades de lazer	“O que eu não tive foi as outras distrações que também precisamos e que também nos fazem bem, o sair á noite, o beber uma cerveja, o ir a algum sítio...” (IS)	4
		Ausência/ insuficiente comunicação com ente	Referência ao impacto negativo de não poder visitar e/ ou comunicar com o ente querido	“...porque eu não me podia aproximar dela, eu não podia, eu não podia porque em contexto de covid, eu via minha mãe a sair de uma porta grande do hospital, entrar na	25



		querido falecido, durante a etapa de internamento (Luiz et al., 2017)	durante o período de internamento	ambulância ela nem sequer percebeu que eu estava, que eu estava ali...” (ZV)	
		Percepção de ausência/ insuficiência de informações acerca do estado do ente querido internado (Luiz et al., 2017)	Referência à ausência/ insuficiência de informação acerca do ente querido internado	“...foi essencialmente vedarem-nos todo e qualquer informação relativamente ao estado dela...” (ZV)	27
		Impossibilidade de despedida do ente querido falecido (Cardoso et al., 2020)	Referência à impossibilidade de se despedir do ente querido falecido	“Eu a última vez que falei com a minha mãe foi ela entrar no elevador do meu prédio... não lhe dei um último beijinho, não lhe dei um último abraço, não lhe dei último carinho.” (ZV)	13
		Atraso no atendimento médico ou acesso aos cuidados de saúde	Referência à percepção de atraso no atendimento médico ou acesso aos cuidados de saúde que pode ter conduzido ao agravamento do estado saúde e consequente morte prematura	“Penso que se não fosse o covid, tínhamos conseguido levá-lo ao cardiologista que o tinha operado em Coimbra..., penso eu..., penso que tinha sido seguido de outra maneira, penso que tinha feito exames de outra maneira” (AS)	20
		Percepção da inutilidade das restrições durante a	Referência à percepção da inutilidade das restrições durante a pandemia de Covid-19	“Depois começa-se a pensar que aqueles esforços de andar a prevenir, para que aquelas pessoas não apanhem o covid, para não morrerem daquilo... não é evitar, ou que	4

		pandemia de COVID-19		tivessem problemas por causa daquilo, não valeu de nada” (HP)	
		Percepção de desumanização dos serviços de saúde (Testoni et al., 2021)	Referência à percepção de desumanização/ falta de sensibilidade dos serviços de saúde	“...buscar apenas os pertences dele... que me entregaram num saco plástico... só! Pronto, foi assim uma coisa muito..., muito fria, muito... não sei explicar... muito,...” (AS)	13
	Impacto psicológico pós-perda	Experiência de revolta/ raiva (Delor et al., 2021; Kentish-Barnes et al., 2021))	Referência ao sentimento de revolta/ raiva associado às restrições	“...e continuo a sentir, a revolta... não sei bem com quem, nem sei bem... nem sei bem com o quê... sei que... tiraram-me uma coisa que eu tinha direito.” (HA)	8
		Humor deprimido (Barbosa, 2013)	Referência sentimentos de tristeza e humor deprimido	“...a pandemia trouxe, trouxe uma doença, trouxe ao de cima uma doença que era muito desvalorizada até agora não é, que era a depressão.” (MGL)	1
		Entorpecimento emocional	Referência à experiência e entorpecimento emocional	“...mas é assim, eu vivi num estado de dormência,...” (ZV)	1
		Saudades	Referência ao sentimento de saudade do ente querido falecido	“...é saudade...é essa falta que eu sinto é a ligação, ligar todos os dias,...” (ZV)	6
		Sentimento de “vazio”	Referência ao sentimento de “vazio” pós-perda	“Mas, mas o que me deixou mais perturbado foi a, foi a... o vazio, ...” (HA)	5
		Dor emocional	Referência ao sentimento de “dor” emocional causado pela perda de um ente querido	“Isso é que me dói, ...” (HA)	3
		Sentimento de arrependimento e culpa	Referência ao sentimento de “arrependimento” e	“...se calhar fui eu que o deixei no hospital...ele não queria ir...e a minha mãe não o queria levar...e custa-me	7

		(Neymeier&Lee,2021) Kentish-Barnes et al., 2021)	“culpa” pelo modo como lidou com a situação pré-morte	muito ...porque ele foi contrariado” ...( AS) “...passado um ano, ainda cá está..., a culpa ainda cá está,...(AS)	
		Imagens intrusivas (Mohammedi et al., 2021)	Referência à percepção de imagens desconfortáveis consideradas intrusivas pelo próprio e que causam sofrimento/ desconforto psicológico	“...a última imagem que eu vejo é... é quando... eu deixei o meu pai nas urgências do hospital e as portas a fecharem-se... e ele a passar com a cadeira de rodas...” (AS)	1
		Vontade de chorar	Referência à vontade de chorar frequente	“...mas muitas vezes depois chego ao carro... e choro!... venho no caminho para casa a chorar...” (AS)	5
		Ansiedade (Brooks et al.,2020)	Referência à percepção do grau de ansiedade pós-morte do ente querido	“...mais ansiosa, mais ansiosa, muito mais reticente em fazer as coisas, ...” (IS)	10
		Sentimento de exaustão Sobrecarga (Stroebe & Schut, 2016)	Referência ao sentimento de exaustão pós-perda influenciado pelas restrições da pandemia	“...esgotou-me completamente... lidar com o facto de a minha irmã teve covid, e, portanto, lidar com o fato de ter outra vez alguém próximo com uma doença, lidar com o fato de ficar em isolamento e não poder ver a minha mãe” (IS)	2
		Percepção de dificuldade em processar o luto durante a pandemia por Covid-19 (Han et al., 2021)	Referência à percepção de dificuldade em processar o luto durante a pandemia por Covid-19	“...fazer, fazer o luto... ainda me está a ser muito difícil fazer o luto...” (AS)	29

	Fatores protetores da Perturbação de Luto Prolongado	Aceitação da morte (Worden, 2018)	Referência à aceitação da morte do ente querido falecido	“...mas acho que isso também faz parte, Hamm, mas bem, porque a vida continuou, casei” (MJG)	2
		Aceitação do impacto das restrições por Covid-19	Referência à aceitação do impacto das restrições por Covid-19	“...não me sinto culpada por isso porque não foi, não foi por minha culpa não é, mas por circunstâncias externas, mas de não poder apoiar e de não, não é de não ter apoiado mas de não poder ter querido fazer o que eu gostava...” (MJG)	1
		“Boa morte” (Wilson et al., 2016) (Menezes & Barbosa, 2013)	Referência ao conforto associado a uma morte rápida e sem sofrimento	“...portanto foi uma coisa mesmo muito rápida e de alguma forma isso sempre me deu algum conforto, porque, porque, é horrível, e ainda por cima, a minha mãe iria ser a pior doente da história.” (MJG)	2
		Procura consciente de estratégias de coping saudáveis para lidar com o processo de luto (Walsh, 2020)	Referência à necessidade de procurar estratégias de coping para lidar com o processo de luto de forma saudável	“...a vida tem que continuar, a vida tem que continuar porque uma pessoa tem que continuar a ir para o trabalho tem que continuar a dar atenção às minhas filhas, a vida continua mas continua de uma maneira completamente diferente...” (ZV)	9
		Suporte social por parte da família (Sluzki, 1997)	Referência à importância suporte social proveniente da família	“...ela só não foi mais abaixo, porque... tem o neto, tem o meu filho... hum... e tem-me a mim, e tem a minha irmã... e o, e os genros... estamos sempre a...” (AS)	7
		Suporte social por parte dos amigos (Torlai, 2010)	Referência à importância do suporte social proveniente dos amigos	“porque cada um de nós está no seu processo e os amigos Hamm, acabam por pronto, por perceber melhor talvez” (ZV)	12
		Suporte social proveniente de pessoas no geral	Referência à importância do suporte	“...acima de tudo, ter sempre alguém, nós precisamos sempre de alguém...” (IS)	3

		(Sluzki, 1997)	social proveniente de pessoas no geral		
		Tentativa de manutenção do vínculo com ente querido falecido (Barbosa, 2013)	Referência à necessidade de manutenção do vínculo com o ente querido falecido de modo a minimizar o sofrimento	“Depois dou uma voltinha ao cemitério, estou um bocadinho a conversar com ele...” (AS)	2
		Apoio psicológico profissional (Abel & Taubert, 2020) (Sluzki, 1996)	Referência à percepção da importância do apoio psicológico profissional para lidar com o processo de luto	“...eu falo por mim, eu, eu posso recorrer a um psicólogo todos os meses a pagar do meu bolso, neste momento posso fazer isso, amanhã não sei, mas é assim, há muitos milhares de pessoas que não o podem fazer...” (ZV)	18
		Perceção do estado de saúde	Referência à percepção do estado de saúde do ente querido falecido pré-morte, associada à percepção de possibilidade de morte iminente	“...eu percebi muito bem que, a medicação que ele estava a tomar não era para o salvar, nem para pôr, nem para... era apenas para adiar algo...” (HA)	2
		Suporte social presencial (Patisson, 2020)	Referência à percepção de importância do suporte social presencial	“...precisamos de, do abraço, que eu acho que o abraço é fundamental, mais do que qualquer palavra, o abraço diz tudo, tudo...” (ZV)	11
	Fatores de risco de Perturbação de Luto Prolongado	Falta suporte familiar (Torlai, 2010)	Referência à falta de apoio familiar a todos os níveis (emocional, prático, instrumental)	“...é tudo em cima de mim, é tudo, tudo sou eu, tudo tenho de ser eu a tratar...” (MJG)	2
		Conflitos familiares durante o processo de luto	Referência a conflitos com familiares durante o processo de luto	“...foi lidar com a gestão com o meu irmão, porque o meu pai tem uma relação, agora está mais ou menos, mas tinha uma relação péssima.” (MJG)	1

		(Eisma & Stroebe, 2021)			
		Medo experienciado pré-perda, associada ao risco de transmitir ou ser contaminado por Covid-19 (Brooks et al., 2020)	Referência à ansiedade, medo, ou stress experienciado antes da morte do ente querido por receio de transmitir ou ser contaminado por Covid-19	“...eu não queria imaginar ter sido eu a transmitir isto, isso era stressante, muito stressante,” (HP)	13
		Atividade profissional associada aos cuidados de saúde (Zhang et al., 2020)	Referência ao grau de stress associado à atividade profissional de cuidados de saúde	“...mas a nível de, estou a falar de enfermeiros, houve muita, muitas manifestações de, e idas ao psicólogo, e ao psiquiatra e porque isto, a doença, o ser afetado, a família, o medo de infetar a família e tudo estas restrições, uma doença que se desconhecia, que estávamos a viver a primeira vez, não foi fácil, sim, não foi fácil.” (MJL)	1
		Morte violenta (Dutheil et al., 2019) (Cardoso et al., 2020)	Referência a uma causa de morte violenta (ex: suicídio, catástrofes, desaparecimento)	“...foi uma morte violenta, foi, foi, foi um suicídio...” (MJL)	1
		Sobrecarga de responsabilidades/ tarefas (Stroebe & Schut, 2016)	Referência à dificuldade de expressar e gerir as emoções devido à sobrecarga diária de responsabilidades/ tarefas	“...ainda não chorei tudo, porque ainda não consegui ter tempo só para mim para fazer isso,... porque são duas miúdas que são muito pequeninas continuam a precisar do pai e da mãe e lá está a vida continua e essa vida tem -se sobreposto.” (ZV)	3

		Grau de proximidade com o falecido (Barbosa, 2013)	Referência ao impacto da proximidade com o ente querido antes da morte	“...eu era filha única da minha mãe, éramos muito muito próximas porque fomos as duas cuidadoras do meu pai...” (ZV)	1
		Perceção de insegurança face aos cuidados de saúde obtidos pré-morte (Kentish et al., 2021)	Referência à perceção do ente querido falecido ter tido cuidados de saúde reduzidos/ mínimos durante o período de internamento	“...portanto, eu acho que lhe poderiam ter prolongado a vida, eu acho que com toda a certeza com um exame com um tratamento adequado com medicação adequada, acho que poderia ter sido diferente, sim...” (ZV)	9
		Datas comemorativas	Referência a datas comemorativas relembram o ente querido falecido	“...porque há alturas do, do ano por exemplo Natal é uma altura difícil, Hamm, o aniversário dela que seria na próxima semana dia dez, com toda a certeza vai ser um dia muito difícil, o meu aniversário que é em março e assim são os aniversários, os aniversários de qualquer coisa...” (ZV)	1
		Desconhecimento o da causa morte (Kentish et al., 2021)	Referência ao desconhecimento da causa de morte do ente querido falecido	“...e eu não sei se até hoje... ele morreu por causa das tensões altas?!” (HP)	2
		Morte inesperada (Goveas & Shear, 2020)	Referência à forma súbita/ repentina de morte do ente querido falecido	“Supostamente também contávamos, que, que ele viesse embora, não é?! que tu... que não morresse da operação.” (HP)	4
		Preocupação com o processo de luto das crianças	Referência à preocupação acerca do processo de luto de crianças próximas	“Ele pensava que o avô vinha no dia a seguir, estava sempre com uma coisa que o avô vinha embora, que o avô vinha embora... e de repente dizer-lhe que o avô já não vinha mais...” (AS)	1
		Sobreposição aos média e ao tema de morte	Referência ao impacto negativo da sobre sobreposição aos média e ao tema de morte	“...maneira como se passou a informação, durante estes dois anos, Hamm, a comunicação social extrapolou muito as coisas porque o próprio governo e a DGS também o permitiram porque não tiveram mão nisso...” (IS)	7

		(Garfin et al., 2020)			
		Sintomatologia patológica prévia do enlutado (Brooks et al., 2020)	Referência ao impacto negativo no processo de luto da sintomatologia patológica prévia do enlutado	“...porque muito barulho dá me ansiedade, muitas pessoas dá-me ansiedade, e não está relacionado com o covid, ...” (IS)	1
		Percepção negativa do contexto de morte (Kentish et al., 2021)	Referência à percepção negativa do contexto em que faleceu o ente querido	“... aceitar que ele faleceu no meio de plásticos e desinfetantes...” (IS)	4
		Percepção de stress pré-morte associado à vulnerabilidade do ente querido falecido	Referência à percepção de stress pré-morte associada à vulnerabilidade do ente querido falecido	“...ela tinha alguns problemas de saúde nomeadamente a insuficiência renal e a diabetes...” (ZV)	8



---

**ANEXO B**

Consentimento Informado



### **Consentimento informado**

O objetivo do estudo é perceber o possível impacto dos efeitos das medidas restritivas adotadas durante a pandemia por COVID-19 no processo de luto.

Pretende-se conhecer de que forma as pessoas que perderam alguém próximo durante este período foram afetadas pelas restrições durante o acompanhamento aos doentes em fim de vida, momento da morte, cerimónias fúnebres e rituais de luto e de que forma isso influencia a adaptação à perda no período de luto.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde Centro e Norte.

Podem participar neste estudo todas as pessoas maiores de 18 anos que tenham perdido alguém próximo durante a pandemia por COVID-19.

O presente estudo é composto por um questionário que avalia o impacto das medidas restritivas usadas durante a pandemia por COVID-19, o suporte social recebido, os rituais e as manifestações de luto.

Se no decorrer deste estudo for identificado algum dado de saúde mental relevante, será feito o encaminhamento segundo as suas necessidades e vontade.

Toda a informação recolhida será totalmente confidencial e será garantido o anonimato. Os dados só serão utilizados para fins de investigação.

- Sim, dou o meu consentimento livre e informado e aceito participar neste estudo
- Não aceito participar neste estudo

**Razões para não participar:**

- Indisponibilidade de tempo para responder ao questionário
- Desinteresse pelo tema
- Receio do impacto emocional do questionário
- Outra: \_\_\_\_\_

---

**ANEXO C**

Guião de Entrevistas



### Guião de Entrevista em profundidade

1. Como está a ser a sua experiência de luto durante a fase de pandemia?
2. De que forma as restrições durante a fase de estado de emergência influenciaram a forma como viveu a fase final-de-vida e a morte do seu familiar?
3. Como lidou com as restrições durante as cerimónias fúnebres?
4. O que é que o/a tem ajudado durante este período?

Respostas de exploração:

Fale-me um pouco mais disso.

Dê-me um exemplo do que acabou de dizer?

Como é que isso o fez sentir?

---

**ANEXO D**

Questionário sociodemográfico





**Questionário 1º momento (3 a 6 meses após a perda da pessoa significativa)**

Código \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**1. Perdeu alguém próximo recentemente?**

- Não  Sim. Quando? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1.1 Até que ponto era próximo/a da pessoa que perdeu?**

- Muito  Moderadamente  Pouco  Nada

**1.2. Quem era a pessoa que perdeu (grau de parentesco)?**

- Cônjuge/companheiro  Pai/mãe  Filho/filha  Irmão/irmã  
 Avô/avó  Tio/tia  Sogro/sogra  Genro/nora  
 Amigo/a  Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**1.3. Qual era a idade da pessoa que perdeu? \_\_\_\_\_**

**1.4. Qual era o sexo da pessoa que perdeu?  Feminino  Masculino**

**1.5. Onde é que o seu familiar faleceu?**

- Domicílio  Hospital  Lar  Unidade de Cuidados Paliativos  
 Unidade de Cuidados Continuados Integrados  Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**1.6. Qual foi a causa de morte?**

- Doença oncológica (cancro)  
 Doença neurodegenerativa (demências)  
 Insuficiência de órgão (doença cardiovascular, renal, pulmonar, etc.)  
 Doença súbita (enfarte, AVC)  
 Acidente  
 Homicídio  
 Suicídio

Outra \_\_\_\_\_

**1.7. O seu familiar foi diagnosticado com COVID-19?**

Não                       Sim                       Não sabe/Não responde (NS/NR)

**1.8. No caso de o seu familiar ter recebido cuidados de saúde no final-de-vida, onde é que estes foram prestados a maior parte do tempo?**

Domicílio                       Hospital                       Lar                       Unidade de Cuidados Paliativos

Unidade de Cuidados Continuados Integrados (longa e média duração)

Não se aplica. **Passa para a pergunta 3** (relativa ao momento da morte)



**UNIVERSIDADE LUSÍADA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**Mestrado em Psicologia Clínica**

**O suporte social e a sintomatologia psicopatológica no  
processo de luto durante a pandemia COVID-19**

**Realizado por:**  
Maria Rosa Libânia Machado de Nóbrega e Fernandes

**Orientado por:**  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

**Constituição do Júri:**

Presidente: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita  
Arguente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Rita Alexandra Rosa Antunes

Dissertação aprovada em: 15 de dezembro de 2023

Lisboa

2023