



**GIOVANNA ALONSO PENNETTA**

**O QUE VULNERABILIZA OS ENLUTADOS A MAIS  
SOFRIMENTO?  
VARIÁVEIS ASSOCIADAS A MAIOR INTENSIDADE DE  
LUTO DENTRO DO CONTEXTO PANDÉMICO**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Orientador(a): Prof<sup>a</sup> Doutora Patrícia Pascoal**

**Coorientador(a): Prof<sup>a</sup> Doutora Sara Albuquerque**

**Lisboa**

**2022**

**GIOVANNA ALONSO PENNETTA**

**O QUE VULNERABILIZA OS ENLUTADOS A MAIS  
SOFRIMENTO?**

**VARIÁVEIS ASSOCIADAS A MAIOR INTENSIDADE DE  
LUTO DENTRO DO CONTEXTO PANDÉMICO**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde no Curso de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, no dia 26 de janeiro de 2023 perante o júri nomeado pelo seguinte Despacho Reitoral nº 361/2022 com a seguinte composição:

Presidente: Prof<sup>ª</sup>. Doutora Teresa Mendes

Arguente: Prof<sup>ª</sup>. Doutora Mayra Dellalibera  
(Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa)

Orientador(a) Prof<sup>ª</sup>. Doutora Patrícia Pascoal

Coorientador(a) Prof<sup>ª</sup>. Doutora Sara Albuquerque

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2022**

### **Agradecimentos**

Agradeço a Professora Sara Albuquerque pela orientação dada, por se mostrar disponível e acessível durante esse ano tão desafiador, por transmitir seus conhecimentos nesta área tão sensível e tão importante na vida das pessoas. Obrigada por me auxiliar nesta jornada. Agradeço igualmente a Professora Patrícia Pascoal pela orientação e ajuda em todo o processo.

Agradeço imensamente a meu marido também pelo apoio, carinho e paciência. Por me ouvir falar sobre a dissertação incontáveis vezes. Obrigada por sempre acreditar no meu potencial, me incentivar, encorajar e me motivar a sempre seguir em frente.

Agradeço imensamente aos meus pais por terem acreditado no meu sonho de ser psicóloga e por terem viabilizado o meu sonho de realizar o mestrado em Portugal. A minha mãe agradeço especialmente pelo apoio, paciência e por acreditar em mim. Obrigada por ser um exemplo de força, determinação, garra, paciência e sabedoria... Em suma, por ser um exemplo de mulher. Também agradeço ao meu pai por ser um exemplo de força e superação diária para mim.

Muito obrigada a minha grande amiga que fiz deste lado do Atlântico, Margarida Brazão, por me acolher em um país novo, pela amizade genuína, por todo apoio e conselho dado.

Agradeço a minha família e a todos os meus amigos, que me apoiaram nesse desafio de mudar de país e a realizar o mestrado, que me incentivaram e me ajudaram, cada um a sua maneira, a concretizar mais essa etapa da minha vida.

Por último, não poderia deixar de agradecer ao Professor Pedro Joel Rosa pelas aulas de estatística excepcionais, com as quais aprendi imenso, pela paciência que teve comigo desde o primeiro dia de aula, na qual expus minhas dificuldades.

## Resumo

**Introdução:** O coronavírus é uma doença infecciosa que deixou dezenas de milhões de mortos em todo mundo, e que trouxe consequências a nível social, económico, emocional e psicológico. Para conter o avanço do vírus, vários países adotaram medidas restritivas que impactaram a maneira como as pessoas vivenciam seu processo de luto. O presente estudo ancora-se no Modelo de Processamento Dual, e tem como objetivo identificar quais fatores de risco estão associados a maior intensidade de resposta ao luto. **Método:** A pesquisa é um estudo quantitativo transversal. A amostra contém 163 participantes (87.10% mulher e 12.90% homem) que perderam alguém próximo durante o período pandémico. Recolheu-se informações sociodemográficas e relacionadas a perda e aplicou-se a PG-4. Fez-se uma regressão linear hierárquica múltipla para determinar os fatores associados a intensidade de resposta ao luto. **Resultados:** Resposta de luto mais intensas estavam associadas a menor apoio social, alteração da situação financeira para pior, maior impacto psicológico das restrições em comunicar com o familiar e o falecido ter recebido cuidados em fim de vida no hospital. **Conclusão:** Há fatores que podem ser vistos com estressores orientados a perda e a restauração e aspetos do contexto pandémico que podem sobrecarregar o indivíduo.

**Palavras-chave:** Luto Prolongado, Pandemia, COVID-19, Modelo de Processamento Dual, sobrecarga

### **Abstract**

**Introduction:** The Coronavirus is an infectious disease that has left tens of millions of deaths around the world, and which has had social, economic, emotional, and psychological consequences. To mitigate the spread of the virus, several countries have adopted restrictive measures, that impacted the way people experience their grieving process. The present study is anchored in the Dual Process Model and aims to identify risk factors associated with a greater intensity of grief response. **Method:** The research is a cross-sectional quantitative study. The sample contains 163 participants (87.10% female and 12.90% men) who lost a close one during the pandemic. Sociodemographic and loss-related information was collected, and the PG-4 was applied. A hierarchical multiple regression was performed to determine the factors associated with intensity of grief response. **Results:** More intense bereavement responses were associated with less social support, financial situation changing for worse, greater psychological impact of restrictions on communicating with the deceased, and the deceased having received end-of-life care in a hospital. **Conclusion:** There are factors that can be seen as loss and restoration-oriented stressors and aspects of the pandemic context that can be seen as overload.

**Key Words:** Prolonged Grief, Pandemic, COVID-19, Dual Process Model, overload

## Resumen

**Introducción:** El coronavirus es una enfermedad infecciosa que ha dejado decenas de millones de muertos en todo el mundo, y que ha traído consecuencias sociales, económicas, emocionales y psicológicas. Para contener la propagación del virus, varios países adoptaron medidas restrictivas que impactaran la forma como las personas viven su proceso de duelo. Así, el presente estudio está anclado en el Modelo de Proceso Dual y tiene como objetivo identificar cuáles son los factores de riesgo asociados a mayor intensidad de respuesta al duelo. **Método:** Es un estudio cuantitativo transversal. La muestra contiene 163 participantes (87.10% mujeres y 12.90% hombres) que perdieron a alguien cercano durante la pandemia. Se recogió información sociodemográfica y relacionadas a pérdida, y se aplicó el PG-4. Se realizó una regresión lineal jerárquica múltiple para determinar los factores asociados a la intensidad de respuesta al duelo. **Resultados:** Respuestas de duelo más intensas estaban asociadas a menor apoyo social, cambio de la situación económica para peor, mayor impacto psicológico de las restricciones en la comunicación con el familiar y el fallecido haber recibido cuidados al final de la vida en el hospital. **Conclusión:** Hay factores que pueden ser vistos como estresores orientados a pérdida y restauración, y aspectos del contexto que pueden sobrecargar el individuo.

**Palabras-clave:** Duelo Prolongado, pandemia, COVID-19, Modelo de Proceso Dual, sobrecarga

Giovanna Alonso Pennetta – O que vulnerabiliza os enlutados a mais sofrimento? Variáveis associadas a maior intensidade de luto dentro do contexto pandémico

### **Abreviaturas**

ARS: Administrações Regionais de Saúde

COVID-19: Coronavírus

DSM-5: Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais, 5º edição

ICD-11: International Classification of Diseases 11th

LA: Luto Agudo

LP: Luto Prolongado

MPD: Modelo de Processamento Dual

PEPT: Perturbação de Estresse Pós-Traumático

PG-4: Instrumento e Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado – versão reduzida

PG-13: Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado

OP: Orientação a Perda

OR: Orientação a Restauração

UC: Unidade de Cuidados

UCI: Unidade de Cuidados Intensivos

SARS: Síndrome Respiratória Aguda Grave

## Índice

|                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Enquadramento .....                                                                     | 10 |
| Tipos de medidas preventivas.....                                                       | 11 |
| Luto Normal vs Luto Prolongado .....                                                    | 12 |
| Modelo de Processamento Dual (MPD).....                                                 | 13 |
| Fatores de risco para o Luto Prolongado no contexto pandémico .....                     | 15 |
| Medidas preventivas.....                                                                | 15 |
| Situação financeira .....                                                               | 17 |
| Fatores de risco compartilhados entre mortes de COVID-19 e outras causas de morte ..... | 18 |
| Fatores de risco específicos devido a morte de COVID-19.....                            | 19 |
| Método .....                                                                            | 22 |
| Participantes e Procedimentos .....                                                     | 22 |
| Instrumentos .....                                                                      | 23 |
| Medidas Sociodemográficas.....                                                          | 23 |
| Preditores .....                                                                        | 23 |
| PG-4.....                                                                               | 24 |
| Análises Estatísticas .....                                                             | 25 |
| Resultados .....                                                                        | 27 |
| Características da amostra .....                                                        | 27 |
| Análise Regressão Linear Múltipla .....                                                 | 29 |
| Discussão .....                                                                         | 32 |
| Apoio social.....                                                                       | 33 |

Giovanna Alonso Pennetta – O que vulnerabiliza os enlutados a mais sofrimento? Variáveis associadas a maior intensidade de luto dentro do contexto pandémico

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| Situação Financeira.....                                              | 33 |
| Local de prestação de cuidados em fim de vida .....                   | 35 |
| Impacto psicológico das restrições na comunicação com o familiar..... | 36 |
| Causa de morte .....                                                  | 37 |
| Diagnóstico de COVID-19 .....                                         | 37 |
| Contribuições.....                                                    | 38 |
| Limitações .....                                                      | 39 |
| Conclusão .....                                                       | 39 |
| Referências .....                                                     | 40 |

### **Índice Tabelas**

|                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 1. Informações sociodemográficas dos participantes..... | 277 |
| Tabela 2. Informações sobre o falecido .....                   | 28  |
| Tabela 3. Correlações .....                                    | 30  |
| Tabela 4 Resultados da Regressão Hierárquica .....             | 311 |

### Enquadramento

O coronavírus (COVID-19) é uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2 (WHO, 2021a), que surgiu em Wuhan, China, no final do ano de 2019 e rapidamente se espalhou pelo mundo. Até o final de junho de 2022, foram confirmados aproximadamente 543 milhões de casos de COVID-19, mais de seis milhões de mortes em todo planeta e mais de onze milhões de doses de vacinas aplicadas (WHO 2021b). Em Portugal foram confirmados mais de cinco milhões de casos e aproximadamente 20 mil mortes (DGS, 2021). Os Estados Unidos da América, Brasil e Índia foram os países com maior número de casos confirmados e mortes por COVID. Na Europa, os países com mais casos confirmados foram França, Alemanha e Reino Unido (BBC, 2022). É estimado, nos Estados Unidos da América, que cada morte por COVID-19 deixará, em média, nove pessoas enlutadas (Verdery et al., 2020). Com base nesta projeção, aproximadamente mais de 50 milhões de pessoas estão em processo de luto por perderem uma pessoa próxima devido ao COVID-19. Em Portugal, isto corresponde a aproximadamente 180 mil pessoas. Além disso, este número pode ser ainda maior dado que também se observou um aumento nas taxas de mortalidade por outras causas durante a pandemia, às vezes devido a prorrogação do tratamento de outras doenças potencialmente fatais ou para evitar infeções (Stroebe & Schut, 2020).

A pandemia do COVID-19 trouxe consequências a vários níveis, nomeadamente social, económico, emocional e psicológico. Ao longo dela, as pessoas tiveram de lidar com os mais diversos tipos de perda; a perda de emprego, de liberdade, de autonomia, de casa, de alguém próximo. Além disso, as medidas para conter o avanço da doença também afetaram os processos de luto. A ordem de ficar em casa, *lockdown*, restrições na circulação, distanciamento social, fechamento de serviços não essenciais foram algumas das medidas implementadas para mitigar a transmissão do vírus a toda população, que acabaram por afetar a maneira como muitos vivenciaram o seu processo de luto, tanto tendo em conta as circunstâncias e contexto da morte como também considerando o impacto na rotina e no dia-a-dia dos indivíduos (Stroebe & Schut, 2020)

Em Portugal, de acordo com o *Decreto n.º 2-B/2020*, foram publicadas diretrizes de recolhimento domiciliário, restringindo a circulação de pessoas na rua, suspensão de atividades no âmbito do comércio a retalho e prestação de serviços, e a obrigatoriedade a adoção do regime de teletrabalho, sempre que as funções o permitissem. Essas e outras medidas foram gerais e impactaram toda população.

Relativamente aos hospitais, foi adotada a medida de colocar os doentes com COVID-19 em isolamento e proibir visitas. Essas regras impossibilitaram a família de se despedir fisicamente da pessoa (Wallace et al., 2020) e também dificultaram a comunicação da mesma com o doente.

No *Decreto n.º 2-B/2020* foram publicadas algumas diretrizes referentes aos funerais e eventos de caráter religioso e/ou cultos, assim ficava proibido qualquer evento religioso e de culto que implicasse aglomerações de pessoas; nos funerais o limite de pessoas ficou sob a responsabilidade das autarquias, e no geral, era permitido no máximo dez pessoas presentes. A visualização do corpo era permitida com pelo menos um metro de distância. Alguns adiaram ou tiveram de assistir o velório remotamente (Aguilar et al, 2020). Entretanto, conforme a *Norma n.º 002/2020* de 16 de março de 2020, no caso de a pessoa falecida ter testado positivo ao vírus o caixão devia-se manter sempre fechado, por não ser permitido tocar no corpo.

O *Decreto nº7/2021* prevê que a realização de funerais esteja condicionada à adoção de medidas organizacionais que devem garantir a inexistência da aglomeração de pessoas, assim como o controlo das distâncias de segurança, fixando um limite máximo de presenças, determinado pela autarquia local; e a *Norma n.º 002/2020* de 16 de março de 2020, atualizada em 21 de janeiro de 2022, determina que, nos funerais daqueles com suspeita e confirmação de óbito por COVID-19 o caixão deverá manter-se sempre fechado.

### **Tipos de medidas preventivas**

É normal se deparar com uso equivocado dos termos relativos as medidas preventivas para contenção do vírus, os quais, muitas vezes, são usados como sinónimos, porém para o presente trabalho é indispensável diferenciá-los.

A quarentena consiste em separar e restringir a circulação de pessoas que foram expostas a doença contagiosa ou viajaram para região afetada, no entanto elas podem não estar infetadas ou serem assintomáticas (Ganesan et al., 2020). Sob a política de quarentena, não é permitido aos indivíduos saírem de casa ou de determinado lugar, e.g. hotéis para aqueles que chegaram de viagem, para encontrar outras pessoas e/ou receber alguém em sua moradia. É uma forma de mitigar a circulação de pessoas que possam ter sido potencialmente expostas à doença (Duarte et al, 2020).

Segundo Ganesan et al. (2020) o isolamento social foi imposto àqueles que estavam infetados com o vírus, a fim de proteger os que não estavam; determinando que não saíssem de suas moradias.

Já o distanciamento social foi implementado com o intuito de diminuir significativamente as interações sociais para diminuir a velocidade do contágio do vírus (Duarte et al., 2020). A população foi amplamente orientada quanto à necessidade de sair de casa apenas em caso de necessidade, e.g. mercado, farmácia, atendimento em saúde (Duarte et al., 2020). Por fim, o *lockdown* restringiu a deslocação de uma pessoa de um lugar a outro (Ganesan et al., 2020)

### **Luto Normal vs. Luto Prolongado**

A morte é uma parte inerente a vida. Toda e qualquer pessoa está sujeita, ao longo de sua vida, a perder alguém querido. O luto é uma resposta natural a esta perda, e é caracterizado por uma dor intensa e profunda. Também é um processo complexo, multifacetado e idiossincrático. A perda em si pode envolver sentimentos e pensamentos, que podem ser percebidos como confusos (Goveas & Shear 2020). Apesar de ser sempre um processo doloroso, a maioria das pessoas, com o tempo, aprende a se adaptar a perda e assim o luto normal não deve ser considerado uma condição patológica (Diolaiuti et al., 2021).

O termo Luto Prolongado (LP) é tipicamente aplicado àqueles com complicações no seu processo de luto, que possuem dificuldades em retornar às suas atividades e rotina (Jordan et al., 2021). Ou seja, LP é considerado quando o curso do luto é severo e prolongado e a adaptação a perda é interrompida.

Atualmente o LP é reconhecido e considerado como uma perturbação psiquiátrica pela maioria dos investigadores e está incluída tanto na International Classification of Diseases 11th (ICD-11) quanto no Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais, 5th Editions – text revision (DSM 5 - TR).

A ICD-11 (2022) introduz o diagnóstico de Perturbação do Luto Prolongado, que se segue à morte do parceiro, pai/mãe, filho(a) ou outra pessoa próxima, e é uma resposta de luto persistente e prolongada caracterizada por uma preocupação com a pessoa falecida acompanhada por intensa dor emocional, e.g. tristeza, culpa, raiva, negação, dificuldade em aceitar a morte, sentimento de que perdeu uma parte de si, a incapacidade de experienciar humor positivo, apatia, dificuldade em engajar em atividades sociais. Difere do luto normativo devido a duração prolongada dos sintomas (é necessário que os sintomas durem mais de 6 meses) dentro do contexto cultural e religioso do indivíduo e devem causar prejuízo significativo no funcionamento pessoal, familiar social etc (ICD-11, 2022).

O DSM 5 – TR contempla o diagnóstico de Perturbação do Luto Prolongado, o qual se encontra no capítulo das perturbações de trauma e estresse, e representa uma reação mal adaptativa ao luto que só pode ser diagnosticada após doze meses (seis meses em crianças e

Giovanna Alonso Pennetta – O que vulnerabiliza os enlutados a mais sofrimento? Variáveis associadas a maior intensidade de luto dentro do contexto pandémico (adolescentes) após a morte da pessoa querida (American Psychiatric Association, 2022). Os sintomas incluem rutura de identidade desde a morte; senso acentuado de descrença sobre a morte; dor emocional e/ou solidão intensa desde a morte, entre outros (American Psychiatric Association, 2022).

A Perturbação do LP está associada a altos índices de outras perturbações mentais, distúrbios do sono, suicídio, doença cardiovascular e cancro, e também dificuldades nas atividades sociais e profissionais (Bryant et al., 2014). Esta perturbação coocorre com depressão, ansiedade, e sob condições traumáticas, perturbação do estresse pós-traumático (Kokou-Kpolou, et al., 2020).

O processo de luto pode ter contornos mais patológicos dependendo de variáveis como as características de personalidade da pessoa enlutada, a proximidade da relação com a pessoa que morreu, circunstâncias da morte ou o contexto em que a morte ocorreu, esta ser percebida como chocante, prematura, inesperada e como evitável (Goveas & Shear, 2020). Johns et al. (2020) cita outros fatores de risco para o LP, como: experienciar mais de uma morte dentro de um curto período; testemunhar a morte ou sofrer ao lado da pessoa falecida caso a morte seja devido a uma doença prolongada.

### **Modelo de Processamento Dual (MPD)**

O Modelo de Processamento Dual (MPD), desenvolvido por Stroebe and Schut em 1999, foi planeado para representar a experiência do luto baseando-se em modelos anteriores, mas também os expandindo. Seu aspeto distintivo inclui a descrição e integração de duas fontes de estresse associadas ao luto, denominadas estressores orientados a perda e estressores orientados a restauração. Ambos podem ser entendidos como preocupações percebidas ou “fardos”, os quais têm de ser enfrentados de alguma maneira (Stroebe & Schut, 2016). A orientação a perda (OP) refere-se a aspetos estressantes da experiência da perda em si, e.g. visitar o túmulo para se sentir próximo da pessoa; olhar para fotografias (Stroebe & Schut, 2016). A orientação a restauração (OR) refere-se a estressores secundários, à morte em si, associados com o acontecimento do luto, isto é, não se relacionam diretamente à perda da pessoa, mas sim como resultado indireto da mesma, e.g. desempenhar tarefas que antes eram feitas pelo falecido; arrumar um trabalho porque se deixou de ter a renda do falecido (Stroebe & Schut, 2020). Esses estressores ocorrem tanto a nível individual como interpessoal, isto é, a morte de um ente querido, normalmente, não deixa só uma pessoa enlutada, mas sim toda uma família (Stroebe and Schut, 2016) O facto dos familiares apoiarem-se uns aos outros nos seus processos de luto é um exemplo de estressores OP a nível interpessoal, e estressores OR a nível interpessoal podem implicar lidar com a diminuição de renda familiar ou a família decidir se

Giovanna Alonso Pennetta – O que vulnerabiliza os enlutados a mais sofrimento? Variáveis associadas a maior intensidade de luto dentro do contexto pandêmico mudar de casa ou cidade.

Além disso, outra componente distinta desse modelo é a oscilação que é um processo de *coping* de regulação emocional, isto é, maneiras de lidar com os estressores, dinâmico e baseado no princípio de que terá momentos em que a pessoa terá de se confrontar com aspectos da perda (lidar com estressores OP) enquanto em outros terá de evitá-los. O mesmo se aplica a estressores OR. Os dois tipos de estressores não podem ser enfrentados simultaneamente. Ressalta-se que o *coping* ocorre dentro do contexto da vida cotidiana, e esta implica outros desafios para além daqueles vivenciados durante o processo de luto.

Nesse contexto, em 2016 os autores adicionaram ao modelo o conceito de sobrecarga, definido como a percepção da pessoa enlutada ter mais do que aquilo que ela se sente capaz de lidar - muitas atividades, eventos, experiências e outros estímulos. Stroebe and Schut (2016) argumentaram que lidar, por vezes com estressores OP, outras com OR, e tirar um tempo disso tudo, pode não ser suficiente para regulação emocional. Nessa perspectiva, deram atenção a possibilidade de sobrecarga, a qual pode derivar de múltiplos lutos ou de experienciar muitos estressores OR, como consequências financeiras.

Acredita-se que o MPD contribui de forma significativa para o entendimento do processo de luto e será particularmente pertinente para compreensão dos contornos que esse processo assumiu durante a pandemia do COVID-19. Segundo Stroebe and Schut (2020), categorizar os estressores em OP e OR faculta certa ordem para a grande variedade de desafios enfrentados pelos enlutados durante esse momento. O conceito de oscilação traz a percepção de que nem todos os estressores podem ser tratados ao mesmo tempo, e que lidar com eles requer processamento regulatório (Stroebe & Schut, 2020).

Até a data encontrou-se somente um artigo que associava os parâmetros do MPD com a situação de luto durante a COVID-19. Stroebe and Schut (2020), a partir de uma revisão de literatura, listaram uma ampla gama de estressores OP e OR, que podem implicar reações intensificadas devido as circunstâncias da pandemia; identificaram estratégias de *coping* para lidar com ambos os estressores; e ressaltam que a ampla gama de tarefas OP e OR a serem enfrentadas acentua a possibilidade de sobrecarga.

O conceito de sobrecarga é de especial relevância no contexto deste trabalho, pois as circunstâncias e consequências da pandemia juntamente com aspectos da doença podem ser vistos, pelas pessoas enlutadas, como “cargas”, passíveis de acumulação em um nível que ameaça a saúde do indivíduo.

Observa-se como fatores estressores, passíveis de acumulação e sobreposição, os seguintes: a probabilidade de múltiplas mortes dentro da mesma família pode levar a sobrecarga

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia – Escola de Psicologia e Ciências da Vida

do luto; a alta contagiosidade do vírus que priva a família de ajudar a pessoa que está morrendo nos seus últimos dias de vida e da realização de cerimónias fúnebres; as restrições de circulação e a ordem de ficar em casa, para evitar ter contacto com outras pessoas devido a propagação do vírus, proibiam as famílias de visitarem seus entes queridos nos hospitais e em unidades de cuidado intensivos, o que pode eliciar ou exacerbar sentimentos de culpa. (Kokou-Kpolou et al., 2020).

### **Fatores de risco para o Luto Prolongado no contexto pandémico**

#### ***Medidas preventivas***

A conjuntura pandémica pode contribuir para um cenário de LP, pois há fatores de risco que são transversais a todas as pessoas que perderam alguém durante este período, seja por conta do COVID-19 ou devido a outras causas. As medidas adotadas para mitigar a transmissão do vírus afetaram toda a população e mudaram marcadamente como o processo de luto é vivenciado. Fatores associados as essas medidas, e.g. falta de suporte físico de familiares e amigos, perda de autonomia, liberdade de sair casa, possivelmente, a perda de emprego e diminuição da renda do agregado familiar, não poder visitar o familiar internado, podem levar ao indivíduo enlutado a acreditar que tem muito para lidar e não se sentir capaz disso.

O distanciamento e isolamento social trouxeram consigo a falta de suporte físico de familiares e amigos ou suporte espiritual fisicamente presente, refletindo por vezes severas perturbações sociais em geral (Stroebe & Schut, 2020). Esse distanciamento pode intensificar sentimentos de solidão, os quais fazem parte da experiência do luto fora desse cenário (Stroebe & Schut, 2020). Baixos níveis de suporte social e falta de preparação para a morte preveem LP e depressão pós perda – todos fatores relevantes no contexto da pandemia (Wallace et al., 2020). A literatura endossa que elevados níveis de suporte social estão relacionados a melhores resultados no processo de luto (Gesi et al., 2020). Ou seja, estar sozinho durante o processo de luto pode aumentar a dificuldade em lidar com a perda, e pode ser fator de risco para algumas perturbações mentais, como a depressão, ansiedade e LP.

As medidas também trouxeram alterações ao nível dos funerais e ritos fúnebres, os quais são importantes para o ajustamento afetivo das pessoas em luto. O estudo de Gamino et al (2000) mostrou que as pessoas enlutadas que acharam o funeral confortante e/ou participaram no planeamento deste reportaram menos sofrimento psicológico depois. Doka (1984-85) descreve como a participação ativa no planeamento dos ritos fúnebres pode proporcionar uma sensação de domínio simbólico sobre a morte e, assim, aumentar a natureza terapêutica desses rituais. Nesse sentido, a impossibilidade de assegurar um funeral adequado ao falecido, como

pode ter ocorrido em alguns momentos da pandemia por COVID 19, pode dificultar as pessoas enlutadas de ganhar consciência da realidade da morte, de compreender e enquadrar sua perda, além de impossibilitar uma ocasião importante e significativa de apoio social (Gesi et al., 2020).

As medidas que muitos hospitais adotaram, de não permitir visitas aos pacientes terminais, seja devido a COVID-19 ou não, e a restrição de circulação em via pública impossibilitaram as pessoas de se envolverem em atos finais de despedidas de seus entes queridos. Sabe-se que, se sentir preparado para a morte de um ente querido e ter a oportunidade de se despedir ajuda no processo de luto da pessoa (Virdun et al., 2016).

Apesar das medidas preventivas serem implementadas por uma boa razão, elas criam possíveis riscos para saúde mental e colocam a população em maior vulnerabilidade ao sofrimento emocional e/ou psicológico. Muitas das consequências do *lockdown* como isolamento social e físico, solidão, sentir-se só, com medo e/ou sobrecarregado são fatores de risco para doenças mentais, incluindo a ansiedade, depressão, suicídio e automutilação (Wang et al, 2021).

Eisma and Tamminga (2020) desenvolveram o primeiro estudo transversal de comparação entre pessoas que perderam alguém antes e aqueles que perderam alguém durante a pandemia. Os resultados apontam que não houve diferença significativa na severidade do luto entre os dois grupos. No entanto, experienciar uma perda recente durante a pandemia provocou reações mais graves de luto agudo (LA) do que perdas recentes antes da pandemia, o que sugere que lidar com a perda no período pandémico pode ser mais difícil sobretudo nos primeiros meses após a morte (Eisma & Tamminga, 2020).

Contudo, o contexto pandémico mostra-se um momento muito delicado, no qual há maior propensão a algumas perturbações mentais. No estudo desenvolvido por Murata et al. (2020), com 4909 participantes, encontrou-se a prevalência de sintomas clinicamente significativos na amostra em geral (adolescentes e adultos americanos) de 32% para depressão, 31% para ansiedade, 34% para perturbação de estresse pós-traumático (PEPT) e 18% para ideação suicida ou do comportamento desde a COVID-19, 55% para reações de luto e 58% para problemas de sono. Assim, a morte de alguém próximo num momento em que muitas pessoas já estão mais vulneráveis pode acentuar ainda mais o sofrimento psicológico e as perturbações mentais. Sabe-se que as perturbações psiquiátricas têm alta comorbilidade entre si, isto é, um indivíduo com depressão tem mais chances de desenvolver outra perturbação, como a do LP, do que aqueles que não têm.

### ***Situação financeira***

Conforme mencionado anteriormente, o MPD compreende o conceito de sobrecarga ao processo de luto, e a mudança na situação financeira familiar durante a pandemia pode ser vista como uma carga acrescida ao processo de luto da mesma, fazendo os indivíduos se sentirem incapazes de lidar com a perda.

Sabe-se que durante o estado de emergência os comércios considerados não essenciais tiveram de fechar, com isso muitos empregadores demitiram seus funcionários, pois não havia como pagá-los. Outros foram colocados pelas suas empresas em regime de *lay-off*, isto é, redução temporária dos períodos normais de trabalho ou suspensão dos contratos de trabalho durante um determinado tempo, e assim sofreram diminuição da renda. Seja como for, muitos vivenciaram dificuldades financeiras durante esse período, e foram feitos estudos para investigar qual o impacto dessa situação na saúde mental da população.

A investigação mostra que pessoas que reportaram problemas financeiros, e.g. perda de trabalho, diminuição de renda, durante o contexto pandémico estavam em maior risco de desenvolver perturbações mentais, como a ansiedade e depressão (Duarte et al., 2020; Ruengorn et al., 2021). Igualmente a insegurança no trabalho, dentre aqueles que estavam empregados, associada à preocupação financeira, também mostrou estar relacionada a maiores sintomas de ansiedade e depressão (Witson et al., 2020). Em resumo, verifica-se que tanto a perda de trabalho, diminuição de renda e a percepção de insegurança no trabalho estão associados a piores resultados na saúde mental dos indivíduos.

Portanto, estudos com populações diferentes, tailandesa (Ruengorn et al., 2021), americana (Witson et al., 2020) e brasileira (Duarte et al., 2020), chegaram a resultados semelhantes: o aspeto económico, em meio a pandemia e uma recessão global, influencia a saúde mental dos indivíduos. Assim, se por vezes, a faceta económica, por si só, pode ser sentida como uma dificuldade, quando acrescida a morte de alguém pode gerar a sensação de incapacidade em lidar com a perda. Acrescido as consequências à saúde mental que as medidas preventivas trouxeram, os impactos económicos da pandemia também corroboram para um período de maior vulnerabilidade das pessoas.

Por compreender que diversas características do contexto pandémico podem fazê-lo ser percebido como uma sobrecarga acrescida ao processo de luto, o presente estudo se propõe a estudar os fatores de risco para a perturbação do LP no cenário pandémico de COVID-19 a fim de possibilitar a identificação daqueles que estão em risco acrescido de desenvolver essa perturbação.

### **Fatores de risco compartilhados entre mortes de COVID-19 e outras causas de morte**

Alguns estudos evidenciam que as mortes devido ao surto da COVID-19 compartilham características com as mortes devido a desastres naturais e no âmbito da unidade de cuidados intensivos (UCI), as quais se mostraram associadas ao LP (Gesi et al., 2020; Wallace et al., 2020). Possuem os seguintes aspetos em comum com as mortes por desastres naturais: a morte repentina e inesperada do ente querido, as múltiplas perdas, fechamento de escolas e outras instalações, paralisação de atividades produtivas e redução dos serviços (Gesi et al., 2020). Além disso, em ambas situações as pessoas são expostas a aspetos traumáticos da perda repetidas vezes, por exemplo, a exposição ao evento traumático pode ser ampliada por meio da *media* e redes sociais (Gesi et al., 2020).

Já em relação a UCI, é necessário salientar que a maioria das mortes por COVID-19 normalmente acontecia depois das pessoas ingressarem à UCI e permanecerem isoladas de seus familiares, isto é, muitas mortes aconteciam nesse ambiente depois dos indivíduos terem desenvolvido uma síndrome respiratória aguda grave (SARS) (Wallace et al., 2020). O ambiente da UCI pode ser uma experiência traumática tanto para o paciente quanto para os parentes: as pessoas entram muitas vezes incapazes de comunicar, ligadas a máquinas, ventiladas ou intubadas. As visitas, que também são uma forma de se despedirem, são estritamente controladas e as vezes impossibilitadas, e pode haver mudanças repentinas no quadro da pessoa, incluindo a morte, por vezes sem tempo para os familiares se despedirem (Gesi et al., 2020). No entanto, uma particularidade da pandemia foi que para manter as pessoas com COVID-19 isoladas ninguém podia visitá-las nem tampouco estar presente no momento da morte (Gesi et al., 2020). A comunicação entre doente-família, nesse contexto, é pobre, e muitas vezes pode causar a sensação na pessoa enlutada de que não houve propriamente uma despedida, podendo gerar culpa por não estar presente nesse momento e consequentemente afetar o seu processo de luto.

No estudo de Otani et al. (2017) a impossibilidade de o paciente terminal dizer adeus a família antes da morte foi associada significativamente com LP, entretanto estar presente na hora da morte não. O que sugere que apesar de muitos familiares desejarem estarem presentes no momento da morte do paciente, a presença em si não foi associada ao sofrimento psicológico. A mortalidade nas UCI e nos hospitais está especialmente associada com a alta incidência de PEPT, ansiedade, depressão e LP (Gesi et al., 2020).

Para além da falta de comunicação entre doente-família que ocorre no contexto da UCI, outro aspeto a ser considerado é a comunicação pobre entre os médicos e a família do doente.

Em relação ao COVID-19, isso se deveu a uma perspectiva protetora de comportamentos para impedir o contágio ou devido a sobrecarga dos hospitais (Diolaiuti et al., 2021). Era muito comum que houvesse rapidamente alterações críticas nos quadros dos doentes com COVID-19, principalmente associados a doenças respiratórias, assim em muitos casos, os familiares não foram informados sobre a evolução da doença. Assim, em detrimento da falta de comunicação, a morte pode ser sentida como inesperada e evitável, podendo ser um fator de risco ao LP. Contudo, ressalta-se que este fator é transversal a várias doenças e a todos aqueles que tinham um familiar ou pessoa próxima internada nos cuidados intensivos.

### **Fatores de risco específicos devido a morte de COVID-19**

Pessoas que perderam entes queridos por causa da COVID-19 compartilham dos fatores de risco para o LP citados acima, entretanto acredita-se que esta causa de morte pode carregar em si agravantes específicos para os enlutados: a culpa do contágio (diante da possibilidade de ter transmitido o vírus ao falecido), as consequências que este sentimento pode trazer a nível emocional/psicológico e a revolta diante as medidas adotadas para conter o avanço do vírus, bem com as condições hospitalares citadas anteriormente. Zhai and Du (2021) indicam que alguns indivíduos que tiveram COVID-19 experienciam a perda estigmatizada, sendo responsabilizados por contrair e transmitir o vírus. Stroebe and Schut (2020) mencionam que pode haver arrependimento ou raiva acerca da possível evitabilidade da morte. Diante disso, muitos autores (Eisma et al., 2021; Wallace et al., 2020; Breen et al., 2021a,2021b) levantaram preocupações sobre como as características associadas a morte de alguém por COVID-19 e suas circunstâncias podem afetar o processo de luto.

No contexto pandêmico, de acordo com Wallace et al. (2020), muitos indivíduos podem experienciar o luto desautorizado, isto é, quando o luto não é publicamente expresso ou é socialmente sancionado. Dentro do contexto pandêmico, essa experiência pode ser intensificada em razão a linguagem usada pela sociedade e pela *media*, a qual apresenta um distanciamento emocional para quem vai contrair e/ou morrer de infecção de COVID-19 (Wallace et al., 2020). As mortes são enquadradas como estatística, sendo mais um número, o que também corrobora para a sensação de que a dor de sua perda é desautorizada (Albuquerque et al., 2021); a excessiva e coletiva acumulação de mortes pode negar o reconhecimento do luto de cada pessoa em particular (Kokou-Kpolou et al., 2020).

Três estudos (Tang & Xiang, 2021; Joaquim et al.,2021; Breen et al.,2021a) feitos com pessoas que perderam alguém devido a COVID-19, apesar de não terem grupos de comparação, apontam na mesma direção: pessoas que perderam alguém devido a COVID-19 apresentavam

níveis clínicos de depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, luto disfuncional e prejuízo no funcionamento. Os resultados de Joaquim et al. (2021) apoiam a hipótese de que a perda de um parente ou amigo, e também padecer de uma doença mental, amplifica o sofrimento psicológico, o que explica a alta comorbilidade do LP com outras perturbações mentais.

Tang et al., (2021) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a saúde mental de pessoas enlutadas devido a COVID-19, elucidando a associação entre a saúde mental e as características sociodemográficas e as relacionadas à morte depois de ter perdido alguém por causa da COVID-19. A análise de dados mostrou que homens que experienciaram uma perda recente, traumática e de um parente de primeiro-grau, com quem tinham uma relação próxima, estão em maior risco para desenvolver problemas de saúde mental (Tang et al., 2021).

No entanto, para além desses estudos, até a data, foram encontrados somente três estudos transversais (Arslan & Buldukoglu, 2021; Eisma et al., 2021; Breen et al., 2021b) que comparam os sintomas de LA ou LP entre pessoas que perderam alguém devido ao COVID-19 e pessoas que perderam alguém devido a causas de morte naturais e não naturais. Eles possuem grupos de comparação, mas não grupos de controlo.

Posto isso, observa-se que há divergência na literatura encontrada. Enquanto o estudo de Eisma et al. (2021) aponta para maior prevalência de sintomas de LA em pessoas que sofreram uma perda devido ao COVID-19, nos resultados encontrados por Breen et al. (2021b) e Arslan and Buldukoglu (2021) não houve diferença estatisticamente significativa entre perdas por COVID-19 ou outras causas relativamente a sintomatologia do LP e comprometimento funcional. No entanto, Arslan and Buldukoglu (2021) encontraram que participantes que percecionaram a morte como inesperada mostraram reações do luto mais intensas, e de acordo com Tang and Xiang (2021), a morte devido ao COVID-19 pode ser percecionada como inesperada. Eisma et al. (2021) também sugere que a morte ser sentida como repentina explica a diferença na sintomatologia do LA entre pessoas que experienciaram perda relacionada ao COVID-19 e por causas de morte naturais.

Entretanto, no estudo de Breen et al (2021b) não foram encontradas diferenças entre a causa de morte, ocorridas durante o período pandémico, e a intensidade de luto. Entretanto, a grande maioria dos participantes estava em grande sofrimento, o que provavelmente reflete complicações, quase que universais, relacionadas à pandemia, tais como incapacidade de acompanhar o ente querido no fim de vida, apoio social limitado devido as restrições impostas, funerais restritos ou cancelados e imagens do falecido morrendo sozinho, fatores que se aplicam amplamente a todas as perdas durante este período (Breen et al., 2021b).

Apesar da pandemia ser um fenómeno novo, considera-se escassa a quantidade de estudos experimentais investigando seu impacto na intensidade de luto, assim como os fatores de risco associados.

Para além, muito dos artigos encontrados são artigos de opinião ou cartas a editores que procuram descrever o fenómeno de luto relacionado ao COVID-19, provendo descrições em níveis individuais, interpessoais e sociais a fim de advertir os profissionais de saúde e até mesmo governantes políticos sobre a importância do assunto na atualidade. Há aqueles que procuram descrever e enumerar os fatores de risco para LP no contexto da pandemia baseando-se em fatores encontrados na literatura anterior a pandemia, assim como em outras causas de morte que compartilham determinadas características com as relacionadas ao COVID-19, e.g. desastres naturais e unidade de cuidados intensivos, mas poucos são estudos experimentais e alguns dos existentes têm limitações metodológicas, e.g., não incluem grupo de controlo.

Portanto, entende-se que há a necessidade de mais estudos experimentais nessa área, seja na comparação entre os grupos de pessoas que perderam alguém devido a COVID-19 e àquelas que foram devido a outras causas de morte, como também na compreensão dos fatores de risco do contexto pandémico, das circunstâncias de morte e qual sua relação com a intensidade de luto. O presente estudo, uma vez que será um estudo experimental, visa contribuir para melhor entendimento da temática dentro da comunidade científica visto a escassez de material a respeito.

Do mesmo modo, é de extrema relevância perceber quais são os fatores relacionados ao contexto e circunstâncias da pandemia, assim como os fatores relacionados, especificamente, com a morte por COVID-19, que colocam as pessoas enlutadas em risco de reportarem maior intensidade de resposta ao luto. Sendo assim, a presente investigação tem como objetivo analisar quais são os fatores de risco associados a maior intensidade de resposta ao luto nas pessoas enlutadas durante o período pandémico na população portuguesa. A partir de estudos anteriores, formulou-se as seguintes hipóteses a) as causas de morte enquadradas como súbitas irão predizer maior intensidade de resposta de luto, b) o falecido ter sido diagnosticado com COVID-19 irá predizer maior intensidade de resposta de luto, c) ter recebido cuidados em fim de vida em locais onde a comunicação entre doente-família é pobre, tais como UCI e hospital, devido as circunstâncias do contexto pandémico, irá predizer maior intensidade de resposta de luto, d) menores níveis de suporte social irão predizer maior intensidade de resposta de luto, e) alteração da situação financeira para pior irá predizer maior intensidade de resposta de luto, f)

comunicação mais comprometida entre doente-família irá predizer maior intensidade de resposta ao luto.

## **Método**

### **Participantes e Procedimentos**

O presente estudo faz parte de um projeto maior, que está em curso desde março de 2020, o qual é um estudo misto sequencial e possui duas componentes, a primeira é quantitativa e observacional e a segunda é qualitativa e longitudinal. Foram utilizados dois questionários, um no primeiro momento (três a seis meses após a morte do ente querido) e outro no segundo momento (13 a 16 meses após a morte da pessoa querida). A presente pesquisa se trata de um recorte do primeiro momento do projeto maior, é de natureza quantitativa e consiste em um estudo transversal, isto é, com somente um momento de avaliação, por não haver número suficiente de respondentes no segundo momento para realização desta pesquisa, e quando se trata de um estudo longitudinal há maiores chances de *drop out* de participantes.

Assim, a população do estudo é composta por pessoas em luto que aceitaram participar e cumpriram os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; perda de uma pessoa considerada próxima e óbito ocorrido durante o período de pandemia por COVID-19, após o dia 11 de março de 2020, data em que a World Health Organization (WHO) declarou pandemia mundial (WHO, 2020).

Em termos éticos, salienta-se que este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde Centro e Norte. A recolha de informação começou em maio de 2020, entretanto o estudo continuou a ser divulgado até março de 2022, visando ampliar a amostra através da plataforma Google Forms, via online. Para o presente estudo também foi usada a amostra referente ao primeiro momento do projeto original.

Em relação ao projeto original, este iniciou a recolha de dados em dois contextos diferentes. Em um deles foi solicitado às Administrações Regionais de Saúde (ARS) a identificação de todas as pessoas falecidas no período de emergência nacional, de 19 de março a 2 de maio de 2020, e a indicação de seu Médico de Família e Agrupamento de Centros de Saúde/Unidade Local de Saúde de inscrição. Inicialmente foi feito o contacto telefónico com os médicos de família, cujas listas de utentes incluíam pelo menos um indivíduo falecido no período mencionado e lhes foi proposto que contactassem as pessoas significativas da pessoa falecida, com um limite de três por cada um, explicando o estudo e convidando-as a participar. O médico de família podia fornecer o link do questionário através do email ou um contacto telefónico, através do qual o utente seria contactado por um investigador ou assistente de

investigação para responder o questionário. Essa última possibilidade foi dada para garantir a participação daqueles que não dominassem as novas tecnologias.

O segundo contexto de recolha da amostra do projeto maior, mas que o presente estudo também deu continuidade, consistiu em divulgar o estudo nas redes sociais. Foi solicitado àqueles que perderam alguém durante o período de pandemia que respondessem ao questionário. Foi igualmente partilhado com entidades relevantes no âmbito da recolha da amostra a fim de abranger mais pessoas.

Ressalta-se que durante os períodos festivos, e.g. Natal e fim de ano, foi interrompida a divulgação do questionário, por entender que estes são períodos mais ativadores emocionalmente e nos quais esta população pode estar mais sensível. Ademais, a ordem que o questionário foi formulado foi pensada no sentido de ter primeiro os instrumentos e no final estar o questionário sociodemográfico, para que o mesmo terminasse com questões de menor carga emocional. Foi disponibilizado aos participantes contactos da linha saúde 24, Linha de Apoio Psicológico e da Consulta de luto da área de residência, se o mesmo solicitasse.

## **Instrumentos**

### ***Medidas Sociodemográficas***

Foi utilizado um questionário sociodemográfico para recolha de informação dos participantes, com perguntas sobre a idade, género, escolaridade, estado civil, área de residência, situação profissional, grau de parentesco e proximidade com o falecido e tempo em luto (tabela 1). Também havia questões sobre a pessoa falecida, a respeito da idade, género, causa de morte, local que recebeu cuidados em fim de vida e se foi diagnosticada com COVID-19 (tabela 2).

### ***Preditores***

O estudo tem seis preditores: diagnóstico de COVID-19, causa de morte, local de prestação de cuidados no final de vida, alteração da situação financeira, as quais são nominais, apoio social e o impacto psicológico das restrições em comunicar-se com o familiar que são intervalares.

A variável diagnóstico de COVID-19 visava saber se havia infeção ativa por COVID-19 diagnosticada antes ou depois da morte, e continha três possibilidades de resposta “sim”, “não” e “não sei/prefiro não dizer”. A causa de morte tinha as seguintes categorias de resposta “doença oncológica”, “doença neurodegenerativa”, “insuficiência de órgão”, “doença súbita”, “acidente”, “suicídio”, “homicídio” ou “outros”. Apesar da variável ter oito opções de resposta, elas podem fazer parte de três categorias maiores, que são: doença prolongada, morte súbita e

outros. Isso permite verificar se dentre essas categorias há alguma que seja um preditor significativo da maior intensidade de resposta do luto. O local de prestação de cuidados em fim de vida tinha como possibilidade de resposta “domicílio”, “hospital”, “lar”, “unidade de cuidados continuados integrados”, “unidade de cuidados paliativos” e “não se aplica”. A alteração financeira visava saber se a situação financeira mudou desde o início da pandemia, e possuía duas categorias de resposta “não mudou/melhorou” e “piorou”.

A respeito das variáveis intervalares, o apoio social foi medido através de uma única pergunta, “em que medida considera que o apoio que recebeu foi condicionado pelas restrições impostas pela pandemia?” com possibilidade de resposta de um a cinco, onde um significa nada e cinco extremamente. Isto é, quanto maior o número maior a limitação e consequentemente menor apoio. O impacto psicológico das restrições em comunicar-se com o familiar foi medido através de uma única pergunta “que impacto psicológico tiveram em si as restrições em comunicar-se com o familiar?” com possibilidade de resposta de um a cinco, onde um representava nenhum impacto e cinco extremamente. Nessa pergunta havia também a possibilidade de resposta “não sei aplica”. Essa variável foi tratada como intervalar, e quanto maior o número maior o impacto psicológico.

#### **PG-4**

Foi aplicado o Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado, de Prigerson et al. (2009), (PG-13) - versão reduzida (PG-4), visando obter uma noção subjetiva do enlutado sobre a frequência de sintomas associados ao processo de luto. O PG-13 foi traduzido e validado para a população portuguesa (alfa de Cronbach = 0.93) por Delalibera, Coelho & Barbosa (2011). É um questionário composto por treze itens descritivos de um conjunto de sintomas que devem persistir por um período mínimo de seis meses, e que estão associados a um prejuízo funcional significativo. As respostas a esse questionário podem ser utilizadas de duas maneiras distintas, tanto na validação dos critérios da perturbação de LP (Delalibera et al., 2011), isto é, como indicador de diagnóstico, não sendo suficiente para fornecê-lo, como também para tratamento dos dados por meio de uma medida contínua (Vilar, 2019, p.11). Nesse último, o valor de cada participante é obtido através da soma de suas respostas a cada item, não incluindo os itens com três e 13 pois são de resposta dicotômica. Os escores podem variar entre 11 e 55 e não há ponto de corte oficialmente recomendado para a escala (Pohlkamp, et al., 2018) entretanto, maiores escores indicam maior sintomatologia de luto (Dionne-Odom, et al., 2016).

Na presente pesquisa, e no projeto maior, foi utilizada a versão reduzida, PG-4. Os itens que a compõe são: “sinto saudades e ausência da pessoa que perdi”, “sinto-me atordado ou chocado com a sua morte”; “a minha vida é vazia ou sem significado sem a pessoa que perdi”; “sinto amargura pela sua morte”. Aos respondentes foi pedido que classificassem esses itens em uma escala de resposta que varia de nunca (1) a sempre (5). Os escores variam entre quatro e 20. Maiores escores denotam maiores sintomas de luto. Com a atual amostra a PG-4 apresenta uma boa fiabilidade (alfa de Cronbach = 0.86).

### **Análises Estatísticas**

Para responder à pergunta de investigação “quais fatores estão associados a maior probabilidade de os indivíduos enlutados reportarem maior intensidade de resposta ao luto durante o período pandémico?”, conduziu-se uma regressão linear hierárquica múltipla, visto que o que determina a escolha deste modelo de regressão é a variável critério, o facto de esta poder ser tratada como contínua possibilita o uso de tal método. Posto isso, ter quatro preditores como variáveis nominais impediria fazer esse modelo de regressão, entretanto, segundo Maroco (2007) quando os preditores são nominais é possível incluí-las no modelo de regressão linear múltipla por recurso a variáveis auxiliares indicadoras, também conhecidas por variáveis *dummy*. De maneira geral, para uma variável nominal (ou mesmo ordinal) com  $k$  classes, é necessário construir  $k-1$  variáveis indicadoras (Maroco, 2007). Esse procedimento estatístico requer um mínimo de 10 participantes para cada preditor, assim é necessário um mínimo de 60 indivíduos (Maroco, 2007).

A resposta “não se aplica” foi tratada como valor omissos, pois segundo Williams (2021) esse tipo de resposta é classificada como *missing by design*. Assim, para lidar com os dados omissos contruiu-se uma variável *dummy* (casos omissos e casos não omissos) a fim de verificar se havia diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Tabachnick & Fidell, 2013) para que fosse possível aplicar o método *listwise* para lidar estes dados. Visto que a variável critério é contínua e assume uma distribuição normal, assimetria (-0.19) e curtose (-0.92), fez-se o teste T para amostras independentes, o qual não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos  $t(225) = .268, p = .789$ . Casos não omissos ( $M = 12.95$ ), cassos omissos ( $M = 12.76$ ). Sendo assim, assumiu-se que não há diferença entre os grupos, portanto, pôde-se aplicar o método *listwise* como alternativa para lidar com os mesmos. Optou-se por esse método para lidar com os valores omissos com base nos modelos de regressão linear executados por Tabachnick and Fidell (2013). De acordo com Meyers (2017), este

método pode ser usado em uma variedade de procedimentos estatísticos, um deles a regressão linear múltipla.

Em relação as variáveis qualitativas, verificou-se que os valores numéricos se encontram dentro da amplitude. No que tange as variáveis quantitativas, para verificar os *outliers* foram analisadas a média, desvio padrão e caixa de bigodes. Assim, foi encontrado apenas quatro *outliers* para a idade da pessoa falecida, e segundo Kazdin (2017) quando a amostra é pequena e o número de *outliers* é igualmente pequeno, a remoção de participantes é problemática. Por já ter optado antes por retirar participantes, optou-se por manter-se esses.

A respeito das variáveis categóricas, havia categorias com determinada quantidade de pessoas que não era representativa, assim aplicou-se estratégias para lidar com isto a fim de diminuir o impacto nas análises estatísticas. Na variável causa de morte, a categoria doença prolongada abrange as opções de resposta “doença oncológica”, “neurodegenerativa” e “insuficiência de órgão” enquanto a categoria morte súbita abrange “doença súbita”, “acidente”, “suicídio” e “homicídio”. A opção de resposta homicídio continha apenas um participante, já a variável suicídio não continha nenhum. A categoria outros contempla aqueles que optaram por essa resposta. Na variável local de prestação de cuidados em fim de vida, a categoria “Unidade de Cuidados Continuados Intensivos” continha dois participantes e optou-se por juntar àqueles que optaram como resposta a categoria “Unidade de Cuidados Paliativos”, a qual tinha onze participantes, passando a ser uma categoria denominada Unidade de Cuidados, isto é, criou-se uma categoria mais geral. Entretanto, na variável diagnóstico de COVID-19 quatro pessoas optaram por responder “não sei/prefiro não dizer”. Nesse caso, optou-se por tirar esses participantes das análises, uma vez que não se pode assumir que tiveram ou não COVID-19.

Por fim, como a variável critério pode ser tratada como contínua e os preditores nominais foram codificados, foi possível realizar o modelo de regressão desejado, desde que se atendesse os requisitos básicos, que devem ser verificados anteriormente a realização do procedimento.

## **Resultados**

### **Características da amostra**

Participaram deste projeto 279 pessoas, entretanto 52 foram excluídas das análises devido ao óbito ter ocorrido antes de 11 de março de 2020, 38 pelo facto do falecido não ter recebido cuidados em fim de vida, 22 pois suas respostas continham valores omissos, isto é, aplicou-se o critério *listwise* para lidar com os valores omissos, e quatro pessoas que responderam “não sei/prefiro não dizer” na variável diagnóstico de COVID-19, por esse número não ser representativo para uma categoria e poder vir a interferir nos resultados das

análises estatísticas. Assim que, a amostra é composta por 163 pessoas. A maioria é mulher (87.10%), casada ou que vive em união de facto (49.70%), com a média de idade 38.67 anos ( $DP=14.25$ ), residente na área urbana (77.90%), com licenciatura completa (43.60%) e encontra-se profissionalmente ativa (74.20%). Grande parte da amostra declarou ser muito/extremamente próxima da pessoa falecida (84.00%), e 35.60% perdeu o avô/avó, seguido de 29.40% que perdeu pai/mãe, 12.30% perdeu o tio/tia e 8.00% perdeu o companheiro(a)/cônjuge. No geral, a média de tempo de luto foi 5.32 meses ( $DP=4.36$ ), os quais variaram entre zero, isto é, dias de luto, e 22 meses.

A respeito das características do falecido, a média da idade é de 76.38 anos ( $DP=15.77$ ), sendo que 52.10% era do género masculino e 69.30% não foi diagnosticado com COVID-19, a causa de morte predominante foi doença prolongada (71.20%), seguida de morte súbita (17.20%) e maioria recebeu cuidados em fim de vida no hospital (54.00%), seguido de domicílio (26.40%) Já a média dos escores na PG-4 foi de 12.80 ( $DP=4.17$ ), os quais variaram entre 4 e 20.

**Tabela 1. Informações sociodemográficas dos participantes**

| Variável           | <i>M/n</i> | <i>SD/%</i> |
|--------------------|------------|-------------|
| Tempo de luto      | 5.32       | 4.36        |
| Idade              | 38.67      | 14.25       |
| Género             |            |             |
| Feminino           | 142        | 87.10%      |
| Masculino          | 21         | 12.90%      |
| Estado Civil       |            |             |
| Casado             | 81         | 49.70%      |
| Solteiro           | 57         | 35.00%      |
| Divorciado         | 12         | 7.40%       |
| Viúvo              | 13         | 8.00%       |
| Área de residência |            |             |
| Urbana             | 127        | 77.90%      |
| Mista              | 21         | 12.9%       |
| Rural              | 15         | 9.20%       |
| Escolaridade       |            |             |
| Ensino Básico      | 13         | 8.00%       |

Giovanna Alonso Pennetta – O que vulnerabiliza os enlutados a mais sofrimento? Variáveis associadas a maior intensidade de luto dentro do contexto pandémico

|                                   |     |        |
|-----------------------------------|-----|--------|
| Secundário                        | 37  | 22.70% |
| Bacharelato                       | 4   | 2.50%  |
| Licenciatura                      | 71  | 43.60% |
| Mestrado                          | 35  | 21.50% |
| Doutoramento                      | 3   | 1.80%  |
| Situação Profissional             |     |        |
| Ativo                             | 121 | 74.20% |
| Desempregado                      | 8   | 4.90%  |
| Reformado                         | 8   | 4.90%  |
| Estudante                         | 22  | 1.50%  |
| Inativo                           | 3   | 1.80%  |
| Lay-off                           | 1   | 0.60%  |
| Grau de parentesco com o falecido |     |        |
| Cônjuge/Companheiro               | 13  | 8.00%  |
| Pai/Mãe                           | 48  | 29.40% |
| Filho/Filha                       | 2   | 1.20%  |
| Irmã/Irmão                        | 4   | 2.50%  |
| Avô/Avó                           | 58  | 35.60% |
| Tio(a)                            | 20  | 12.30% |
| Sogro(a)                          | 5   | 3.10%  |
| Amigo(a)                          | 6   | 3.70%  |
| Outros                            | 7   | 4.30%  |
| Proximidade com o falecido        |     |        |
| Pouco                             | 16  | 9.80%  |
| Moderadamente                     | 10  | 6.10%  |
| Extremamente/Muito                | 137 | 84.00% |

Observação. N=163. Os participantes tinham em média 38.67 anos (DP=14.25).

**Tabela 2. Informações sobre o falecido**

| Variável          | M/n   | SD %  |
|-------------------|-------|-------|
| Idade do falecido | 76.38 | 15.77 |

Giovanna Alonso Pennetta – O que vulnerabiliza os enlutados a mais sofrimento? Variáveis associadas a maior intensidade de luto dentro do contexto pandémico

#### Género do falecido

|           |    |        |
|-----------|----|--------|
| Masculino | 85 | 52.10% |
| Feminino  | 78 | 47.90% |

#### Diagnóstico de COVID-19

|     |     |        |
|-----|-----|--------|
| Não | 113 | 69.30% |
| Sim | 50  | 30.70% |

#### Causa de morte

|                   |     |        |
|-------------------|-----|--------|
| Doença Prolongada | 116 | 71.20% |
| Doença Súbita     | 28  | 17.20% |
| Outros            | 19  | 11.70% |

#### Local de Prestação de Cuidados em fim de vida

|                     |    |        |
|---------------------|----|--------|
| Hospital            | 88 | 54.00% |
| Domicílio           | 43 | 26.40% |
| Lar                 | 19 | 11.70% |
| Unidade de Cuidados | 13 | 8.00%  |

|           |       |      |
|-----------|-------|------|
| Score PG4 | 12.80 | 4.17 |
|-----------|-------|------|

---

### Análise Regressão Linear Múltipla

A regressão hierárquica foi utilizada para verificar se o apoio social, alteração na situação financeira, causa de morte, diagnóstico de COVID-19, local de prestação de cuidados em fim de vida e impacto psicológico das restrições na comunicação com o familiar são capazes de prever a intensidade do luto. A análise foi feita no software IBM SPSS 26. Analisou-se os pressupostos do modelo, nomeadamente o da distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros. Os dois primeiros pressupostos foram validados graficamente e o pressuposto da independência dos resíduos foi validado com a estatística de Durbin-Watson ( $d=1.82$ ), como descrito em Maroco (2007). Utilizou-se o *VIF* para diagnosticar a multicolinearidade, e todas as variáveis apresentaram  $VIF < 10$ . Também se procedeu à observação de *outliers*, os quais se encontram dentro da faixa menos três mais três. Considerou-se para todas as análises uma probabilidade de erro tipo I (alfa) de 0.05.

A tabela 3 contém as correlações entre as variáveis e a tabela 4 mostra os resultados da regressão hierárquica. No primeiro bloco, o valor de  $R^2$  foi de .11 revelando que o apoio social e a alteração financeira explicam 11% da variância na intensidade de resposta ao luto,  $F(2,$

160) = 10.07  $p < .001$ . Os resultados sugerem que o apoio social e a alteração financeira para pior predizem a intensidade de resposta ao luto. No segundo bloco, o valor de  $R^2$  foi .12 revelando que o apoio social, alteração financeira, a causa de morte e o diagnóstico de COVID-19 explicam 12% da variância na intensidade de resposta ao luto,  $F(3, 157) = 4.40$   $p = .001$ . As análises revelam que a adição da causa de morte e do diagnóstico de COVID-19 não foi significativa, e por sua vez não resultou na melhora do  $R^2$  ajustado, assim essas duas variáveis não preveem a intensidade de resposta ao luto. No terceiro bloco, o valor de  $R^2$  foi .17, revelando que o apoio social, alteração da situação financeira, causa de morte, diagnóstico de covid, local de prestação de cuidados em fim de vida e o impacto psicológico das restrições na comunicação explicam 17% da variância na intensidade de resposta ao luto  $F(4, 153) = 3.64$   $p < .001$ . A adição do local de prestação de cuidados em fim de vida e o impacto psicológico das restrições na comunicação foi significativa, revelando um incremento significativo no  $R^2$  ajustado.

**Tabela 3. Correlações**

|                        | N   | M    | SD   | 1    | 2     | 3    | 4     | 5      | 6     | 7     | 8 | 9 | 10 |
|------------------------|-----|------|------|------|-------|------|-------|--------|-------|-------|---|---|----|
| 1.ScorePG4             | 163 | 12.8 | 4.17 | —    |       |      |       |        |       |       |   |   |    |
|                        |     | 0    |      |      |       |      |       |        |       |       |   |   |    |
| 2.Apoio Social         | 163 | 3.36 | 1.13 | .29* | —     |      |       |        |       |       |   |   |    |
|                        |     |      |      | **   |       |      |       |        |       |       |   |   |    |
| 3.Alteração Financeira | 163 | .37  | .48  | .15* | -.04  | —    |       |        |       |       |   |   |    |
|                        |     |      |      |      |       |      |       |        |       |       |   |   |    |
| 4.Morte Súbita         | 163 | .17  | .37  | .02  | .01   | -    | —     |        |       |       |   |   |    |
|                        |     |      |      |      |       | .18* |       |        |       |       |   |   |    |
|                        |     |      |      |      |       | *    |       |        |       |       |   |   |    |
| 5.Outros               | 163 | .11  | .32  | .09  | .05   | .07  | -.16* | —      |       |       |   |   |    |
|                        |     |      |      |      |       |      |       |        |       |       |   |   |    |
| 6.Não Diagnóstico      | 163 | .69  | .46  | -    | -.16* | .02  | -     | -      | —     |       |   |   |    |
|                        |     |      |      | .12* |       |      | .22** | .25*** |       |       |   |   |    |
| 7.Domicílio            | 163 | .26  | .44  | -.03 | -.16* | -.03 | -     | -.13*  | .24** | —     |   |   |    |
|                        |     |      |      |      |       |      | .19** |        |       |       |   |   |    |
| 8.Lar                  | 163 | .11  | .32  | -    | -.01  | -.04 | .18** | .04    | -.09  | -     | — |   |    |
|                        |     |      |      | .15* |       |      |       |        |       | .21** |   |   |    |

Giovanna Alonso Pennetta – O que vulnerabiliza os enlutados a mais sofrimento? Variáveis associadas a maior intensidade de luto dentro do contexto pandémico

|                        |     |      |      |      |        |      |       |      |       |       |      |      |
|------------------------|-----|------|------|------|--------|------|-------|------|-------|-------|------|------|
| 9.Unidade de Cuidados  | 163 | .07  | .27  | .01  | -.03   | .00  | -.13* | -.03 | .04   | -.17* | -.10 | —    |
| 10.Impacto Psicológico | 163 | 3.86 | 1.36 | .25* | .33*** | -.02 | .16*  | .08  | -     | -     | .06  | -.00 |
|                        |     |      |      | *    |        |      |       |      | .26** | .23** |      | —    |
|                        |     |      |      |      |        |      |       |      | *     |       |      |      |

$I^* p < 0.05$ ;  $** p < 0.01$ ;  $*** p < 0.001$

**Tabela 4 Resultados da Regressão Hierárquica**

| Effect                            | B     | SE B | B    | 95 % IC |       | p    | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup><br>ajustado |
|-----------------------------------|-------|------|------|---------|-------|------|----------------|----------------------------|
|                                   |       |      |      | LI      | LS    |      |                |                            |
| Modelo 1                          |       |      |      |         |       |      | .11**          | .10                        |
|                                   |       |      |      |         |       |      | *              |                            |
| Constante                         | 8.61  | 1.00 |      | 6.62    | 10.60 | .000 |                |                            |
| Apoio Social                      | 1.09  | 0.27 | .29  | 0.55    | 1.63  | .000 |                |                            |
| Alteração Financeira <sup>a</sup> | 1.43  | 0.64 | .16  | 0.16    | 2.69  | .02  |                |                            |
| Modelo 2                          |       |      |      |         |       |      | .12            | .09                        |
| Constante                         | 8.95  | 1.26 |      | 6.44    | 11.46 | .000 |                |                            |
| Apoio Social                      | 1.04  | 0.27 | .28  | 0.49    | 1.59  | .000 |                |                            |
| Alteração Financeira              | 1.48  | 0.65 | .17  | 0.18    | 2.77  | .02  |                |                            |
| Causa de Morte <sup>b</sup>       |       |      |      |         |       |      |                |                            |
| Morte Súbita                      | 0.57  | 0.88 | .05  | -1.17   | 2.31  | .52  |                |                            |
| Outros                            | 0.71  | 1.03 | .05  | -1.32   | 2.75  | .49  |                |                            |
| Não Diagnóstico <sup>c</sup>      | -0.54 | 0.73 | -.06 | -1.99   | 0.91  | .46  |                |                            |
| Modelo 3                          |       |      |      |         |       |      | .17*           | .12                        |
| Constante                         | 7.44  | 1.51 |      | 4.45    | 10.44 | .000 |                |                            |
| Apoio Social                      | 0.86  | 0.29 | .23  | 0.28    | 1.43  | .004 |                |                            |
| Alteração Financeira              | 1.47  | 0.64 | .17  | 0.20    | 2.75  | .02  |                |                            |

Giovanna Alonso Pennetta – O que vulnerabiliza os enlutados a mais sofrimento? Variáveis associadas a maior intensidade de luto dentro do contexto pandémico

#### Causa de Morte

|              |       |      |      |       |      |     |
|--------------|-------|------|------|-------|------|-----|
| Morte Súbita | 0.83  | 0.91 | .07  | -0.97 | 2.63 | .36 |
| Outros       | 0.88  | 1.02 | .06  | -1.14 | 2.90 | .39 |
| Não          | -0.39 | 0.74 | -.04 | -1.85 | 1.06 | .59 |

#### Diagnóstico

Local de  
prestação de  
cuidados<sup>d</sup>

|            |       |      |      |       |       |     |
|------------|-------|------|------|-------|-------|-----|
| Domicílio  | 0.51  | 0.77 | .05  | -1.02 | 2.05  | .50 |
| Lar        | -2.14 | 0.99 | -.16 | -4.11 | -0.17 | .03 |
| Unidade de | 0.41  | 1.18 | .02  | -1.91 | 2.75  | .72 |

#### Cuidados

|         |      |      |     |      |     |     |
|---------|------|------|-----|------|-----|-----|
| Impacto | 0.52 | 0.24 | .17 | 0.03 | 1.0 | .03 |
|---------|------|------|-----|------|-----|-----|

#### Psicológico

Observações: <sup>a</sup> categoria de referência: alteração financeira para pior; <sup>b</sup> categoria de referência: com diagnóstico de COVID-19; <sup>c</sup> categoria de referência: doença prolongada; <sup>d</sup> categoria de referência: hospital

$I * p < 0.05$ ;  $*** p < 0.001$

IC: Intervalo de Confiança LI: Limite Inferior LS: Limite Superior

### Discussão

Os resultados da regressão linear hierárquica múltipla demonstram que entre aqueles que perderam alguém durante a pandemia do COVID-19, o menor apoio social devido as restrições da pandemia, alteração da situação financeira para pior, o local de prestação de cuidados em fim de vida, nomeadamente hospital, e o maior impacto psicológico das restrições em comunicar com o familiar predizem a maior intensidade de resposta ao luto.

Os fatores de risco foram divididos em três grupos. Primeiro estão os fatores relacionados as circunstâncias pandémicas, transversais a todos aqueles que perderam alguém durante este período, isto é, fatores mais sociais e ambientais, posteriormente estão fatores compartilhados entre aqueles que perderam alguém para COVID-19 e outras causas de morte, como UCI, desastres naturais e por último estão fatores mais específicos, o local de prestação de cuidados em fim de vida, uma vez que a amostra do estudo contempla apenas as pessoas receberam cuidado em fim de vida, e o impacto psicológico das restrições na comunicação com o familiar.

### **Apoio social**

Conforme a hipótese formulada, o apoio social foi um preditor de maior intensidade de resposta ao luto. Os achados vão ao encontro da literatura (Gesi et al., 2020; Stroebe & Schut; Wallace et al., 2020), no sentido de que aqueles que reportaram menor apoio social estão mais propensos a reportarem maior intensidade de resposta ao luto. Antes da pandemia, Van der Houwen et al. (2010) evidenciaram que o menor suporte social é um preditor significativo de maiores sintomas de luto.

No estudo de Arslan and Buldukoglu (2021), a maioria dos participantes declarou que a pandemia do COVID-19 afetou seu processo de luto, uma das razões para tal foi a impossibilidade de estar com as pessoas queridas e compartilhar os seus sentimentos.

De acordo com Neimeyer and Lee (2022), as diretrizes de isolamento social limitaram tanto a disponibilidade do apoio social quanto o envolvimento dos familiares nos cuidados em fim de vida. Ademais, as implicações do isolamento social não afetaram somente as famílias atingidas pela COVID-19, mas também aqueles que perderam alguém devido a outras doenças (Diolaiuti et al. 2021), o que corrobora para se pensar que este fator é transversal a todos aqueles que sofreram uma perda durante o período pandémico. Ou seja, as medidas restritivas, se por um lado tiveram o papel importante de frear o contágio do vírus por outro impediram as pessoas que perderam alguém de receber apoio social da família e de amigos. O apoio social é um fator protetor para as reações de luto (Chen, 2020; Vanderwerker & Prigerson, 2004), entretanto, o isolamento social pode reduzir o efeito positivo desse fator.

O suporte e companheirismo protegem as pessoas de sentimentos de desesperança e vazio, os quais estão associados a solidão (Rook, 1987, as cited in Stylianos & Vachon, 1988). Cohen and McKay levantaram a hipótese de que o luto, e outras ruturas em relacionamentos próximos, criam a necessidade de mecanismos de suporte e de relações próximas e íntimas, que podem ser eficazes para atender a necessidade de pertencimento (as cited in Stylianos and Vachon, 1988). Contudo, o menor apoio social é um fator de risco geral, transversal a todos aqueles que perderam alguém especialmente durante o período pandémico, uma vez que o isolamento social dificultou o acesso a rede de suporte, o que pode aumentar a sensação de sobrecarga do indivíduo.

### **Situação Financeira**

De acordo com a hipótese formulada anteriormente, a alteração financeira para pior mostrou ser um preditor de maior intensidade de resposta ao luto. Os resultados vão ao encontro do estudo desenvolvido por Kersting et al. (2010), anterior ao período pandémico, o qual mostra

que menor renda (<€1250/mês) é um preditor de maior risco para desenvolver LP. Van der Houwen et al. (2010) também evidenciou que os aspetos financeiros são preditores significativos de maior sintomatologia de luto.

Frasquilho et al. (2016) concluíram que períodos de recessão económica estão possivelmente associados a uma maior prevalência de problemas de saúde mental, incluindo perturbações mentais comuns, perturbações de substâncias e comportamento suicida.

Relativamente ao contexto da pandemia por COVID-19, Wilson et al. (2020) encontraram que, entre aqueles que estavam empregados, a insegurança no trabalho devido ao cenário pandémico e a preocupação financeira estão associadas com maiores sintomas de depressão e ansiedade.

No estudo de Ruengorn et al. (2021) indivíduos que perderam seu trabalho tiveram 2.40 mais chances de maior estresse percebido, enquanto aqueles que tiveram uma perda de 50% ou mais no seu rendimento mensal tiveram 1.42 mais risco de desenvolver sintomas de ansiedade. O autorrelato de problemas financeiros foi associado com resultados adversos na saúde mental: 1.84, 2.00 e 2.12 níveis mais elevados de sintomas depressivos, ansiosos e estresse percebido, respetivamente (Ruengorn et al., 2021)

Duarte et al. (2020) encontraram que participantes que estavam passando por prejuízos económicos no contexto pandémico possuíam 1.4 vezes mais chances de risco para perturbações mentais comparativamente àqueles que não sofreram perdas económicas.

Relativamente a carga económica, problemas financeiros relatados são indicadores subjetivos que refletem a perceção da tensão financeira, a qual é um fator importante no início e duração de perturbações mentais, mais até que fatores objetivos, como perda do trabalho ou de renda (Weich & Lewis, 1998).

Os resultados encontrados acrescentam à literatura que o aspeto económico pode ser sentido como sobrecarga, principalmente em períodos de recessão económica e incerteza, que tem impacto na saúde mental do individual e no seu processo de luto. A relação com o luto faz sentido pois a perda de recursos financeiros pode ser sentida como uma segunda perda que acrescenta significância a primeira. Stroebe and Schut (2020) mencionam que entre os estressores OR estão as dificuldades económicas, perda de trabalho e dificuldades de se recolocar no mercado de trabalho durante a pandemia. O estudo vai ao encontro dos autores na medida em que mostra como a alteração financeira para pior pode ser vista como um estressor OR e está associada a maior intensidade de resposta ao luto.

### **Local de prestação de cuidados em fim de vida**

O declive para a categoria “domicílio” não foi significativo ( $p = .471$ ), indicando que não há diferenças significativas entre receber cuidados em fim de vida no domicílio e hospital na intensidade de resposta ao luto. O declive para a categoria “Unidade de Cuidados” (UC) também não foi significativo ( $p = .591$ ), indicando não haver diferenças significativas entre receber cuidados em fim de vida em UC e no hospital na intensidade de resposta ao luto.

Divergentemente de estudos prévios, que sugerem que depois da morte em UCI os familiares podem desenvolver LP (Anderson et al., 2008), e da hipótese postulada, a UC não foi um preditor significativo para maior intensidade de resposta ao luto. Isso pode ser devido a forma como a categoria foi estruturada e ao número total de indivíduos nessa categoria, que continuou a ser pequeno. Entretanto, vai ao encontro do resultado de Probst et al. (2016), que não encontraram diferenças significativas entre diferentes contextos hospitalares (UCI e não-UCI) nos níveis de LP, depressão e PEPT, e ressaltam que mortes no hospital, independente do contexto hospitalar, estão associadas ao sofrimento psicológico. Pois, apesar de haver diferenças entre os dois contextos eles partilham algumas características como: testemunhar os esforços para reanimar o paciente, sintomas físicos incontrolláveis, e.g. dor, dispneia, e incapacidade de dizer adeus ao familiar (Probst et al., 2016)

No entanto, os resultados indicam uma diferença significativa ( $p = .03$ ) entre o local de prestação de cuidados “lar” e “hospital”, no sentido de que aqueles que receberam cuidados em fim de vida em lares pontuam menor intensidade ( $B = -2.14$ ) de resposta ao luto do que aqueles que receberam cuidados nos hospitais. Em suma, os primeiros pontuaram -2.14 que aqueles que receberam cuidados nos hospitais. Esses resultados estão de acordo com a hipótese postulada, de que o hospital é um preditor para maior intensidade de resposta ao luto.

Aproximadamente 10% a 15% dos indivíduos que experienciam a morte de um familiar hospitalizado irão desenvolver LP (Mason et al., 2020). De acordo com Wright et al. (2010), falecer em contexto hospitalar, comparado ao domicílio, pode predizer o sofrimento entre os familiares enlutados.

Dentre os estressores OP relacionados ao contexto pandémico listados por Stroebe and Schut (2020) estão a circunstância da doença terminal, o processo de morte, e.g., isolamento, situação de morte devastadora, incertezas relacionadas a doença, e a carga traumática para o enlutado de ter um familiar/amigo em condições isoladas em UC. Assim, o estudo evidencia que as circunstâncias relacionadas a determinados local de prestação de cuidados em fim de vida, e.g., restrições de visitas, isolamento da pessoa falecida, podem ser vistas como estressores OP.

Ressalta-se que no contexto pandémico, em muitos países, as pessoas não eram autorizadas a visitar seus familiares hospitalizados, ou os que estavam em lares, numa perspetiva de evitar o contágio do vírus (Wallace et al., 2020). Em ambos contextos, repentinamente, restringiu-se as famílias de verem os pacientes, os quais se viram sozinhos durante sua estadia nos hospitais e lares. Nesse cenário pandémico sem precedentes, os pacientes morreram sem ter um familiar/amigo ao seu lado, visto que essas medidas impossibilitaram os mesmos de se despedirem, gerando-os sofrimento. Pois antes da pandemia, em ambos os contextos, havia uma política de abertura aos visitantes, possibilitando as pessoas de ter suporte social e a presença física de uma pessoa querida.

### **Impacto psicológico das restrições na comunicação com o familiar**

O impacto psicológico das restrições na comunicação com o familiar mostrou ser um preditor para intensidade a resposta ao luto, o que vai ao encontro da hipótese formulada. Ressalta-se que o estudo buscou verificar a percepção subjetiva do sujeito e não a quantidade em que a comunicação ocorreu.

Antes da pandemia do COVID-19, Otani et al. (2017), evidenciaram que a impossibilidade de o paciente terminal dizer adeus a família antes da morte foi associada significativamente com LP. No estudo de Probst et al. (2016) algumas experiências de fim de vida estressantes foram altamente classificadas por ambos os grupos (UCI e não-UCI), sendo uma delas a incapacidade de dizer “adeus” ao falecido.

A pandemia potencializou ainda mais o que antes já se sabia ser um fator de risco para o LP. As medidas restritivas impossibilitaram as visitas dos familiares nos hospitais, UC e lares e trouxeram mudanças nas práticas de fim de vida – como a família e o doente se comunicam, se despedirem; e na comunicação entre o médico e a família. A comunicação era possível somente através de telefonemas, videochamadas, mensagens de texto, que diverge da política de uma UC, hospital e aberto, com contacto direto e a presença física dos familiares/amigos. Assim, compreende-se que ter percecionado maior impacto na comunicação pode estar associado ao familiar/amigo ter recebido cuidados em fim de vida em locais que implementaram determinadas medidas restritivas. Dessa forma, as pessoas enlutadas podem ter se sentido impotentes por não conseguirem visitar seus familiares/amigos e culpados ao imaginar o doente morrendo sozinho.

Outro estressor OP mencionado por Stroebe and Schut (2020) é a dificuldade/impossibilidade de se despedir devido as restrições.

### **Causa de morte**

Em contraste com a hipótese postulada, a causa de morte não mostrou ser um preditor significativo a maior intensidade de resposta ao luto. Estes resultados convergem com os de Breen et al. (2021b) e Arslan & Buldukoglu (2021), uma vez que também não evidenciaram diferenças significativas entre as causas de morte e a intensidade de resposta ao luto.

Normalmente, a causa de morte é conhecida como um fator de risco para o LP. Kersting et al. (2010) encontraram que o cancro como causa de morte é um fator de risco para o desenvolvimento de LP. Rozalski et al. (2017) encontraram que perder alguém devido a causas de mortes violentas estava associado a dar menor significado a perda ( $r = -0.27, p < .01$ ) e maiores sintomas de LP ( $r = 0.22, p < .01$ ), esses resultados sugerem que dar significado a perda é um mediador da associação entre causas de morte violentas e maior sintomatologia de LP.

A razão para essa diferença pode estar relacionada ao número de participantes da amostra e a maneira como a categorização da variável foi feita, visando diminuir o impacto de categorias com poucos participantes, já que foram agrupadas as doenças prolongadas num grupo, as doenças súbitas e acidentes em outro, e aqueles que responderam outros e não especificaram a causa de morte em um último grupo.

Entretanto, o que pode ter acontecido durante o período pandémico foi que os fatores mencionados anteriormente, ambientais e sociais, por serem transversais a todos, e as circunstâncias da pandemia, isto é, as medidas restritivas, podem ter corroborado para que todas as causas de morte se nivelassem. Apesar de Breen et al. (2021b) não terem encontrado diferenças significativas entre a causa de morte e a sintomatologia do luto, a maioria dos participantes mostrou estar em grande sofrimento. Assim, os autores sugerem que esses resultados provavelmente refletem as complicações universais da pandemia, incapacidade de acompanhar o ente querido no fim de vida, suporte social limitado, funerais restritos ou cancelados etc (Breen et al., 2021).

### **Diagnóstico de COVID-19**

Ter sido diagnóstico com COVID-19 antes da morte não mostrou ser um preditor de maior intensidade de resposta ao luto, o que está de acordo com os resultados de Breen et al. (2021b), que não encontraram diferenças de níveis de luto entre as pessoas que perderam alguém devido a COVID-19 e aqueles que experienciaram a morte de alguém querido devido a causas de morte naturais ou causas violentas no período pandémico

Entretanto, os resultados achados neste estudo estão em oposição aos resultados reportados por Eisma et al. (2021), que encontraram que participantes que perderam alguém

devido a COVID-19 reportaram significativamente maiores sintomas de LA do que aqueles que perderam alguém devido a causas de morte naturais. Porém, esse grupo não reportou maior sintomatologia comparativamente àqueles que perderam alguém devido a causas de morte não-naturais. Gang et al. (2022) encontram que comparativamente a causas de morte naturais e a demência, a causa de morte devido COVID-19 está associada a provável perturbação do LP, enquanto comparativamente a causas de mortes não naturais, como homicídio, aqueles que perderam alguém para COVID-19 eram menos prováveis de cumprir os critérios para LP.

Contudo, os resultados reportados pelo presente estudo, juntamente com os de Breen et al. (2021b), sugerem que as predições iniciais que as mortes devido a COVID-19 iriam precipitar maiores reações de luto, comparativamente as mortes por causas de morte naturais, parecem não se confirmar. Isso porque grande parte das medidas restritivas se aplicavam a toda população, e as restrições impostas pelos hospitais e lares também aplicavam a muitas pessoas, com exceção a do caixão fechado, aplicada somente as pessoas que morreram devido a COVID.

### **Contribuições**

O estudo examina fatores associados a maior intensidade de resposta ao luto de diversas classes, isto é, gerais, compartilhados e específicos a determinadas populações e contextos. Evidencia o impacto do apoio social e da alteração da situação financeiro no processo de luto do indivíduo e também a importância dos hospitais e lares adotarem políticas abertas para os visitantes, pois acaba por ser importante para paciente e familiar. Através do mesmo é possível identificar e definir áreas específicas para atuar na prevenção e intervenção de resultados negativos relacionados ao luto. Ademais, um ponto forte do estudo é a amostra contemplar enlutados de diversas vagas da pandemia da COVID-19.

Outro contributo foi ter como base o MPD, visto que fornece compreensão diferenciada dos fatores de risco relacionados ao contexto pandémico. Ademais contribuiu para investigação científica pois foram encontrados poucos estudos que analisam o contexto pandémico sob essa perspectiva. Evidenciou estressores OP, como circunstâncias da doença terminal, a carga traumática de ter um familiar/amigo em determinados ambientes e sob certas condições, as quais privaram, ou dificultaram, as visitas e/ou a comunicação com a pessoa falecida, e estressores OR, tais como a falta de apoio social e situação financeira alterada para pior. Assim, a ampla variedade de ambos estressores pôde ressaltar a possibilidade de sobrecarga. O estudo mostra como fatores, ambientais, sociais e relacionados à morte podem se sobrepor num nível prejudicial à saúde mental do indivíduo. Demonstrou-se como o contexto e circunstâncias pandémicas contribuíram para essa sobrecarga no processo de luto.

### **Limitações**

Uma limitação do presente estudo foi ser um estudo transversal, pois os fatores podem flutuar ao longo do tempo, por isso é importante estudá-los em um maior espaço de tempo, como no estudo de Van der Houwen et al. (2010). Outro limite foi não ter controlado o impacto financeiro prévio, isto é, há pessoas que poderiam estar grande vulnerabilidade económica e/ou outras que dependessem completamente da pessoa que perderam. O questionário abrangia outros instrumentos além da PG4, que podem ter feito alguns indivíduos percecioná-lo como extenso. Compreende-se que o tamanho da amostra é pequeno e por ser tratar de pessoas que receberam algum tipo de cuidado em fim de vida os resultados não podem ser generalizados a outras populações que não o receberam. Em quinto lugar, pelo facto de as doenças mentais terem comorbilidade entre si, entende-se que foi uma limitação não ter verificado a associação de fatores de risco com a depressão e PEPT, por exemplo, as quais encontram-se altamente relacionadas ao luto. Por último, utilizou um único instrumento para avaliar a intensidade de resposta ao luto.

Para estudos futuros, sugere-se a aplicação de questionários de luto, depressão e PEPT em uma amostra mais alargada, e com mais de um momento de avaliação para verificar se os fatores mudam ao longo do tempo.

### **Conclusão**

Os fatores encontrados que predizem a maior intensidade de resposta ao luto foram menor apoio social, ter a situação financeira alterada para pior, ter recebido cuidados em fim de vida em hospital e maior impacto psicológico das restrições na comunicação com o familiar. Este trabalho é importante devido a razões teóricas e práticas. A identificação precoce daqueles que estão em risco de desenvolver LP torna possível a intervenção e prevenção de resultados negativos no processo de luto das pessoas Corrobora para os achados de estudos anteriores, ao mesmo tempo que elucida estressores OP e OR, especialmente relevantes no contexto sem precedentes da pandemia do COVID-19, e aspetos deste contexto que podem se sobrepor e serem vistos como sobrecarga pela pessoa, fazendo-a se sentir incapaz de lidar como luto e as demais questões simultaneamente.

### Referências

- Albuquerque, S., Teixeira, A. M. & Rocha, J. C. (2021). COVID-19 and Disenfranchised Grief. *Frontiers in Psychiatry*. 12, 1-4. doi: 10.3389/fpsyt.2021.638874
- Aguiar, A., Pinto, M. & Duarte, R. (2020) Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 33 (9): 543-545. doi: 10.20344/amp.14345
- American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup> Editio Text Revision. American Psychiatric Association Publishing. Washington.
- Anderson W. G., Arnold R. M., Angus D. C. & Bryce C. L. (2008). Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med*. 23(11):1871–1876. Doi: 10.1007/s11606-008-0770-2
- Arslan, B. S., & Buldukoglu, K. (2021) Grief Rituals and grief Reactions of Bereaved Individuals During the COVID-19 Pandemic. *OMEGA- Journal of Death and Dying*, 0(0), 1-15. doi: 10.1177/00302228211037591
- BBC NEWS. (2022). Covid map: Coronavirus cases, deaths, vaccinations by country. <https://www.bbc.com/news/world-51235105>
- Breen, L. J., Lee, S. A., & Neimeyer, R. A. (2021a). Psychological risk factors of functional impairment after COVID-19 deaths. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(4), e1–e4. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.01.006
- Breen, L. J., Mancini, V. O, Lee, S. A., Pappalardom E. A., & Neimeyer, R. A. (2021b) Risk factors for dysfunctional grief and functional impairment for all causes of death during the COVID-19 pandemic: The mediating role of meaning. *Death Studies*, 46(1) doi: 10.1080/07481187.2021.1974666
- Bryant, R., L. Kenny, A. Joscelyne, N. Rawson, F. Maccallum, C. Cahill, S. Hopwood, I. Aderka & A. Nickerson (2014) ‘Treating Prolonged Grief Disorder: A Randomised Clinical Trial’, *JAMA Psychiatry*, 71(12): 1332–9.
- Chen, R. (2020). Social support as a protective factor against the effect of grief reactions on depression for bereaved single older adults. *Death Studies*. 1-8. Doi: 10.1080/07481187.2020.1774943
- Decreto-Lei n.º 2-B/2020 de 02 de abril. Diário da República n.º 66/2020, 2º Suplemento, Série I de 2020-04-02, páginas 2 – 20.
- Decreto-Lei n.º. 7/2021 de 14 de abril. Diário da República n.º. 74-A/2021, Série I de 2021-04-17, páginas 2-29.

- Delalibera, M., Coelho, A. & Barbosa, A. (2011) Validação do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado para a População Portuguesa. *Acta Medica Portuguesa* 24(6); 935-942.
- Diolaiuti, F., Marazziti, D., Beatino, M. F., Mucci, F. & Pozza, A. (2021). Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement disorder. *Psychiatry Research*. 300, 113916. Doi: 10.1016/j.psychres.2021.113916
- Dionne-Odom, J. N., Azuero, A., Lyons, K. D., Hull, J. G., Prescott, A. T., Tosteson, T., Frost, J., Dragnev, H. & Bakitas, M. A. (2016). Family Caregiver Depressive Symptom and Grief Outcomes From the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3), 378-380. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.03.014.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2021). <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/>. Acedido a 08 de novembro, 2021 de DGS em [www.covid19.min-saude.pt/](http://www.covid19.min-saude.pt/).
- Doka, K. J. (1984-85). Expectation of death, participation in funeral arrangements, and grief adjustment. *Omega*, 15(2), 119–129.
- Duarte, de M. Q., Santo, da M. A. S., Lima, P. C., Giordani, P. J., & Tretini, M. C. (2020) Covid-19 and the impacts on mental health: a sample from Rio Grande do Sul, Brazil. *Ciências Saúde Coletiva* Sep; 25 (9): 3401-3411. Doi: 10.1590/1413-81232020259.16472020
- Eisma, M. C. & Tamminga, A. (2020) Grief Before and During the COVID-19 Pandemic: Multiple Group Comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management* 60(6) e1-e4. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004
- 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. Doi: 10.1016/j.jad.2020.09.049
- Frasquilho, D., Matos, G.M, Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C. C., Gaspar, T. & Almeida, de, C. M. J. (2016). Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health*. 16. 115 doi: 10.1186/s12889-016-2720-y
- Gamino, L. A. Easterling L. W., Stirman, L. S., Sewell, K.W. (2000) Grief Adjustment as Influenced by Funeral Participation and Occurrence of Adverse Funeral Events.

- OMEGA – Journal of Death and Dying*. 41: 79-92. Doi:10.2190/QMV2-3NT5-BKD5-6AAV
- Gang, J., Falzarano, F., She, J. W., Winoker, H. & Prigerson, G. H. (2022). Are deaths from COVID-19 associated with higher rates of prolonged grief disorder (PGD) than deaths from other causes? *Death Studies*. Doi: 10.1080/07481187.2022.2039326
- Ganesan, B., Al-Jumaily, A., Fong, K. N. K., Prasad, P., Meena, S. K., & Tong, K.R. (2020) Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak Quarantine, Isolation, and Lockdown Policies on Mental Health and Suicide. *Frontiers in Psychiatry*. 12: 56519. Doi 10.3389/fpsyt.2021.565190
- 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, 1-5. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00489
- Goveas, J. S., & Shear, M. K. (2020). Grief and the COVID-19 pandemic in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1119–1125. Doi: 10.1016/j.jagp.2020.06.021
- International Classification of Diseases 11<sup>th</sup> Revision [ICD-11]. (2022). <https://icd.who.int/en/>. Acedido em 20 de novembro, 2021
- Johns, L., Blackburn, P. & McAuliffe, D. (2020). COVID-19, Prolonged Grief Disorder and the role of social work. *International Social Work*. 63(5). 660-664. Doi: 10.1177/0020872820941032
- Jordan, T. R., Wotring, A. J., McAfee, C. A., Polavarapu, M., Cegelka, D., Wagner-Greene, V. R., et al., (2021). The COVID-19 pandemic has changed dying and grief: Will there be a surge of complicated grief? *Death Studies*. doi: 10.1080/07481187.2021.1929571
- Joaquim, R. M., Pinto, A. L. C. B., Guatimosim, R. F., de Paula, J. J., Souza Costa, D., Diaz, A. P., et al. (2021). Bereavement and psychological distress during COVID-19 pandemics: The impact of death experience on mental health. *Current Research in Behavioral Sciences*, 2, 100019, 1-7. Doi: 10.1016/j.crbeha.2021.100019
- Kazdin, E. A. (2016). *Research Design in Clinical Psychology*. 5<sup>a</sup> ed Boston. Pearson.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. & Wagner, B. (2010). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*. 131. 339-343. Doi: 10.1016/j.jad.2010.11.032
- Kokou-Kpolou, C.K., Alcántara-Fernández, M. & Cénat, J.M. (2020) Prolonged Grief Related to COVID-19 Deaths: Do We Have to Fear a Steep Rise in Traumatic and

- Disenfranchised Grievs? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 12(1). S94-S95. Doi: 10.1037/tra0000798
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 3<sup>a</sup> ed Lisboa. Edições Sílabo.
- Mason, M. T., Tofthagen, S. C. & Buck, G. H. (2020). Complicated grief: risk factors, protective factors, and interventions. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. 1-24. Doi: 10.1080/15524256.2020.1745726
- Murata, S., Rezeppa, T., Thomas, B., Marengo, L., Krancevich, K., Chiyka, E., et al., (2020). The psychiatric sequelae of the COVID-19 pandemic in adolescents, adults and health care workers. *Anxiety and Depression Association of America*. Wiley. Doi: 10.1002/da.23120
- Neimeyer, A. R. & Lee, A. S. (2022). Circumstances of the death and associated risk factors for severity and impairment of COVID-19 grief. *Death Studies*. Doi: /10.1080/07481187.2021.1896459
- Norma n.º 002/2020, da DGS. (2020). Normas e Circulares Normativas, n.º 2. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25191/norma-002-2020-covid-19-procedimentos-post-mortem-atualizada-a-21012022.pdf>
- Otani H, Yoshida S, Morita T, Aoyama, M., Kizawa, Y., Shima, Y., Tsuneto, S & Miyashita, M. (2017) Meaningful communication before death, but not present at the time of death itself, is associated with better outcomes on measures of depression and complicated grief among bereaved family members of cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 54(3). 273-279. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.010
- Pohlkamp, L., Kreicbergs, U., Prigerson, H. G. & Sveen, J. (2018). Psychometric properties of the Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13) in bereaved Swedish parents. *Psychiatry Research*, 267, 560-565. Doi: 10.1016/j.psychres.2018.06.004
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K. & et al. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 6(8): e1000121. doi:10.1371/journal.pmed.1000121
- Probst, R. D., Gustin, L. J. Goodman, F. L., Lorenz, A. & Gregorio, D. W. M. S. (2016). ICU versus Non-ICU Hospital Death: Family Member Complicated Grief, Posttraumatic Stress, and Depressive Symptoms. *Journal of Palliative Medicine*. 19(4). 387-393. Doi: 10.1089/jpm.2015.0120

- Rozalski, V. Holland, M. J & Neimeyer, A. R. (2017) Circumstances of death and complicated grief indirect associations through meaning made of loss. *Journal of Loss and Trauma*. 22(1). 11-23. Doi: 10.1080/15325024.2016.1161426
- Ruengorn, C., Awiphan, R., Wongpakaran, N., Wongpakaran, T. & Nochaiwong, S. (2021) Association of job loss, income loss, and financial burden with adverse mental health outcomes during coronavirus disease 2019 pandemic in Thailand: A nationwide cross-section study. *Depression and Anxiety*. 38 (6), 648-660 doi: 10.1002/da.23155
- Stroebe, M. & Schut, H. (2016) Overload: A Missing Link in the Dual Process Model? *OMEGA – Journal of Death and Dying*. 74(1). 96-109 doi: 10.1177/0030222816666540
- Stroebe, M. & Schut, H. (2020) Bereavement in Times of COVID-19: A Review and Theoretical Framework. *OMEGA- Journal of Death and Dying*, 82(3), 500-522. doi: 10.1177/0030222820966928
- Stylianou, S. K., & Vachon, M. L. S. (1993). The role of social support in bereavement. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention* (pp. 397-410). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Tabachnick, G. B. & Fidell, S. L. (2013). *Using Multivariate Statistics*. 6ed. Pearson.
- Tang, S., Chen, Q., Fan, M. & Eisma, M. C. (2021). Correlates of Mental Health After COVID-19 Bereavement in Mainland China. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61 (6) e1-e4. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.02.016
- Tang, S., & Xiang, Z. (2021). Who suffered most after deaths due to COVID-19? Prevalence and correlates of prolonged grief disorder in COVID-19 related bereaved adults. *Globalization and Health*, 17(1), 19. Doi: 10.1186/s12992-021-00669-5
- Van der Houwen, K., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., van den Bout, J., Meij. W.-De, L. (2010). Risk factor for bereavement outcome: a multivariate approach. *Death Studies*. 34 (3). 195-220. Doi: 10.1080/07481180903559196
- Vanderwerker, C. L. & Prigerson, G. H. (2004). Social support and technological connectedness as protective factors in bereavement. *Journal of Loss and Trauma*. 9(1). 45-57. Doi: 10.1080/15325020490255304
- Verdery A. M, Smith-Greenaway E, Margolis R, & Daw, J. (2020) Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a bereavement multiplier applied to the United States. *Proceedings of the National Academy of Science*, 117(30), 17695-17701. Doi: 10.1073/pnas.2007476117

- Vilar, B., S. (2019) Há tempo para o luto? O impacto da realização de tarefas no pós-morte no processo de luto.  
Tese apresentada no ISPA - Instituto Universitário para a obtenção do grau de mestre, orientada por David Dias Neto, Lisboa.
- Virdun, C., Luckett, T., Lorenz, K., Davidson, P. M., & Phillips, J. (2017). Dying in the hospital setting: A metasynthesis identifying the elements of end-of-life care that patients and their families describe as being important. *Palliative Medicine*, 31(7), 587–601. doi:10.1177/0269216316673547
- Wallace, C., Wladkowski, S. P., Gibson, A. & White, P. (2020) Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60 (1) e70-76. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012
- Wang, Y., Shi, L., Que, J., Lu, Q., Lu, Z., Xu Z., Liu, J., Sun, Y., Meng, S., Yuan, K., Ran, M., Lu, L., Bao, Y. & Shi, J. (2021) The impact of quarantine on mental health status among general population in China during the COVID-19 pandemic. *Molecular Psychiatry*, 26, 4813-4822. Doi:10.1038/s41380-021-01019-y
- Weich, S. & Lewis, G. (1998). Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *British Medical Journal*. 317(7151), 115-119. Doi: 10.1136/bmj.317.7151.115
- Wilson, J. M., Lee, J., Fitzgerald, H. N., Oosterhoff, B., Sevi, B. & Shook, N. J. (2020) Job Insecurity and Financial Concern During the COVID-19 Pandemic Are Associated with Worse Mental Health. *JOEM*. 62 (9). 686-691. doi: 10.1097/JOM.0000000000001962
- Williams, R. (2021). Missing data part 1: Overview, traditional methods. Retirado de: <https://www3.nd.edu/~rwilliam/stats3/MD01.pdf>
- World Health Organization (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Acedido em 29 de janeiro, 2023 de WHO em [www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020](http://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 (2020). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- World Health Organization [WHO]. (2021a). [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1). Acedido em 08 de novembro, 2021 de WHO em [www.who.int](http://www.who.int)
- World Health Organization [WHO]. (2021b). <https://covid19.who.int/>. Acedido em 08 de novembro, 2021 de WHO em [www.who.int](http://www.who.int)
- Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia – Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Giovanna Alonso Pennetta – O que vulnerabiliza os enlutados a mais sofrimento? Variáveis associadas a maior intensidade de luto dentro do contexto pandémico

Wright, A. A., Keating, L. N., Balboni, A. T., Matulonis, A. U., Block, D. S. & Prigerson, G.

H. (2010). Place of death: correlations with quality-of-life patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *Journal of Clinical Oncology*. 28(29).

4457-4464. Doi: 10.1200/JCO.2009.26.3863

Zhai, Y. & Du, X. (2020). Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience.

*Brain, Behavior and Immunity*. 87. 81-81. Doi: 0.1016/j.bbi.2020.04.053