



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

PROCESSO DE LUTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19:  
DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO  
GRUPAL BASEADA NA TEORIA COGNITIVA-NARRATIVA

Dissertação apresentada à Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em  
Psicologia do Bem-Estar e Promoção da Saúde

Por

Inês Maria Ferreira Marques

Faculdade de Ciências Humanas

Novembro, 2022



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

PROCESSO DE LUTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19:  
DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO GRUPAL  
BASEADA NA TEORIA COGNITIVA-NARRATIVA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Psicologia do Bem-Estar e  
Promoção da Saúde

Por

Inês Maria Ferreira Marques

Faculdade de Ciências Humanas

Sob orientação de Professora Doutora Cristina Godinho e  
Professora Doutora Rita Francisco

Novembro, 2022

## Agradecimentos

O meu primeiro agradecimento vai para a Professora Doutora Cristina Godinho e para a Professora Doutora Rita Francisco. Quero agradecer pelo profissionalismo, pela disponibilidade, pelo apoio, sabedoria e prudência. Sem dúvida que foram um dos pilares nesta viagem de aprendizagem.

À Dr.<sup>a</sup>. Susana Casinhas, a minha orientadora do estágio curricular no Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), E.P.E, por ter acreditado que esta ideia era possível, e ter aberto as portas para possibilitar a realização deste estudo, que me enriqueceu tanto enquanto pessoa como profissional.

À Dr.<sup>a</sup>. Vanda Cordeiro, por ter sido uma amiga e confidente que esteve presente nos momentos de maior tensão, e que me guiou de forma tão sábia e sensata.

Aos meus pais, Carlos e Elisabete, que foram a razão de ter sido possível investir na minha educação e no meu futuro, e que sempre estiveram presentes na minha vida de forma a ter tudo o que desejo para que seja feliz, e que realizasse todos os meus sonhos. Sem qualquer dúvida sei, que são as pessoas com mais orgulho em mim, porque em cada obstáculo estavam comigo para o enfrentarmos juntos.

À minha irmã Eduarda, por ser uma companheira fiel que me permitiu ver sempre o lado positivo durante a tempestade, e que este comigo em qualquer momento para me colocar o sorriso mais verdadeiro na cara. A minha irmã foi o farol nas noites escuras, que me deu a mão para chegar ao paraíso. Foi a pessoa mais importante nesta fase da minha vida.

Aos meus avós, Maria do Carmo e Avelino, pela sabedoria que partilharam comigo, pelo apoio e amor que me deram sempre, mas especialmente, por me inspirarem com todas as suas histórias encantadoras de vida.

À minha madrinha Sónia, ao meu tio Pedro e aos meus primos Diogo e Leonor, pelo apoio e perspicácia, pelos momentos de risada e comédia partilhados. Em especial à minha

madrinha que sempre se mostrou interessada em me ajudar no que precisava, ajudando com sabedoria, empatia e carinho.

Ao meu namorado Tiago, pelo companheirismo, pelo amor, pela paciência e lealdade. Quero agradecer a ele por acreditar em mim quando eu não acreditava, e me assegurar que eu conseguiria atingir qualquer sonho e objetivo que quisesse, sempre com ele a meu lado.

Às minhas amigas mais antigas, Joana Grilo, Carolina e Joana Calado, por estarem sempre presentes durante a maior parte da minha vida, por serem fiéis, e por estarem sempre orgulhosas de cada passo que tomo. Em especial à minha melhor amiga Carolina, agradeço todo o apoio incondicional, todas as alegrias que partilhamos juntas, e todos os jantares que passaram a ser um dos momentos para os quais eu mais anseio.

Às minhas amigas da licenciatura, Mariana, Catarina e Carolina, que partilharam todos os momentos de alegria e de vitória comigo nesta fase. Sem qualquer hesitação digo, que partilharam comigo os melhores momentos da minha vida académica.

À minha turma de mestrado, com quem partilhei receios e dúvidas, e que nos fomos apoiando todos uns aos outros nesta fase de vida.

E por fim, agradecer ao concelho da comissão de ética do Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), E.P.E, por me terem permitido realizar o estudo na sua instituição.

## Resumo

Na mais recente pandemia, o número de mortes foi muito elevado, colocando em processo de luto um grande número de pessoas. A par do processo de luto, os indivíduos ainda enfrentaram restrições associadas à pandemia de COVID-19, que numa fase inicial incluíram o distanciamento social, o isolamento imposto dentro de casa, a falta de oportunidade em se despedir de entes queridos internados, entre outras. Investir em intervenções para o luto que possam mitigar os efeitos associados ao luto, mas também que possam funcionar como ferramentas para ultrapassar outras dificuldades vindouras, é crucial. O presente estudo de desenho misto, predominantemente qualitativo, tem como objetivo desenvolver e avaliar uma intervenção grupal baseada na teoria cognitiva-narrativa, num contexto de processo de luto durante a pandemia de COVID-19. Participaram na intervenção e no estudo quatro pacientes com idades entre 18 e 65 anos ( $M= 49.25$ ;  $DP= 21.24$ ). Para a recolha de dados quantitativos (comparando resultados no pré e pós-teste) os participantes responderam a um questionário geral e sociodemográfico, ao *The Grief and Meaning Reconstruction Inventory*, ao Instrumento de Avaliação de Luto Prolongado, e à Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Para avaliação do processo de intervenção, no final da mesma foi aplicada uma ficha individual e entrevista em grupo. Os resultados indicaram uma redução significativa dos níveis de ansiedade e depressão num dos pacientes, uma redução significativa da sensação de vazio e falta de significado na maioria dos pacientes, indicando que três dos quatro pacientes, conseguiram atribuir significado à perda após a intervenção, assim como a redução da sintomatologia associada ao luto prolongado num dos pacientes. A análise temática realizada aos dados qualitativos evidenciou duas categorias principais, os pontos fortes da intervenção (e.g., adaptação ao luto e partilha) e alguns pontos a melhorar (e.g., *feedback* mais regular e composição do grupo). Apesar das limitações (e.g., amostra reduzida), os resultados apontam para um potencial efeito positivo deste tipo de intervenção.

**Palavras-chave:** Processo de luto, estratégias de *coping*, pandemia de COVID-19, intervenção cognitiva-narrativa, intervenção grupal.

## **Abstract**

In the most recent pandemic, the number of deaths was very high, putting many people into the grieving process. Alongside the grieving process, individuals still faced constraints associated with the pandemic of COVID-19, which at an early stage included social withdrawal, enforced isolation within the home, lack of opportunity to say goodbye to hospitalized loved ones, among others. Investing in bereavement interventions that can mitigate the effects associated with bereavement, but also that can function as tools to overcome other difficulties to come, is crucial. The present mixed-design, predominantly qualitative study, aims to develop and evaluate a group intervention based on cognitive-narrative theory in a context of the bereavement process during the COVID-19 pandemic. Four patients aged between 18 and 65 years ( $M= 49.25$ ;  $DP= 21.24$ ) participated in the intervention and study. For quantitative data collection (comparing results at pre- and post-test) participants answered a general and sociodemographic questionnaire, The Grief and Meaning Reconstruction Inventory, the Prolonged Grief Disorder, and the Hospital Anxiety and Depression Scale. To evaluate the intervention process, an individual form and group interview were applied at the end of the intervention. The results indicated a significant reduction in the levels of anxiety and depression in one of the patients, a significant reduction in the feeling of emptiness and meaninglessness in most of the patients, indicating that three of the four patients were able to attribute meaning to the loss after the intervention, as well as a reduction in the symptomatology associated with prolonged mourning in one of the patients. The thematic analysis performed on the qualitative data highlighted two main categories, the strengths of the intervention (e.g., adjustment to grief and sharing) and some points for improvement (e.g., more regular feedback and group composition). Despite the limitations (e.g., small sample size), the results point to a potential positive effect of this type of intervention.

**Keywords:** Grief process, coping strategies, COVID-19 pandemic, cognitive-narrative intervention, group intervention.

## Índice Geral

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>3</b>
PROCESSO DE LUTO .....	3
<i>Trajetórias do Processo de Luto .....</i>	<i>5</i>
LUTO EM TEMPOS DE PANDEMIA .....	8
<i>Fatores de Vulnerabilidade .....</i>	<i>9</i>
ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> , LUTO E A PANDEMIA DE COVID-19 .....	11
<i>Rituais de Luto Alternativos .....</i>	<i>11</i>
<i>Espiritualidade .....</i>	<i>12</i>
<i>Atribuição de um Significado à Perda .....</i>	<i>13</i>
INTERVENÇÃO NO PROCESSO DE LUTO .....	14
<i>Intervenção Individual no Processo de Luto .....</i>	<i>14</i>
<i>Teoria Cognitiva – Narrativa .....</i>	<i>15</i>
<i>Intervenção Grupal no Processo de Luto .....</i>	<i>16</i>
OBJETIVO .....	17
<b>CAPÍTULO 2: METODOLOGIA .....</b>	<b>18</b>
DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO .....	18
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	19
DESENHO DE INVESTIGAÇÃO .....	21
PROCEDIMENTO .....	21
INSTRUMENTOS .....	22
<i>Questionário Geral.....</i>	<i>22</i>
<i>The Grief and Meaning Reconstruction Inventory (GMRI) .....</i>	<i>22</i>
<i>Instrumento de Avaliação de Luto Prolongado (PG-13) .....</i>	<i>23</i>
<i>Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH) .....</i>	<i>23</i>
<i>Ficha de Avaliação Final Individual.....</i>	<i>24</i>
<i>Entrevista de Avaliação Final Grupal.....</i>	<i>24</i>
ANÁLISE DE DADOS.....	24
<b>CAPÍTULO 3: RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>

DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	26
<i>Sessão 1</i> .....	26
<i>Sessão 2</i> .....	27
<i>Sessão 3</i> .....	29
<i>Sessão 4</i> .....	30
<i>Sessão 5</i> .....	31
<i>Sessão 6</i> .....	32
IMPACTO DA INTERVENÇÃO.....	32
AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA INTERVENÇÃO.....	36
<i>Pontos Fortes da Intervenção</i> .....	37
<i>Aspetos da Intervenção a Melhorar</i> .....	40
<b>CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO .....</b>	<b>41</b>
LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	47
<b>CAPÍTULO 5: CONCLUSÃO .....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>50</b>

### Índice de Figuras

<b>FIGURA 1.</b> <i>Modelo Lógico da Intervenção</i> .....	<b>19</b>
--	-----------

### Índice de Quadros

<b>QUADRO 1.</b> <i>Dados Sociodemográficos dos Pacientes</i> .....	<b>19</b>
<b>QUADRO 2.</b> <i>Contextualização da Perda de cada Paciente</i> .....	<b>20</b>
<b>QUADRO 3.</b> <i>Diferenças nas Variáveis do estudo entre o Pré e Pós-teste no GMRI</i> .....	<b>32</b>
<b>QUADRO 4.</b> <i>Diferenças nas Variáveis do estudo entre o Pré e Pós-teste na EADH</i> .....	<b>34</b>
<b>QUADRO 5.</b> <i>Diferenças entre o Pré e Pós-teste no PG-13</i> .....	<b>34</b>
<b>QUADRO 6.</b> <i>Árvore de Categorias</i> .....	<b>36</b>

## **Índice de Apêndices**

<b>APÊNDICE A:</b> <i>Protocolo de Investigação</i> .....	<b>58</b>
<b>APÊNDICE B:</b> <i>Ficha de Avaliação Final Individual</i> .....	<b>67</b>
<b>APÊNDICE C:</b> <i>Guião da Entrevista de Avaliação Final Grupal</i> .....	<b>69</b>
<b>APÊNDICE D:</b> <i>Estrutura Geral da Intervenção</i> .....	<b>70</b>

## Introdução

A morte de um familiar ou de um amigo próximo, apesar de ser um acontecimento natural é, de todas as experiências humanas, um dos principais desafios de adaptação e dos mais dolorosos da vida de cada ser humano (Chen, 2022; Walsh, 2020). Independentemente de o processo de luto ser considerado um fenómeno universal (Bradley et al., 2021), nem todos os indivíduos conseguem reestabelecer a sua vida sem o falecido, devido à incapacidade em superar os desafios exigidos pela perda (Chen, 2022). Perante esta realidade, poderão ser observadas reações emocionais que acarretam grande sofrimento para o próprio (como por exemplo, tristeza marcada, raiva, desespero e culpa) que acompanham a dor (Winch, 2014 cit. in Chen, 2022). Estas reações emocionais poderão, despoletar consequências a vários níveis, nomeadamente, a nível da produtividade do trabalho (Johnson, 2012 cit. in Lee & Neimeyer, 2020), a nível comportamental (agitação e fadiga), a nível psicológico (depressão e ideação suicida) e a nível físico (risco acrescido de ataques cardíacos, doenças e mortalidade) (Lee & Neimeyer, 2020).

Atualmente, o mundo ainda enfrenta as consequências provocadas pela pandemia de COVID-19. Numa fase precoce da pandemia, a sua rápida disseminação provocou uma sensação de perda antecipatória (Rolland, 2018 cit. in Walsh, 2020) sobre uma preocupação constante na própria segurança e ameaça em perder amigos e entes queridos. Além disto, ainda existem previsões devastadoras relacionadas com a recessão económica prolongada despoletando ansiedade sobre o futuro (Walsh, 2020). Além dos aspetos mencionados anteriormente, a morte de uma pessoa significativa juntamente com a perda de contacto físico, estruturas de vida e perda de visão de vida futura, poderá comprometer as crenças de cada indivíduo, passando o indivíduo a observar o mundo como se fosse injusto (Walsh, 2020). A pandemia de COVID-19 veio contribuir para que os indivíduos sintam que não têm controlo, nem compreensão sobre os acontecimentos extremos que acontecem, despertando sentimentos relacionados com a falta de motivação e falta de rumo.

Dada a relevância clínica do luto e do seu significado para a saúde pública ao nível do sofrimento emocional, torna-se relevante encontrar possíveis intervenções de tratamento, assim como o seu aperfeiçoamento (Boelen & Lenferink, 2020). Tais intervenções devem-se focar na construção de resiliência pessoal, de modo a satisfazer as exigências perante o enfrentar de uma nova narrativa de vida sem o falecido (Chen, 2022), encontrando um

significado e sentido para a perda. Assim, o presente projeto de dissertação tem como objetivo desenvolver e avaliar, através de uma aplicação-piloto, uma intervenção grupal baseada na teoria cognitiva-narrativa, num contexto de processo de luto durante a pandemia de COVID-19. O objetivo último é estudar os aspetos processuais da intervenção, identificando os pontos fortes e a melhorar relativos à intervenção, assim como avaliar a potencial redução da sintomatologia ansiosa e depressiva associada ao processo de luto e luto prolongado, e a criação de um sistema de significados para a perda.

A dissertação divide-se em cinco capítulos. O primeiro capítulo enumera o enquadramento teórico que se encontra descrito em cinco subcapítulos, nomeadamente, sobre o processo de luto, luto em tempos de pandemia, estratégias de *coping*, luto e pandemia, intervenção no processo de luto, e o objetivo da dissertação. A metodologia utilizada para a realização do estudo é exposta no capítulo 2, incluindo o desenvolvimento da intervenção e o mapa lógico da intervenção, a caracterização da amostra, o desenho da investigação, o procedimento, os instrumentos aplicados, e a análise de dados. O capítulo 3 descreve a intervenção, e apresenta os resultados das análises estatísticas e da análise temática. A discussão dos resultados é explorada no capítulo 4, terminando o capítulo com as limitações do presente estudo. O último capítulo diz respeito à conclusão.

## Capítulo 1: Enquadramento Teórico

A pandemia de COVID-19 está a ter um impacto avassalador em todas as regiões do mundo. Desde o aumento do número de mortes provocadas pelo vírus, até ao aumento da mortalidade por outras causas, devido ao adiamento do tratamento de outras doenças (Stroebe & Schut, 2021). Resultado do aumento nas taxas de mortalidade em todo o mundo, o número de indivíduos enlutados disparou (Stroebe & Schut, 2021). Um estudo realizado nos Estados Unidos, tinha como foco avaliar o número médio de indivíduos que perderam um ente querido próximo, para a COVID-19. Este estudo concluiu que se 190,000 americanos morreram, então isso significaria que cerca de 1,7 milhões indivíduos ficaram enlutados (Verdery et al., 2020). Em território nacional até ao final de 2021, tinham sido registadas 18 955 mortes (Direção Geral da Saúde, DGS, 2022). Se por cada morte estiverem seis indivíduos em processo de luto (Barry et al., 2002), significa que neste período 113 730 indivíduos se encontravam a lidar com a perda de um ente querido. Percebe-se o efeito devastador que a pandemia está a ter, sendo este ainda mais alarmante quando se soma o número de mortes por outras doenças.

Várias circunstâncias da vida dos indivíduos foram alteradas com a pandemia, nomeadamente, o aumento do isolamento social, a comunicação através de máscaras, e o distanciamento social. Os rituais fúnebres também tiveram alterações nas suas características, sendo mais encurtados e mantidos à distancia, com a presença de um número reduzidos de pessoas (Stroebe & Schut, 2021). Apesar de esta realidade estar já mais atenuada na atualidade, ainda se verifica algum distanciamento social devido ao medo de contágio. Tais restrições despoletaram uma sensação mais marcada de isolamento social, impedindo aos parentes próximos do falecido a possibilidade de receberem apoio físico, emocional e espiritual (Stroebe & Schut, 2021).

Perante a nova realidade que se instalou em 2 anos, é razoável supor que todas estas alterações que a pandemia de COVID-19 veio exigir, influenciam o processo de luto dos enlutados (Stroebe & Schut, 2021), transformando a experiência do luto mais crítica e dolorosa, acompanhada por reações emocionais exacerbadas.

### **Processo de Luto**

O luto é um processo diferenciado que necessita de ser vivenciado gradualmente, uma vez que, a adaptação ao mesmo requer tempo. Engloba a própria experiência, as

expressões próprias do luto e os processos psicológicos internos e de adaptação (Christ et al., 2003 cit. in Michael & Cooper, 2013). Elisabeth Kübler-Ross (2013 cit.in Afonso, 2013), enumera cinco estágios próprios do processo de luto. No primeiro estágio, de negação, é comum prevalecerem expressões como “Não, eu não, não pode ser verdade”. Esta fase é caracterizada por uma negação ansiosa proveniente da comunicação da notícia devastadora, associada ao surgimento de sentimentos de incapacidade em aceitar a perda e acreditar na sua veracidade. Kübler-Ross descreve que a negação pode funcionar como um “para-choques” após receber a notícia inesperada. Com o passar do tempo, o indivíduo recupera através da mobilização de estratégias mais adaptativas. Neste sentido, a negação funciona como uma defesa temporária, sendo depois substituída por uma aceitação parcial. O estágio seguinte diz respeito à raiva, onde o indivíduo tende a recorrer a pensamentos como “Porquê comigo? Não, não é verdade, isto não pode estar a acontecer comigo”. O que se entende é que nesta fase o indivíduo já não está em negação e substitui este sentimento por sentimentos de raiva, revolta e inveja, aquando da tentativa de conforto de outros. Este sentimento de raiva tende a expandir-se para várias direções da vida do indivíduo, podendo surgir sem razão aparente. A negociação corresponde ao terceiro estágio, e acontece quando o indivíduo começa a encarar a hipótese da perda, tentando negociar (dentro do próprio indivíduo, ou voltada para a religiosidade) para que esta não seja verdade, complementando com um esforço para que as coisas voltem ao normal. No entanto, esta fase não tende a durar muito tempo. O quarto estágio corresponde à fase da depressão, em que o indivíduo começa a tomar consciência de que o que aconteceu é inevitável e incontornável, estando presentes pensamentos de perda, sonhos, projetos e de todas as lembranças, que ganham assim outro valor. O último e quinto estágio diz respeito à aceitação, onde o indivíduo já aceita a perda com serenidade, sem desespero e/ou negação. O sucesso desta fase depende da sua capacidade em se adaptar, de mudar de perspetiva e do preenchimento do vazio, podendo voltar-se para a religiosidade. Não existe um momento de fim do luto, mas sim o final de um processo, que normalmente é notório quando o enlutado já consegue fazer planos sem incluir o seu ente querido que faleceu.

Embora seja um fenómeno universal, a resposta ao luto varia de pessoa para pessoa (Bradley et al., 2021), uma vez que a sua adaptação envolve vários domínios, nomeadamente os, domínios físico, psicológico, sociológico e espiritual (Morris et al., 2019). A nível funcional, implica mudanças nas circunstâncias extremas de vida (Christ et al., 2003 cit. in

Michael & Cooper, 2013). Em termos psicológicos, as complicações resultantes do luto existem num continuum, que pode progredir desde suave e transitório, a severo e incapacitante (Neimeyer, 2019). Neste sentido, o diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado apresenta-se como o ponto mais extremo deste continuum. Por outras palavras, o luto por si só, não corresponde a uma perturbação psicopatológica podendo não gerar psicopatologia em enlutados que respondem de forma adaptativa à sua perda (Santos, Yamamoto & Custósio, 2017; Varshney et al., 2021). Enfrentar o luto também está dependente das tradições culturais, do meio em que cada indivíduo está inserido, assim como, do tipo de contexto em que a pessoa amada faleceu (Ramos, 2016). Para Bousso (2011 cit. in Medeiros et al., 2020), suportar saudavelmente o luto envolve o encarar os sentimentos referentes à perda e à nova realidade, e ainda alguns momentos de evitamento da dor. Na continuidade deste pensamento, numa fase adaptativa do processo de luto não estão exacerbados sintomas físicos e comportamentais resultantes do luto, nem estão presentes sentimentos de culpa (Santos et al., 2017).

#### *Trajetórias do Processo de Luto*

A maioria dos indivíduos que se encontra em processo de luto não possui recursos internos e externos suficientes para integrar a perda na sua vida, precipitando nos enlutados sintomas e manifestações intensas nas diversas áreas de funcionalidade (Albuquerque et al., 2021). A morte de uma pessoa querida pode despoletar nos indivíduos diferentes formas de angústia emocional, nomeadamente ao nível da Perturbação de Luto Prolongado, e da Perturbação Depressiva Major. Segundo a edição mais recente do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, (DSM-V-R, American Psychiatric Association, 2022) a Perturbação de Luto Prolongado, é diagnosticado após pelo menos 12 meses desde a morte de além significativo para o enlutado (Critério A). O diagnóstico é caracterizado por uma resposta de luto persistente, associada à saudade constante do falecido acompanhada de uma tristeza intensa, à preocupação sobre pensamentos ou memórias do falecido, e a um intenso anseio. Os sintomas descritos presentes quase todos os dias no último mês, causam um nível de sofrimento clinicamente significativo (Critério B). Além destes sintomas são adicionados três que também são causa de sofrimento na maioria dos dias, nomeadamente perturbação da identidade após a morte (Critério C1), marcada sensação de descrença acerca da morte (Critério C2), evitamento de lembranças sobre a morte (Critério C3), dor emocional intensa

(Critério C4), dificuldade em reintegrar-se em relações e/ou atividades (Critério C5), dormência emocional como resultado da morte (Critério C6), sensação de que a vida não tem sentido (Critério C7), ou solidão intensa desde a perda (Critério C8). Todos os sintomas causam nos indivíduos enlutados, um déficit clinicamente significativo na área social, ocupacional ou noutras áreas importantes do seu funcionamento (Critério D).

Segundo Albuquerque et al. (2021), com o reconhecimento do luto prolongado como uma perturbação mental, foi possível reconhecer os indivíduos que evidenciavam dificuldades na adaptação à perda. Todavia, são identificadas outras manifestações/complicações no processo de luto que não englobam apenas manifestações associadas ao luto prolongado, mas que configuram distintas trajetórias de evolução do luto complicado. São exemplos de subtipos o luto crónico e o luto inibido. Em situações de luto crónico o processo de luto mantém-se estático, isto é, o indivíduo enlutado ainda não foi capaz de integrar a perda na sua narrativa de vida. São frequentes sentimentos de choque, confusão, intensa dor emocional, culpa, percepção que a vida não tem sentido e disrupção social e ocupacional (Barbosa, 2016 cit. in Albuquerque et al., 2021). Apesar do contacto constante com a perda através de rituais de recordação e de manifestações excessivas de tristeza, os enlutados em processo de luto crónico, não têm a capacidade de elaborar a perda nem de confrontar a realidade. Simultaneamente, pode estar presente uma ambivalência entre o alívio da tristeza e da saudade, associada à crença de deslealdade perante o falecido. Em contraste com o luto crónico em que prevalece o evitamento da perda, perante situações de luto inibido ocorre a supressão das expressões próprias do luto. Porém, determinados eventos, como por exemplo perdas posteriores, tendem a despoletar emoções intensas ativando o processo de luto das perdas passadas. Perante as características mencionadas, os indivíduos em luto inibido podem apresentar sintomas como pensamentos intrusivos, sintomatologia física, tensão emocional e muscular, dificuldade na expressão emocional e na expressão das suas necessidades (Albuquerque et al., 2021).

Não obstante, existem situações em que o luto e o trauma podem consolidar-se. A esta situação denomina-se de luto traumático, que ocorre perante experiências de perdas inesperadas, violentas e contranatura, entre outras (Albuquerque et al., 2021). Em enlutados que experienciam este tipo de perda, são encontrados sentimentos de desamparo, impotência e perda de controlo, descrença, atordoamento, embotamento afetivo, *distress*, raiva e culpa (Albuquerque et al., 2021). A sintomatologia é desencadeada devido a o acontecimento ser

de tal forma intenso para o indivíduo, que lhe esgota os seus recursos para lidar com as emoções sentidas. O surgimento de imagens ou recordações da perda são uma característica predominante neste tipo de luto, desencadeando no enlutado dificuldades de concentração, alterações no sono ou no apetite existindo um grave comprometimento do seu funcionamento (Albuquerque et al., 2021).

O luto distingue-se como um grave fator de stresse, precipitando episódios depressivos major (Zisook & Shear, 2009), podendo-se verificar taxas entre o luto complicado e a depressão grave que variam entre 21% a 54% (Shear et al., 2005). Ainda assim, perante a panóplia de sintomas torna-se importante distinguir as complicações do luto dos episódios depressivos major. A Perturbação de Luto Prolongado e a Perturbação Depressiva Major partilham sintomas comuns, nomeadamente, humor deprimido, choro, distanciamento social e pensamento suicida (APA, 2022; Zisook & Shear, 2009). Embora predomine um sentimento de tristeza marcada na maioria dos indivíduos em processo de luto, apenas alguns cumprem critérios de diagnóstico para a Perturbação Depressiva Major (Zisook & Shear, 2009). No processo de luto é exposta uma conjugação de emoções positivas e negativas, em que as segundas são mais intensas sendo despoletadas por estímulos vincutivos à pessoa que faleceu, como é o caso de lembranças sobre o falecido (Zisook & Shear, 2009).

Assim sendo, os indivíduos enlutados tendem a realizar ajustes cognitivos e comportamentais (Zisook & Shear, 2009) para reintegrar a perda na sua memória e história de vida. Contrariamente, o episódio depressivo major reside na dificuldade em experienciar emoções positivas, estando presentes sintomas debilitantes e estáveis correlacionados com humor depressivo (Zisook & Shear, 2009). Por conseguinte, a presença prévia de um diagnóstico de Perturbação Depressiva Major, acarreta consequências ao nível do prolongamento da dor e do sofrimento perante a perda. Perante este tipo de situações devem ser avaliados sentimentos de culpa, atrasos psicómotores evidentes, sensação mórbida de inutilidade, e ideação suicida estruturada (Zisook & Shear, 2009). Desta forma, assume-se que uma depressão não validada e posteriormente sem tratamento, pode ser responsável pelo aumento das taxas de mortalidade em populações enlutadas (Kenneth et al., 2008 cit. in Zisook & Shear, 2009), devido às adversas consequências da Perturbação Depressiva Major relacionada com o processo de luto, como por exemplo, perturbações de ansiedade, alterações psicomotoras e suicídio (Zisook & Shear, 2009).

## **Luto em Tempos de Pandemia**

Em menos de 4 meses teve início uma emergência de saúde pública, causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), e com início na cidade Wuhan na China, que se alastrou pelos vários países do mundo. A pandemia veio exigir que fossem implementadas algumas restrições, tais como a ausência de rituais fúnebres implicando um suporte social reduzido, o que despoletou nos indivíduos dificuldades notórias nomeadamente, dificuldades na expressão emocional, na aceitação da perda, e dificuldades marcadas na integração da sua identidade (Gabriel & Paulino, 2021). Tais mudanças exacerbaram sensações tendencialmente negativas, como a culpa, raiva, impotência, vazio e revolta. A total ausência dos rituais fúnebres ocorreu entre março de 2020 a maio de 2020, devido às restrições aplicadas em manter as igrejas fechadas. Após este período os funerais começaram a ser praticados, no entanto de forma restrita, devendo ser cumpridas determinadas medidas, particularmente, a obrigatoriedade de o caixão permanecer fechado, o distanciamento social de metro e meio entre os enlutados, e o evitamento de um aglomerado de pessoas (DGS, 2020).

Segundo Lordello e da Silva (2021), para o ser humano compreender a morte e a perda em situações ditas como “normais”, é em si mesmo difícil de processar. Na sequência deste pensamento, quando se adiciona o contexto pandémico a esta problemática, exige-se que os enlutados tenham ainda mais recursos para superar e enfrentar a adversidade, entrando em contacto com a sua dor. Isto é, qualquer perda, seja de que tipo for, é uma experiência dolorosa e sofrida para quem a sente, e quando vivida num contexto pandémico tende a apresentar um risco mais elevado de luto prolongado (Gabriel & Paulino, 2021). Perante uma perda ocorre um momento de crise de curto prazo com efeitos em cascata a longo termo, que com a pandemia podem persistir durante meses ou anos resultantes das condições extremas (Walsh, 2020).

Devido à pandemia as famílias experienciaram várias perdas como: mortes trágicas e ameaça de perderem os seus entes queridos, ameaça de perda de esperança e sonhos para o futuro, privação de contacto físico, entre outras. Neste seguimento, dada a sensação de impotência, ausência de perceção de controlo e desamparo, os indivíduos começam a lidar com a sua perda expressando sentimentos predominantes de raiva e revolta (Gabriel & Paulino, 2021). Tais emoções negativas foram intensificadas com o contato constante das

estatísticas de mortes providenciadas pela comunicação social; com o medo em sofrer uma nova perda; e o próprio medo de contrair o vírus (Gabriel & Paulino, 2021; Walsh, 2020).

É compreensível que, nestas circunstâncias, a expressão de emoções mais positivas seja mais complicada, durante o processo de adaptação à perda, tornando-a mais dolorosa e prolongada. Com o aumento do número de mortes por COVID 19 no mundo, começou-se a perder a visão de que cada morte é trágica para os enlutados (Walsh, 2020). De todas as experiências humanas, a morte é um dos principais e mais dolorosos desafios de adaptação da vida de cada ser humano (Walsh, 2020). Assim, entende-se que o custo psicológico, médico e económico do luto aparenta ser particularmente grave no contexto de morte em altura de atuais e futuras situações pandémicas (Lee & Neimeyer, 2020).

#### *Fatores de Vulnerabilidade*

A pandemia de COVID-19 propulsionou múltiplas perdas, das quais, a perda da liberdade, da segurança e da estabilidade (Gabriel & Paulino, 2021). A perda de um ente querido, apresenta-se neste contexto pandémico, como particularmente dolorosa e avassaladora, tendo um carácter diferente do habitual ao colocar os enlutados expostos a fatores de risco que poderão conduzir à emergência de processo de luto complicado, particularmente, as mortes consideradas como inesperadas que tendem a impedir a preparação emocional dos familiares para se despedirem (Walsh, 2020). Percebe-se então que um processo de luto em contexto pandémico apresenta um risco mais elevado de patologia, existindo a possibilidade de existirem pensamentos intrusivos com a perda, percepção de alienação social e desesperança futura (Wallace et al., 2020 cit. in Gabriel & Paulino, 2021). Na continuidade deste pensamento, são identificados os fatores de risco que podem ser precipitados pelo contexto pandémico:

- Ausência de rituais fúnebres: o funeral é uma passagem muito importante no processo de luto, que em primeira instância permite um reconhecimento maior da morte como real e irreversível, facilitando assim a aceitação da perda e a conseqüentemente a integração na narrativa da vida e identidade do indivíduo (Gabriel & Paulino, 2021). Devido às restrições, o contacto físico foi desaconselhado, e ainda que a distância física não impeça a proximidade emocional, não deixa de ser um aspeto importante no processo de luto. Muitas vezes estes constrangimentos, ao não permitirem a oportunidade de expressão emocional, nem a

possibilidade de receber apoio social e emocional, podem dificultar o processo de luto, devido à ansiedade causada de não terem sido cumpridos os rituais considerados como importantes para o indivíduo (Gabriel & Paulino, 2021). Naturalmente, o impedimento de comparecer no funeral, acarreta também a sensação de ter perdido um momento importante de despedida e homenagem ao falecido, podendo despoletar riscos acrescidos de depressão, stresse pós-traumático e patologia no luto (Sun et al., 2020 cit. in Gabriel & Paulino, 2021).

- Incapacidade de atribuir um significado à perda: dar um significado à perda transmite uma sensação de alívio e tranquilidade (Yang & Lee, 2022). A mais recente pandemia, devido ao seu panorama incerto, despoleta nos indivíduos uma necessidade em gerir a ansiedade sentida, diariamente (Gabriel & Paulino, 2021), contribuindo para uma indisponibilidade emocional e cognitiva. Com esta indisponibilidade, a tarefa de atribuir um significado é comprometida e o enlutado não se sente capaz em atenuar a revolta e injustiça sentida (Gabriel & Paulino, 2021).
- Presença de sentimentos de culpa e raiva: sentimentos de autorresponsabilização tendem a estar presentes em situações de suspeita de contágio, ou em situações em que o indivíduo sente que poderia ter salvado o falecido (Taylor et al., 2017 cit. in Gabriel & Paulino, 2021). Também pode ainda surgir a culpa do sobrevivente, em que o indivíduo se questiona o porquê de ter sobrevivido, em detrimento do outro (Levin, 2019). Os sentimentos de raiva podem surgir devido à ausência de controlo, sensação de impotência e sensação de abandono (Gabriel & Paulino, 2021).
- Suporte social reduzido: devido à sobrecarga que a pandemia trouxe para toda a população, e também devido a muitos indivíduos terem passado por um processo de luto no tempo decorrente, a comunidade não se apresenta emocionalmente disponível para apoiar os outros. Mesmo dentro da própria família, cada um tende a lidar e gerir o seu próprio pensamento individualmente (Gabriel & Paulino, 2021).
- Recurso ao isolamento dentro da própria casa: o isolamento voluntário após uma perda não é o mesmo que o isolamento imposto, e não devem ser desvalorizados sentimentos de dor e solidão, pois em tempo de pandemia podem ser agravados (Gabriel & Paulino, 2021). O isolamento traz várias consequências, nomeadamente, uma desorientação sem suporte emocional ou funcional, dificuldades em criar novas rotinas e construir um novo sentido de vida e por fim, o indivíduo ficar a viver na

casa que compartilhou com a pessoa que faleceu, potenciando a criação de memórias potencialmente dolorosas (Gabriel & Paulino, 2021). É de referir que esta última consequência pode acontecer independentemente da situação pandémica ou do isolamento.

### **Estratégias de *Coping*, Luto e a Pandemia de Covid-19**

A pandemia de Covid-19 veio exigir que os indivíduos vivam perante um cenário de incerteza e em constante mudança, impondo uma gestão diária da ansiedade sentida (Gabriel & Paulino, 2021). A capacidade em minimizar as emoções negativas sentidas durante o processo de luto, aparenta ter alguns benefícios, particularmente, na facilidade em manter o funcionamento do indivíduo enlutado nas áreas de importância pessoal, e na habilidade em se adaptar perante adversidades concretas derivadas da perda do ente querido através da adaptação às mudanças familiares (Bonanno, 2001). Assim sendo, diante da singularidade do processo de luto em tempos de pandemia, a literatura enumera determinadas estratégias utilizadas pelos indivíduos fundamentais no processo de luto, nomeadamente, procura de rituais de luto alternativos, exploração da fé e da esperança (espiritualidade), e a atribuição de um significado à perda.

#### *Rituais de Luto Alternativos*

Os rituais são especialmente importantes nos primeiros momentos após a perda devido à intensidade emocional, pois permitem a expressão das emoções, a manutenção de um vínculo simbólico e emocional com o falecido, e uma maior sensação de controlo sobre a incerteza vivida (Gabriel & Paulino, 2021). A criação de rituais de luto alternativos foi uma das estratégias adotadas pelas famílias durante a pandemia, de forma a tornar as cerimónias fúnebres menos solitárias. Os indivíduos enlutados encontraram outras formas de se despedirem do falecido, com o intuito de aliviar a dor sentida. Um exemplo foi a condução a caminho do crematório, pela casa da família do falecido de modo a permitir à restante família despedir-se deste, e dizer o último adeus (Borghetti & Menichetti, 2021). Algumas famílias também pediram que fosse possível colocar dentro do caixão certos artigos e itens significativos (Borghetti & Menichetti, 2021). As tecnologias, nomeadamente, as videochamadas foram utilizadas pelos membros da família, de forma a que não se sentissem

sozinhas na despedida e na sua dor, possibilitando da partilha de orações para honrar o falecido (Borghi & Menichetti, 2021).

### *Espiritualidade*

A espiritualidade pode-se tornar uma grande influência na vida de indivíduos enlutados, nomeadamente, em contexto de pandemia. As questões religiosas tendem a surgir com alguma frequência, em que os valores e práticas transcendentais ajudam as famílias a suportarem a sua perda com o estabelecimento de significado perante momentos de grande tensão (Borghi & Menichetti, 2021), através da criação do sentido, harmonia, ligação e propósito (Walsh, 2020). Um estudo realizado por Tedeschi e Calhoun, em 2004 (cit. in Robert et al., 2016), relata que indivíduos enlutados muitas vezes chegam a apreciar mais plenamente a sua própria mortalidade e a de outros, podendo ser mais propensos a considerar questões de natureza fundamental em torno da morte e do propósito de vida. Explorar as questões da fé e da esperança, ajuda a responder a questões que aumentam a compreensão do significado da perda, contribuindo para que a pessoa enlutada encontre um propósito durante a sua perda (Tedeschi & Calhoun, 2006 cit. in Roberts et al., 2016). Por exemplo, um estudo realizado por Lichtenthal et al. (2010, cit. in Neimeyer et al., 2014), enunciou que narrativas de luto que envolvem dar um sentido à morte e perda como correspondendo à “vontade de Deus” e que a pessoa que faleceu já não estava em sofrimento, foram associadas a uma sintomatologia de luto menos angustiante.

A investigação evidencia que existem relações positivas entre a religião/espiritualidade e aspetos de ajustamento ao luto quando observados ao longo do tempo (Park & Halifax, 2011). Um exemplo foi um estudo realizado por Pearce et al. (2002 cit. in Park & Halifax, 2011), numa amostra de população idosa enlutada que tinham perdido o seu cônjuge. Os investigadores verificaram que uma maior utilização de “lutas religiosas” se encontrava relacionada com a melhoria da saúde física, enquanto, a sua menor utilização associava-se à diminuição do estado de saúde (Park & Halifax, 2011). De facto, as perspetivas religiosas e espirituais permitem às famílias adquirir um conjunto de recursos para compreender e lidar com as suas perdas (Park & Halifax, 2011), e neste sentido, com a adesão a este tipo de recursos os enlutados encontram conforto e consolo, que com o passar do tempo permite encarar a morte de forma pacífica e de aceitação, permitindo gradualmente o retorno à vida quotidiana normal (Halifax, 2008 cit. in Park & Halifax, 2011).

### *Atribuição de um Significado à Perda*

O ser humano está em constante esforço para compreender, antecipar e controlar os acontecimentos que surgem na sua vida, procurando encontrar um sentido neles (Neimeyer, 2019). No entanto, o conflito surge quando tais acontecimentos são de tal forma exigentes que colocam em causa o sistema de significados do indivíduo, influenciando os seus pressupostos de vida (JanoffBulman & Berger, 2000 cit. in Neimeyer, 2019). Quando existe a perda de uma pessoa querida que é sentida pelos enlutados como devastadora, os mesmos tentam esforçar-se para ajustar a sua narrativa de vida (Coleman & Neimeyer, 2010). Estas tentativas para processar a perda são tipicamente emocionais quer impulsionadas pela angústia, quer acompanhadas por emoções tendencialmente mais positivas de uma morte vista como esperada (Neimeyer et al., 2014).

Nem sempre esta transição de pensamento (atribuição de um sentido à perda) é realizada de forma tão clara, uma vez que, perante mortes prematuras ou traumáticas que chegam a perturbar as histórias de vida dos enlutados, despertam-se sentimentos de angústia, contribuindo para que a atribuição de significado na perda seja mais complicada (Neimeyer, 2019). Tal vai ao encontro do modelo de reconstrução de significado em resposta ao luto (Gillies & Neimeyer, 2006), que defende que quando a morte de alguém é inconsistente com as estruturas de significado preexistentes, desenvolve-se uma dissonância que coloca em causa o sistema de significados. A interpretação da perda através da estrutura narrativa é um aspeto fundamental a trabalhar na terapia do luto, em que os enlutados procuram dar significado à morte, através do construcionismo psicológico (Gillies & Neimeyer, 2006; Neimeyer, 2019). A investigação sugere que desenvolver um significado positivo sobre uma perda, pode levar a maior perceção de bem-estar, maior envolvimento com os outros e maior sensação de propósito (Calhou et al., 2010 cit. in Roberts et al., 2016). Neste seguimento, as pessoas enlutadas envolvem-se em atividades de construção e atribuição de significado de modo a transmitirem um sentido à sua própria existência (Gillies & Neimeyer, 2006). Estes processos permitem aos enlutados verem o mundo através de uma nova perspetiva, que vai permitindo aliviar a dor e construir um novo propósito para a vida (Gillies & Neimeyer, 2006; Roberts et al., 2016).

O processo de adaptação ao luto feito pelos enlutados pode dever-se às suas tentativas de darem um significado à perda e em tentarem encontrar algum tipo de benefício sobre esta (Gillies & Neimeyer, 2006; Neimeyer et al., 2014). Em 2006, Holland et al. numa amostra

de adultos enlutados, concluíram que os adultos que foram capazes de entender a sua perda apresentaram menos sintomas de luto complicado durante os primeiros 2 anos de luto. Assim como, encontrar um significado para a perda prediz níveis futuros de sofrimento relacionado ao luto, os relatos de construção de sentido e significado nos primeiros meses de luto preveem níveis mais elevados de bem-estar 18 a 48 meses mais tarde (Coleman & Neimeyer, 2010). Entende-se assim que integrar um significado e sentido após a perda permite a prevenção de impactos negativos na saúde física e mental.

### **Intervenção no Processo de Luto**

O processo de luto acarreta um conjunto particular de condições emocionais (Sousa et al., 2021), e apesar de a maioria dos indivíduos enlutados experienciar o luto de forma adequada (Bonanno et al., 2001), existe de facto uma grande diversidade na forma como cada um reage (Sousa et al., 2021). Em particular, quando o processo de luto transporta complicações é necessária uma abordagem psicoterapêutica especializada (Sousa et al., 2021).

#### *Intervenção Individual no Processo de Luto*

A literatura aponta para a eficácia do modelo *Complicated Grief Treatment* (CGT) na intervenção do luto complicado (Rosner et al., 2011; Shear et al., 2005; Sousa et al., 2021). O CGT tem como premissa central a de que o luto e a adaptação à perda são processos inerentes à perda (Shear et al., 2005). O papel do terapeuta envolve promover um debate sobre a aceitação da finalidade e consequências da perda, permitindo criar laços contínuos com o falecido (Shear & Bloom, 2017), e o fomentando o enfrentamento da realidade (Shear et al., 2005). O CGT incute assim nos indivíduos a compreensão da perda e do processo de luto e, por conseguinte, promove a adaptação à perda (Shear & Bloom, 2017). O CGT foca-se em sete aspetos nucleares, mais concretamente, três componentes temáticas associadas a quatro componentes processuais (Shear & Bloom, 2017). Em relação às componentes temáticas, destacam-se a partilha de informação, promoção da auto-observação e a autorregulação. No que respeita às componentes processuais, enumera-se a definição de objetivos e atividades recompensadoras, revivência da história da perda, encarar um mundo modificado com a perda, e reformar laços contínuos com memórias (Shear et al., 2005; Shear & Bloom, 2017). Este tipo de abordagem terapêutica combina a terapia interpessoal com a

terapia cognitivo-comportamental, permitindo auxiliar o indivíduo, na avaliação de soluções para os seus desafios e conflitos. Envolve a superação das etapas do processo de luto, a exploração das principais vulnerabilidades e preocupações, e a identificação de recursos internos e externos para enfrentar a perda, através da exposição e reestruturação cognitiva (Boelen et al., 2007).

### *Teoria Cognitiva – Narrativa*

Segundo Rocha e Gabriel (2021), o ser humano é um contador de histórias, tendendo a narrar a sua própria vida, reformulando-a dependendo dos acontecimentos, com o propósito de conferir-lhes coerência, o que por sua vez contribui para o bem-estar subjetivo. A morte, representando uma experiência de vida desorganizada, exige a reconstrução de significados comprometidos pela perda e pelos sentimentos associados. A intervenção cognitiva-narrativa, auxilia na identificação de um significado para a própria perda, através da exploração das emoções e dos pensamentos (Rocha & Gabriel, 2021). A abordagem construtivista defende que o indivíduo tem um papel ativo na construção das suas experiências (Gonçalves et al., 2000) permitindo a reconstrução de novas narrativas episódicas pessoais interligando com os múltiplos significados de cada experiência (Andrade et al., 2017).

A interpretação da perda através da estrutura narrativa é um aspeto fundamental a trabalhar na terapia do luto (Rocha & Gabriel, 2021), em que os enlutados procuram dar significado à morte, através do construcionismo psicológico (Neimeyer, 2019). A intervenção cognitiva-narrativa permite deste modo não apenas a redução da sintomatologia, como também a construção de metáforas que condicionam o significado da experiência (Rocha & Gabriel, 2021). A reconstrução narrativa da perda deve focar-se especificamente nos conteúdos considerados mais difíceis para o indivíduo, até que esses conteúdos imagéticos e de significado, sejam abordados com menos angústia (Shear et al., 2005). Tal é bastante eficaz para indivíduos em luto complicado (Shear et al., 2005) permitindo uma desconstrução das metáforas de carácter negativo, para metáforas alternativas mais adaptativas (Gonçalves et al., 2000). Esta técnica permite ao indivíduo o domínio de conteúdo complicado sobre a perda, possibilita que este não evite enfrentar a sua dor (Neimeter et al., 2010), e ainda proporciona melhor regulação emocional e menor ruminação associada ao acontecimento (Gonçalves et al., 2000).

Conversas em terapia narrativa facultam a ativação de competências essenciais para a criação de sentido e significado, permitindo desconstruir ideias nas histórias para encontrar novas concepções e novos significados para os acontecimentos (Lordello & da Silva, 2021). Este tipo de conversas é denominado de conversas de relembração (White, 2007 cit. in Lordello & da Silva, 2021) que no processo de luto permitem resgatar relações com a pessoa que faleceu ao nível da identidade, conhecimentos de vida e aprendizagem mútua (Lordello & da Silva, 2021).

#### *Intervenção Grupal no Processo de Luto*

Atualmente, a intervenção grupal tem ganho mais relevo na investigação sobre os processos de luto, pois por um lado é mais rentável, e por outro pode proporcionar um ambiente de apoio assim como, reduzir o isolamento social (Supiano & Luptak, 2014; Xiu et al., 2020), que em momentos de pandemia é bastante benéfico devido à maior propensão em os indivíduos se isolarem e conseqüentemente, terem menos relações sociais. Intervenções em grupo que sejam orientadas para a perda e culturalmente adaptadas às necessidades dos participantes, asseguram a diminuição da gravidade do luto em todo o grupo terapêutico, independente do tipo de intervenção (Xiu et al., 2020). Existe um conjunto de vantagens terapêuticas em intervenções em grupo, que sobressaem sobre outras intervenções, nomeadamente: incutem esperança; reconhecem a universalidade da experiência psicológica; fornecem informação; geram altruísmo; proporcionam socialização; incrementam comportamento semelhante apropriado; fomentam aprendizagem social; e promovem uma catarse segura (Yalom & Leszcz, 2005 cit. in Supiano & Luptak, 2014). A possibilidade de os participantes se encontrarem junto de outros com trauma semelhante, proporciona a psicoeducação, fornecendo apoio emocional face à perda. Os indivíduos enlutados têm assim a oportunidade de se reunirem num ambiente confortável para construir laços comuns e fomentar relações, reduzindo assim o isolamento (Supiano & Luptak, 2014). Além das vantagens anteriormente mencionadas, a intervenção grupal no processo de luto funciona como um fórum de partilha de experiências, de escuta, de desenvolvimento de estratégias para lidar com o sofrimento, gerando ainda oportunidades de entreatajuda e de apoio aos outros, ao mesmo tempo que o individuo ganha o auxílio dos outros (Supiano & Luptak, 2014).

## **Objetivo**

Apesar da literatura mostrar a eficácia das intervenções grupais no processo de luto, tais intervenções ainda não foram testadas no contexto de luto durante uma situação pandémica, que acarretou diferenças importantes, nomeadamente ao nível dos rituais fúnebres que foram tão afetados, e ao nível da redução do suporte social que se deveu à indisponibilidade da maioria da população em prestar apoio aos outros, considerando as medidas restritivas, para controlo da pandemia, como os confinamentos ou distanciamento físico.

Assim, o presente estudo tem como objetivo desenvolver e avaliar uma intervenção grupal, baseada na teoria cognitiva-narrativa, num contexto de processo de luto durante a pandemia de COVID-19. Para além do desenho da intervenção, pretende-se estudar os aspetos processuais da mesma, identificando os pontos fortes e a melhorar relativos à intervenção, bem como avaliar a potencial redução da sintomatologia ansiosa e depressiva associada ao processo de luto e luto prolongado, e a criação de um sistema de significados para a perda.

## Capítulo 2: Metodologia

### Desenvolvimento da Intervenção

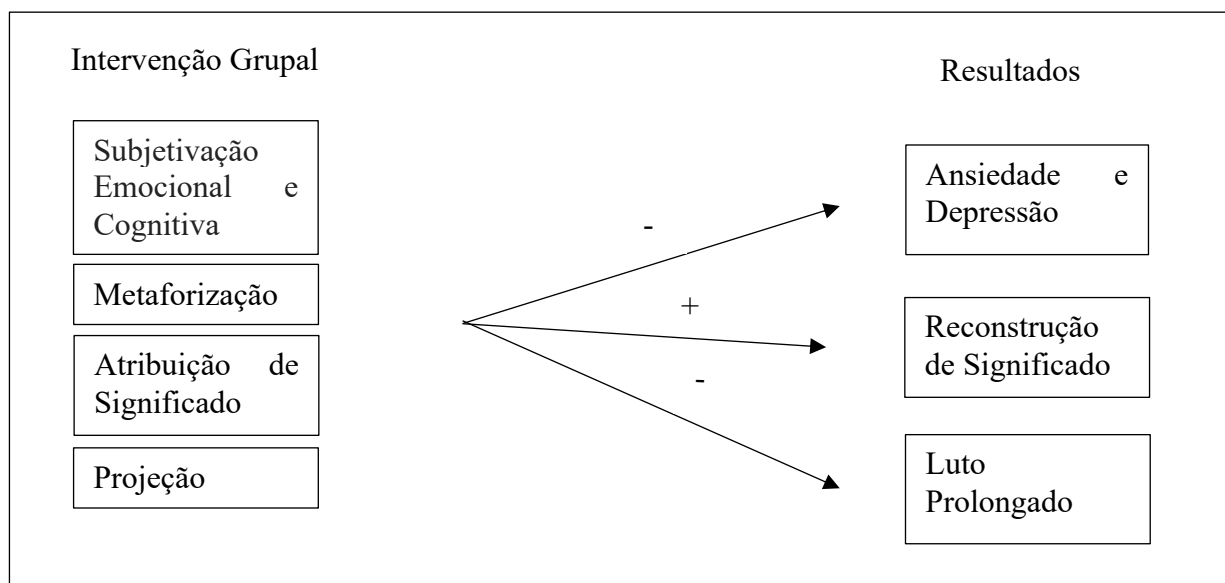
A intervenção desenvolvida no presente estudo foi construída com base em dois modelos: 1) modelo de intervenção cognitiva-narrativa no luto desenvolvido por Barbosa e colaboradores (2014), que por sua vez, se basearam no modelo construtivista de Gonçalves (1997, cit. in Rocha & Gabriel, 2021); e 2) modelo de reconstrução de significado desenvolvido por Neimeyer e Thompson (2014). O modelo de intervenção cognitiva-narrativa no luto integra quatro fases, nomeadamente, a recordação, a subjetivação emocional e cognitiva, a metaforização e a projeção, com uma previsão de duração de quatro sessões.

Este modelo de intervenção foi desenhado para uma intervenção individual, e assim sendo, foram realizadas alterações para que fosse possível realizar a intervenção em contexto de grupo terapêutico. Uma das principais alterações para adaptar a um grupo terapêutico, foi a inclusão de uma atividade de quebra-gelo necessária e fundamental para iniciar intervenções grupais. Além disso, procurou reforçar-se a estrutura da intervenção no que diz respeito ao modelo de significado (Neimeyer & Thompson, 2014), através da adição de dois componentes essenciais na terapia do luto, que se interligaram com as fases do modelo intervenção cognitiva-narrativa no luto. Estes componentes foram, o processamento da história da perda, e a história da relação com o falecido permitindo a restauração de sensação de vinculação com o falecido.

A intervenção proposta neste estudo incluiu ainda atividades com recurso às artes expressivas, para realizar em sessão e em casa entre sessões. O objetivo destas últimas foi o de sumariar o que foi explorado durante a sessão ou preparar a sessão terapêutica seguinte. Outro benefício destas atividades prendeu-se com o facto de os mesmos ficarem com materiais e ferramentas que pudessem ser utilizadas em outros momentos de vulnerabilidade. Neste sentido, recorreu-se também á redação de cartas para os pacientes (White & Epston, 1990), com o objetivo de perceberem a sua evolução durante toda a intervenção e de sentirem que tiveram um papel preponderante nessa sua evolução.

**Figura 1.**

*Modelo Lógico da Intervenção*



### **Caraterização da Amostra**

Participaram na intervenção de grupo de quatro pacientes (Quadro 1), três do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades compreendidas entre 18 e 65 anos ( $M= 49.25$ ;  $DP= 21.24$ ).

### **Quadro 1.**

*Dados Sociodemográficos dos Pacientes*

Identificação	Sexo	Idade	Estado Civil	Grau de Escolaridade	Nacionalidade
Paciente 1	Feminino	59 anos	Casada	3º Ciclo	Portuguesa
Paciente 2	Feminino	55 anos	Viúva	Ensino Secundário	Portuguesa
Paciente 3	Feminino	65 anos	Divorciada	3º Ciclo	Portuguesa
Paciente 4	Masculino	18 anos	Solteiro	Ensino Secundário	Portuguesa

O Quadro 2 apresenta a contextualização da perda de cada um dos pacientes, incluindo o tipo de relação com o falecido, o tempo que decorreu desde a morte, e as características da perda.

## Quadro 2.

### *Contextualização da Perda de cada Paciente*

Identificação	Tipo de Relação com o Falecido	Tempo que Decorreu desde a Morte	Caraterísticas da Perda
Paciente 1	Familiar (filho)	9 meses – 6 meses	Luto por morte do filho, de forma súbita aos 33 anos. Apresentou como fatores de vulnerabilidade, a restrição do ritual fúnebre, incapacidade em atribuir significado à perda, presença de sentimentos de raiva, e recurso ao isolamento voluntário.
Paciente 2	Cônjuge	5 meses – 3 meses	Luto por morte do cônjuge de forma súbita aos 57 anos. Apresentou como fatores de vulnerabilidade, incapacidade em atribuir significado à perda, sentimentos de culpa e raiva, e suporte social reduzido.
Paciente 3	Familiar (mãe)	1 ano ou mais	Luto por morte da mãe de forma natural e antecipada, devido a doença prolongada. Apresentou como fatores de vulnerabilidade, incapacidade em atribuir significado à perda, suporte social reduzido, restrição do ritual fúnebre e recurso ao isolamento voluntário.
Paciente 4	Familiar (avó)	1 ano ou mais	Luto por morte da avó de forma natural e súbita. Apresentou como fatores de vulnerabilidade incapacidade em atribuir significado à perda, restrição do ritual fúnebre e recurso ao isolamento voluntário.

## **Desenho de Investigação**

Tendo em conta o objetivo da investigação, recorreu-se a um desenho misto, predominantemente qualitativo, que envolveu o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de uma intervenção grupal, com a duração de seis semanas, com pacientes em luto. A avaliação da mesma focou-se em dados qualitativos, visando aferir as mais-valias e aspetos a melhorar na intervenção, do ponto de vista dos pacientes, e em dados quantitativos através da avaliação de resultados de diversos instrumentos comparando os resultados de pré e pós-teste de cada paciente.

## **Procedimento**

Foi realizado, inicialmente, um contacto com a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), E.P.E., com o objetivo de obter parecer positivo para a realização do estudo nesta instituição. Após a sua aprovação, foi solicitado a cada médico psiquiatra assistente que reencaminhasse para a equipa de Psicologia os pacientes com possível diagnóstico de luto patológico.

Foram definidos como critérios de inclusão serem utentes da consulta de Psiquiatria do Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), E.P.E. com idade igual ou superior a 18 anos, e que vivenciaram a morte de uma pessoa significativa durante o contexto de pandemia COVID-19. Relativamente aos critérios de exclusão, foram apontados o não ter domínio da língua portuguesa, doentes psicóticos, com presença de demência, problemas de abuso ou dependência de substâncias, e doentes com compreensão comprometida. Seguidamente, na equipa de Psicologia foram realizadas consultas de triagem desses pacientes, de modo a selecionar os que poderiam beneficiar mais ao ingressar numa intervenção grupal, ao invés de um acompanhamento individual. Recorreu-se, assim, a um processo de amostragem por conveniência. No total foram selecionados seis pacientes, no entanto, um paciente por questões de horário de trabalho não conseguiu ingressar no estudo, e outro paciente preferiu ter um acompanhamento individual.

Os pacientes recrutados leram e assinaram um consentimento informado que continha informações essenciais, nomeadamente que a contribuição neste projeto era estritamente voluntária, podendo optar por participar ou não. Se o paciente escolhesse participar poderia interromper a sua participação em qualquer momento, sem penalização. Para além do carácter voluntário, os pacientes foram igualmente informados de que tudo o

que seria partilhado e discutido nas sessões seria completamente confidencial, sendo que tanto os pacientes como a promotora do estudo/terapeuta se comprometeriam a não revelar a terceiros o conteúdo abordado. Neste sentido, os pacientes foram informados que não deveriam partilhar informações sobre os restantes fora do contexto de intervenção. Foi ainda ressaltado que a confidencialidade por parte da equipa de investigação também estava assegurada, ou seja, todos os dados recolhidos seriam confidenciais para a promotora do estudo e anónimos para a restante equipa de investigação, que não teria acesso aos dados individuais dos pacientes. O preenchimento do consentimento informado foi solicitado na consulta de triagem, prévia ao início da intervenção propriamente dita.

Antes do grupo se juntar para a intervenção, na consulta de triagem, os pacientes também responderam aos instrumentos selecionados, numa fase pré-intervenção. Na última sessão, cada paciente voltou a responder aos mesmos instrumentos. Nesta, foi ainda solicitado aos pacientes que preenchessem uma ficha individual de avaliação final e que participassem numa entrevista grupal de avaliação da intervenção. Ao iniciar a entrevista foi pedida a autorização para a gravação em áudio da entrevista, apenas para fins de transcrição da mesma.

## **Instrumentos**

### *Questionário Geral*

O questionário geral, construído para o presente estudo, permitiu a recolha de dados sociodemográficos do paciente (idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade e nacionalidade) e dados de contextualização da perda do indivíduo (e.g., tipo de relação com a pessoa significativa que morreu, há quanto tempo ocorreu a morte, se o indivíduo enlutado recebeu ajuda psicológica, circunstância/causa de morte).

### *The Grief and Meaning Reconstruction Inventory (GMRI)*

O GMRI, desenvolvido por Gillies et al. (2015), pretende avaliar a atribuição de significado através de um conjunto de 29 itens com afirmações enquadradas positivamente (e.g., “*Desde a perda, sou uma pessoa forte.*”) e outras negativamente (e.g., “*Eu não consigo compreender esta perda.*”), às quais os indivíduos devem responder tendo em conta as suas experiências na última semana, através de uma escalas do tipo *Likert*, variando de 1 (*discordo fortemente*) a 5 (*concordo fortemente*). O instrumento apresenta um conjunto de 5

subescalas, nomeadamente as ligações contínuas ( $\alpha$  de Cronbach =0,85), crescimento pós-traumático ( $\alpha$  de Cronbach =0,83), sentido de paz ( $\alpha$  de Cronbach =0,79), vazio e falta de significado ( $\alpha$  de Cronbach =0,76) e valorização da vida ( $\alpha$  de Cronbach =0,76). A fiabilidade interna do GMRI Total na literatura é de 0,84.

Ainda não está disponível uma versão portuguesa deste instrumento, pelo que neste projeto de dissertação foi utilizada uma versão traduzida pela equipa de investigação.

#### *Instrumento de Avaliação de Luto Prolongado (PG-13)*

O PG-13 (versão portuguesa do *Prolonged Grief Disorder*, Delalibera et al., 2011; Prigerson et al., 2007) é uma ferramenta de diagnóstico de luto prolongado, composto por 13 itens, encontrando-se dividida em três partes. Na primeira parte a maioria dos itens avaliam a frequência do sentimento de ansiedade de separação, e apenas o terceiro item refere-se à duração do sintoma. Os itens da segunda parte, descrevem os sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais. A última parte, inclui uma questão referente à incapacidade funcional nas áreas social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento.

A primeira parte é composta por quatro itens (e.g., “*No último mês, quantas vezes sentiu saudades e a ausência da pessoa que perdeu?*”) avaliados através de uma escala do tipo *Likert* que varia entre 1 (*quase nunca*) e 5 (*várias vezes por dia*), e um item avaliado através de uma resposta dicotómica de sim e não. A segunda parte é composta por seis itens (e.g., “*Sente amargura pela sua perda?*”), avaliados numa escala de *Likert* que varia entre 1 (*não, de todo*) a 5 (*extremamente*). A terceira e última parte é composta por um item com resposta dicotómica, de sim/não (e.g., “*Sentiu uma redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras áreas importantes?*”). A consistência interna deste instrumento na versão portuguesa, encontrada em literatura representada pelo *Alpha de Cronbach*, apresenta um valor de 0,93.

#### *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH)*

A EADH consiste na versão portuguesa da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Pais-Ribeiro et al., 2007; Snaith, 2003) e pretende avaliar as mudanças no estado emocional do utente na última semana, através de 14 itens, divididos em duas subescalas: subescala da ansiedade (e.g., “*Sinto-me tenso (a) ou nervoso (a.)*”) e subescala da depressão (e.g., “*Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar.*”), a que os pacientes

respondem numa escala do tipo *Likert* que varia entre 0 (*quase nunca*) a 3 (*quase sempre*). A pontuação global para ambas as subescalas varia entre 0 e 21, em que o valor 11 corresponde ao ponto de corte para um nível clínico de ansiedade ou de depressão. Na literatura subescala da ansiedade apresenta uma fiabilidade interna de 0,76, e a subescala da depressão um *Alpha de Cronbach* de 0,81, na versão portuguesa utilizada.

#### *Ficha de Avaliação Final Individual*

A Ficha de Avaliação Final permitiu avaliar a perceção de cada paciente sobre a intervenção realizada e sobre os progressos sentidos, nomeadamente, os pontos considerados mais positivos e mais negativos, os pontos a melhorar, os ajustes necessários para melhorar a intervenção, ou o balanço da sua participação na intervenção entre outros aspetos (Apêndice B).

#### *Entrevista de Avaliação Final Grupal*

A Entrevista de Avaliação Final teve como objetivo aprofundar as respostas apresentadas na Ficha de Avaliação Final Individual, tendo sido desenvolvido um guião de entrevista em grupo semiestruturada (Apêndice C).

### **Análise de Dados**

Os dados dos questionários foram inseridos no software SPSS *Statistics*, permitindo a sua avaliação através de estatística descritiva e inferencial, comparando as médias obtidas nas diferentes escalas antes e após a intervenção. Foi ainda calculado o *reliable change index* (RCI) (Jacobson & Truax, 1992) com valor de significância de 1,96, para o GMRI, permitindo-se perceber se as alterações encontradas antes e após a intervenção foram devidas à participação na intervenção. Relativamente, aos outros instrumentos os resultados foram analisados de acordo com os pontos de corte, definidos para a população portuguesa.

De modo a realizar a análise dos dados qualitativos, recorreu-se à transcrição integral da entrevista grupal e à avaliação das fichas individuais, que foram alvo de uma análise temática. O processo de análise começou quando se investigou acerca de possíveis padrões de interesse (Braun & Clarke, 2006). Assim sendo, de acordo com a proposta de Braun e Clarke (2006), guiou-se uma análise por 6 etapas: 1) transcrição e leitura repetida dos dados, de modo a tornar mais familiar o conteúdo, permitindo descrever inicialmente os

significados dos possíveis padrões; 2) originar códigos iniciais a partir dos dados, de forma organizá-los em grupos significativos; 3) procura de temas abrangentes, através da análise da combinação dos diferentes códigos; 4) revisão dos temas, com a leitura e revisão dos dados, para verificar a legitimidade dos temas individuais sobre o agrupamento de dados; 5) definição e nomeação de temas, de modo a determinar que aspeto dos dados é inserido em cada tema; 6) elaboração dos resultados do projeto de dissertação, de modo a permitir uma leitura dos dados lógica e coerente, com a escolha de excertos dos dados para ilustrar os temas.

## Capítulo 3: Resultados

### Descrição da Intervenção

A estrutura geral da intervenção (Apêndice D) do presente estudo, foi descrita detalhadamente em seis sessões que constituem a intervenção.

#### *Sessão 1*

Na primeira sessão é solicitado aos pacientes, através de uma atividade quebra-gelo, que se apresentem (“Quem sou eu?” e “Quem eu perdi”), e posteriormente é realizada a apresentação da intervenção, os seus objetivos, e as regras de funcionamento de grupo. O objetivo é estabelecer um ambiente colaborativo e de diálogo, para que os pacientes sintam que as suas emoções são bem recebidas (Lordello & da Silva, 2021), criando-se um espaço acolhedor que permita a cada paciente a possibilidade de partilhar a sua experiência dolorosa. De acordo com intervenções semelhantes, nesta fase, é expectável que os pacientes relatem a sua experiência como traumática, comovendo os outros ouvintes com as suas narrativas emocionais (Lordello & da Silva, 2021). Com a recordação pretende-se, que o paciente, em grupo, evoque memórias referentes a um episódio, através da recordação de episódios narrativos marcantes que ocorreram (Rocha & Gabriel, 2021), proporcionando uma oportunidade para se sentirem ouvidos ao partilharem a sua experiência com os restantes (Campillo, 2011 cit. in Lordello & da Silva, 2021).

No final da sessão pede-se aos membros do grupo que em casa, entre a primeira e a segunda sessão, realizem o exercício intitulado “A história da minha perda” (Moschini, 2019). Neste sentido, é solicitado que cada membro do grupo conte a sua história de perda folha de papel, certificando-se que tenha um princípio, meio e fim. São colocadas perguntas facilitadoras para o desenrolar do texto, nomeadamente: “A morte foi repentina ou prolongada? O paciente assistiu ao funeral? Do que o paciente se lembra do funeral? Os familiares e o próprio, eram capazes de expressar dor ou não? Como o paciente expressou os sentimentos desde a perda? Como é que as coisas mudaram desde a perda?” (Moschini, 2019). Quando a tarefa for explorada na sessão seguinte, salienta-se aos pacientes que o objetivo é ouvir e proporcionar empatia e compreensão perante o outro (Moschini, 2019).

O modelo de reconstrução de significado, como abordagem à terapia do luto, descreve que se deve atender a duas dimensões sobre as tentativas de lidar com o significado

da perda, integrando-as na auto narrativa em curso (Neimeyer & Thompson, 2014). A primeira dimensão diz respeito ao processamento da história da perda, nomeadamente o esforço que é feito para dar sentido à perda e às suas implicações de vida; por outro lado, a segunda dimensão centra-se na história da relação com o falecido com o intuito de restaurar uma sensação de vinculação e resolver assuntos inacabados com o falecido.

### *Sessão 2*

Na segunda sessão explora-se o conteúdo da tarefa para casa, discutindo-se com o grupo a variedade de emoções e pensamentos que acompanham o luto e explora-se as suas razões (ou seja, para recuperar controlo, para compreender a perda, e por solidão ou medo) (Moschini, 2019). Nesta continuação, a sessão tem como objetivo focar no processamento da história da perda, recorrendo-se à reconstrução narrativa, permitindo investigar sobre a rede de apoio e recursos que os pacientes tinham. Algo bastante importante de abordar nesta fase é a subjetivação emocional e cognitiva, em que se auxiliam os pacientes a identificar e ter mais consciência das suas emoções e sensações físicas, com a finalidade de as valorizar, aceitar e respeitar, permitindo uma melhor análise dos significados alternativos (Rocha & Gabriel, 2021). Consequentemente, pretende-se analisar a componente cognitiva da narrativa, explorando-se a associação entre os pensamentos e as emoções evocadas.

Quando se experiencia uma perda complicada, sente-se uma grande pressão em contar a história de modo a encontrar alguém disposto a ouvi-la, e paralelamente que se junte ao paciente para dar sentido à morte sem constrangimentos (Neimeyer, 2019). Quando uma morte foi considerada traumática para a pessoa, os enlutados tendem a relatar a história com alterações, uma vez que, querem mitigar o estigma associado, proteger o ouvinte e evitar detalhes penosos (Neimeyer, 2019). Tal resulta numa história silenciosa, caracterizada por ruminações com que o indivíduo luta e lida sozinho (Neimeyer, 2006). Perante esta reação comum, foi desenvolvido um protocolo de recontagem restaurativa, um tratamento de exposição prolongada para eventos de vida traumáticos, em que o paciente é apoiado no relato da história da sua perda (Rynearson & Salloum, 2011). Este tipo de tratamento envolve duas fases. Em primeiro lugar, o procedimento envolve a ancoragem do paciente relativa a fontes de resiliência pessoal, relacional ou comunitária, através de discussões sobre a forma como vê a sua relação com a família antes da tragédia; sobre a forma como lida com adversidades; e sobre possíveis crenças religiosas ou filosóficas. Tudo isto vai permitir que

sejam encontradas fontes de estabilização à medida que se avança no envolvimento detalhado da narrativa (Neimeyer, 2019).

À luz deste método, Neimeyer (2012; Neimeyer, 2019) adaptou-o referindo que se juntar três vertentes narrativas da história sobre o evento, permite ao paciente encontrar coerência à medida que partilha a sua narrativa angustiante. As três narrativas dizem respeito à narrativa externa, narrativa interna e narrativa reflexiva. A primeira vertente (narrativa externa) foca-se na base do acontecimento, ou seja, o que aconteceu e quando através de uma leitura mais detalhada da história. A narrativa externa auxilia o paciente a encontrar palavras sobre os aspetos preocupantes, validando assim a narrativa e promovendo um maior domínio da mesma, através da autorregulação.

Naturalmente, este processo avança lentamente e encoraja-se em sessão os pacientes com perguntas como: “Quando soube pela primeira vez da morte? Quem lhe disse, e onde estava na altura? Quem mais estava presente? Lembra-se de alguma imagem ou conversa em particular que tenha sido importante, ou tenha ficado consigo?”. A narrativa interna diz respeito à segunda vertente, ou seja, o que estava a acontecer no interior do paciente decorrente do desenrolar do evento crítico, com o objetivo de assegurar uma postura mais informada e auto compassiva sobre o sofrimento experienciado na presença do episódio traumático. São feitas perguntas como: “O que estava a pensar ou a sentir naquele preciso momento? O que lhe está a acontecer agora, quando as lágrimas começam a chegar?”. Reivindicar tais reações emocionais permite validar estas reações e reconhecer o impacto íntimo da história.

A última vertente, narrativa reflexiva, é orientada para o significado, estando implícita nas interpretações de cada membro do grupo sobre o evento. No fundo, tem como objetivo criar espaço para que os pacientes se esforçassem a dar ainda mais sentido à história do evento. Assim, rege-se por sinais muitas vezes não verbais, nomeadamente, pela entoação da voz e franzir a sobrancelha, ou por simples perspicácia em situações de um olhar acompanhado de silêncio, ou por uma vocalização como “humhum”. São aplicadas perguntas aos pacientes como: “O que lhe ocorre agora mesmo? O que o surpreende nisso?”, que favorecem a compreensão do que estava a acontecer, e o esclarecimento de repostas que se começam a formular. No final da sessão, para tarefa para casa, é sugerido a atividade terapêutica “Capítulos das nossas vidas”.

### *Sessão 3*

A terceira sessão, é dedicada à tarefa sugerida para casa na sessão anterior. Qualquer que seja a perda que o paciente experiencie, esta coloca grandes desafios à sua auto narrativa de história de vida. Neste seguimento, para que o paciente consiga dar sentido a trajetórias indesejadas pode usufruir de narrativas criativas para integrar as perdas na sua biografia (Neimeyer, 2019). A tarefa “capítulos das nossas vidas” procura que o paciente, ao refletir sobre a sua narrativa de vida, desenvolva um texto autobiográfico, focando-se simplesmente no índice, com o objetivo de organizar as transições de vida significativas para si, ao longo do tempo (Neimeyer, 2019). Solicita-se uma reflexão por escrito, permitindo assim que cada paciente consiga incluir a sua perda num quadro com mais significado, e consequentemente que organize o enredo da sua biografia (Neimeyer, 2019). Com este método os pacientes ainda beneficiam da identificação de pontos de viragem cruciais, e do reconhecimento dos temas de luta e resistência, o que lhes possibilita observar de forma mais transformadora e esperançosa os mesmos acontecimentos (Neimeyer, 2019). Neimeyer (2019) ressalta que, em intervenções grupais, é importante dar aos pacientes aproximadamente 10 a 15 minutos de partilha com os restantes membros, de modo a que todo o grupo possa integrar as suas perdas e transições em conjunto. Ao mesmo tempo que cada paciente partilha a sua narrativa, são realizadas perguntas para explorar a metaforização, nomeadamente: “Que título daria à capa do livro?” e “Se o seu familiar estivesse aqui, o que ele lhe diria a si?”. Pretende-se assim a exploração de diferentes significados para a narrativa através da atribuição de uma metáfora, e encoraja-se a criação de metáforas na perspetiva de pessoas significativas, respetivamente.

Na segunda parte da sessão desenvolve-se a atividade “A minha casa depois da perda”, importante para promover uma reflexão sobre como a sua identidade mudou após a perda da pessoa amada (Hooghe et al., 2021). Neste sentido, nesta atividade de reflexão pede-se aos pacientes que, metaforicamente, se representem como uma casa desde a perda. Por outras palavras, pede-se que descrevam o interior da casa, ou seja, que aspetos relacionados com as suas emoções, pensamentos, prioridades e as suas sensibilidades guardam dentro da casa. E ainda que relatem o exterior da casa, isto é, como é que estes aspetos pessoais são alterados após a perda, e como se relacionam com o meio envolvente. Assim, foca-se a atenção dos pacientes, pedindo-lhes que fechem os olhos e que sigam as palavras: “Imagine que era uma casa, com um interior e um exterior; como seria esta casa?”

(Hooghe et al., 2021). Algo que tem de ser salientado aos pacientes, é que a casa que relatam, representa uma metáfora utilizada para se representarem a si próprios. A atividade é realizada em conjunto, e no final é pedido a cada membro do grupo que partilhe a sua participação na tarefa. A tarefa para casa nesta sessão é a correspondência com o falecido, que permite reabrir um sentido de contacto entre o falecido e o paciente, dando-lhe a possibilidade de expressar o papel da pessoa amada na sua vida e pedir conselhos sobre como lidar com a vida (Neimeyer, 2019). A carta de “Olá novamente” (White, 1989 cit. in Neimeyer, 2019) apresenta como iniciadores de conversa: “A única coisa que te/lhe queria perguntar é...” ou “O que preciso que saiba sobre mim é...” (Neimeyer, 2019).

#### *Sessão 4*

A quarta sessão começa pela partilha do trabalho de casa da sessão anterior. A segunda parte da sessão é destinada a aceder ao fundo da história, em que se cria um espaço que possibilita aos pacientes que incorporem a presença da pessoa amada (Lordello & da Silva, 2021). Neste sentido, a sessão apresenta como objetivos a recuperação e renovação da ligação emocional de cada paciente com a pessoa falecida; recuperação de memórias afetivas; resolução de assuntos sensíveis ou inacabados; e a resolução de assuntos ambivalentes sobre o processo de cura, com a finalidade de construir uma nova história de vida. Nesta sessão, à semelhança de outras intervenções, os pacientes normalmente, podem estar bastante envolvidos na partilha das suas narrativas com o grupo, despoletando um momento de grande emoção (Lordello & da Silva, 2021). Assim, a tarefa sugerida para trabalhar na sessão são as conversas imaginárias, que garantem reafirmar simbolicamente a ligação segura com o falecido, oferecendo a possibilidade de resolver assuntos sensíveis ou não resolvidos, o paciente poder despedir-se do falecido, renovar a ligação emocional com o falecido e ainda a resolução de sentimentos ambivalentes sobre o processo de cura e construção de uma nova vida (Neimeyer, 2019). Esta técnica envolve invocar o falecido, imaginando-o curado, sem sofrimento físico e psicológico, sendo capaz de oferecer uma resposta compassiva, atenciosa e construtiva (Jordan, 2012). Esta ligação contínua com o falecido pode operar como uma fonte de angústia e ao mesmo tempo como uma fonte de resiliência (Neimeyer, 2019).

A técnica da cadeira vazia é uma das formas centradas na emoção (Greenberg, 2010 cit. in Neimeyer, 2019), em que as conversas imaginárias são utilizadas de forma a que o

diálogo entre o paciente e o falecido seja mais facilitado (Neimeyer, 2019). Assim, solicita-se ao paciente que feche os olhos e simbolicamente, visualize o falecido numa cadeira vazia em frente a si. Seguidamente, encoraja-se o paciente a revelar os sentimentos e perguntas que tem o falecido (Neimeyer, 2019). Como tarefa para casa, os pacientes são convidados a redigir uma carta de resposta segundo o olhar do falecido, perante a carta correspondida anteriormente. Estas correspondências são redigidas em casa e trazidas para a sessão terapêutica, permitindo a exploração dos significados e implicações para futuras ações (Neimeyer, 2019). Ao terminar a quarta sessão é importante disponibilizar um momento de ressonância, para que os membros do grupo partilhem e revelem o que sentem com as partilhas dos outros sobre as suas histórias (Lordello & da Silva, 2021).

### *Sessão 5*

A quinta sessão começa com a análise do trabalho para casa da sessão anterior. Na segunda parte da sessão, solicita-se aos pacientes que explorem as diversas possibilidades de recursos e redes comunitárias de que podem beneficiar para ajudar neste momento de processo de luto, ajudar na restauração de projetos futuros pessoais e familiares com a ausência da pessoa amada (Lordello & da Silva, 2021). Neste seguimento, os membros do grupo são convidados a procurar estratégias que utilizaram ao longo das sessões, que pudessem ser conjugadas com as suas próprias narrativas de sobrevivência (Lordello & da Silva, 2021). Neste sentido, aborda-se a projeção, que permite ao paciente construir e reconstruir narrativas que fizessem sentido para si, direcionadas a cada acontecimento (Rocha & Gabriel, 2021; Gonçalves et al., 2000). Quase a chegar ao final da intervenção, pretende-se que cada membro possua um leque de ferramentas narrativas para construir outros significados a partir de outras experiências (Gonçalves et al., 2000). Este momento nesta fase da intervenção permite reflexões muito profundas, permitindo que cada membro aceite a ambiguidade de sentimentos e expressões vivenciadas, para que perante futuras crises consiga geri-las de forma adequada (Lordello & da Silva, 2021). Esta partilha sem julgamentos é um fator positivo apontado em terapias de grupo (Supiano, & Luptak, 2014).

Outra atividade durante a sessão denomina-se de “E agora?” (Moschini, 2019). Dado que os pacientes anteriormente já exploraram quais as ferramentas mais importantes para cada um para lidar com memórias dolorosas que são inevitáveis, é-lhes solicitado que desenhem um grande coração numa cartolina, e que lá ilustrem a forma como programam

lidar com os sentimentos de perda que vão emergir futuramente (Moschini, 2019). Perguntas facilitadoras são por exemplo: “Quando sente emoções fortes, quais são os seus pensamentos? Quais as atividades ou rituais que o ajudarão a processar os seus sentimentos? Quem é a pessoa na sua vida com quem pode falar? Quando é que falar sobre os seus sentimentos ajudou?”. A redação de uma carta individual (White & Epston, 1990) para cada paciente é realizada pela terapeuta de forma a relatar a evolução durante toda a intervenção, incluindo-se tópicos como, a evolução observada no paciente, o papel do paciente no seu percurso de sucesso, e os aspetos fortes de cada paciente.

### *Sessão 6*

A sessão final propõe um olhar mais prospetivo sobre o processo de luto, em que os membros do grupo são convidados a revitalizar os projetos que restabeleceram o sentido de identidade e projetos futuros nesta nova realidade (Lordello & da Silva, 2021). Pretende-se que com os dados recolhidos ao longo da intervenção os pacientes consigam entender que a vida e a relação com a pessoa falecida continuam mesmo após a morte (Campillo, 2009 cit. in Lordello & da Silva, 2021), o que é um dos princípios da perspetiva narrativa no processo de luto. Neste sentido, é fornecido um conjunto de imagens evocativas para que cada paciente selecione uma, e com base nela descreva o seu processo. Posteriormente, é feita a entrega e a leitura das cartas redigidas pela terapeuta, seguindo-se um breve resumo sobre todas as sessões anteriores.

### **Impacto da Intervenção**

O Quadro 3 apresenta os resultados referentes ao GMRI, através do cálculo do *reliable change index* (Jacobson & Truax, 1992), de modo a perceber se a participação na intervenção poderá ter provocado algumas alterações, ao comparar os resultados das várias dimensões do GMRI antes e após a intervenção.

### **Quadro 3.**

*Diferenças nas Variáveis do Estudo entre o Pré e Pós-teste no GMRI*

Identificação	Pré- teste (T1)	Pós- teste (T2)	Desvio- padrão	RCI

				Amostra	
				Normativa	
GMRI	Paciente 1	29	34	4,41	<b>2,06</b>
Ligações	Paciente 2	27	27	4,41	0
Contínuas	Paciente 3	27	28	4,41	0,41
	Paciente 4	31	34	4,41	1,23
GMRI	Paciente 1	23	19	3,86	1,79
Crescimento Pós-Traumático	Paciente 2	18	21	3,86	1,34
	Paciente 3	20	25	3,86	<b>2,23</b>
	Paciente 4	24	28	3,86	1,79
GMRI	Paciente 1	6	7	3,56	0,43
Sentido de Paz	Paciente 2	5	5	3,56	0
	Paciente 3	15	16	3,56	0,43
	Paciente 4	16	17	3,56	0,43
GMRI	Paciente 1	15	23	4,06	<b>2,85</b>
Vazio e Falta de Significado	Paciente 2	12	28	4,06	<b>5,69</b>
	Paciente 3	14	24	4,06	<b>3,56</b>
	Paciente 4	13	15	4,06	0,71
GMRI	Paciente 1	16	15	3,08	-0,47
Valorização da Vida	Paciente 2	15	16	3,08	0,47
	Paciente 3	14	14	3,08	0
	Paciente 4	12	13	3,08	0,47

*Nota. As diferenças significativas encontram-se a negrito.*

Relativamente às ligações contínuas, foram encontradas diferenças significativas entre o pré e pós-teste apenas no Paciente 1, mostrando uma continuidade na manutenção da ligação significativa com o falecido.

Na variável do crescimento pós-traumático, apenas foram encontradas diferenças significativas no Paciente 3, evidenciando uma sensação de crescimento pós-traumático sobre a experiência no luto.

No que respeita ao vazio e falta de significado, foram encontradas diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação, em três dos pacientes (Paciente 1, 2 e 3),

mostrando que após a intervenção conseguiram atribuir mais significado à perda, sentindo menos a sensação de vazio.

#### Quadro 4.

*Diferenças nas Variáveis do Estudo entre o Pré e Pós-teste na EADH*

Identificação	Pré-teste		Pós-teste	
	Ansiedade	Depressão	Ansiedade	Depressão
Paciente 1	12	15	11	16
Paciente 2	18	19	19	19
Paciente 3	12	14	14	14
Paciente 4	19	11	<b>2</b>	<b>1</b>

*Nota. As melhorias sintomatológicas encontram-se a negrito.*

Relativos à sintomatologia de ansiedade e depressão, a análise dos resultados tendo em conta os pontos de corte da EADH permitiu verificar que no pré-teste, dois pacientes (Pacientes 1 e 3) apresentavam sintomatologia moderada de ansiedade e depressão, e outros dois pacientes (Pacientes 2 e 4) evidenciavam sintomatologia grave de ansiedade e depressão. No pós-teste, apenas foram encontradas diferenças significativas no Paciente 4, mostrando ausência total de sintomatologia ansiosa e depressiva. Os restantes pacientes mantiveram a sintomatologia no pós-teste.

#### Quadro 5.

*Diferenças entre o Pré e Pós-teste no PG-13*

Identificação	Pré-teste			Pós-teste		
	Ansiedade de Separação	Sintomas Cognitivos, Emocionais e Comportamentais	Disfunção social e Ocupacional	Ansiedade de Separação	Sintomas Cognitivos, Emocionais e Comportamentais	Disfunção social e Ocupacional
Paciente 1	Várias vezes ao dia	Várias vezes ao dia	Sim	Várias vezes ao dia	<b>Pelo menos uma vez por semana</b>	Sim

Paciente 2	Várias vezes ao dia	Intensidade diária	Sim	Várias vezes ao dia	Intensidade diária	Sim
Paciente 3	Várias vezes ao dia	Razoavelmente	Não	Várias vezes ao dia	Razoavelmente	Não
Paciente 4	Pelo menos uma vez por dia	Pelo menos uma vez por dia	Não	<b>Quase nunca</b>	<b>Ligeiramente</b>	<b>Não</b>

*Nota. As melhorias sintomatológicas encontram-se a negrito.*

No que respeita aos resultados encontrados relativos à presença de um possível diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado, estes diferiram entre os pacientes. De acordo com os critérios para avaliar a possível presença da perturbação, o resultado do Paciente 1 no pré-teste confirma a possível presença de sintomatologia relativa à Perturbação de Luto Prolongado. No mesmo paciente e no segundo momento de avaliação, ainda foram confirmados os critérios para o possível diagnóstico, no entanto, foram encontradas melhorias sintomáticas, ao nível da intensa dor emocional e episódios de angústia, e ao nível do sentimento de atordoamento, confusão e choque.

O Paciente 2, no pré-teste, evidenciou a presença de critérios para um possível diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado. Aquando do pós-teste, não existiram melhorias, mantendo-se a sintomatologia.

O Paciente 3 em pré-teste, não evidenciou critérios para um possível diagnóstico relativo à perturbação, no entanto, verificou-se a presença de ansiedade de separação, durante 6 meses. Este registo sintomatológico manteve-se no pós-teste.

O Paciente 4, à semelhança do paciente anterior no momento de pré-teste, não apresentava critérios suficientes para uma possível atribuição de diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado. No pós-teste, o resultado evidenciou ausência de sintomatologia relativa à perturbação.

## Avaliação Qualitativa da Intervenção

A análise temática realizada às fichas de avaliação final individuais e à entrevista grupal de avaliação final, permitiu avaliar o processo da intervenção piloto realizada neste estudo (e.g., perceber o que melhor foi recebido pelos pacientes e o que consideraram que poderia ser melhorado). Duas categorias principais destacaram-se, designadamente, os pontos fortes da intervenção e os pontos a melhorar numa futura intervenção (Quadro 5). De um modo geral, o número de pontos fortes da intervenção identificados pelos pacientes foi superior ao número de pontos a melhorar.

A análise de dados qualitativos, também foi contextualizada na apreciação qualitativa que a investigadora fez do processo terapêutico, dado estar no duplo papel de dinamizadora e investigadora sobre a mesma.

### Quadro 6.

#### *Árvore de Categorias*

Categorias	Número de Participantes
Pontos Fortes:	
• Adaptação ao Luto/Perda	4
• Universalidade da Experiência Psicológica	3
• Aquisição de Ferramentas Terapêuticas	4
• Partilha e Catarse Segura	4
• Empatia, Escuta Ativa e Compreensão	4
• Composição Heterógena do grupo relativa à perda	4
Aspetos a Melhorar:	
• <i>Feedback</i> Regular	1
• <i>Duração da Intervenção</i>	1
• Composição Homogénea do grupo relativa à perda	1

### *Pontos Fortes da Intervenção*

Os pontos fortes da intervenção identificados pelos pacientes foram ao encontro das principais vantagens de intervenções grupais em processos de luto encontradas na literatura.

Um dos aspetos positivos salientados foi o de que a intervenção permitiu a todos os pacientes uma adaptação à perda/luto, no sentido em que lhes permitiu integrar a perda na sua narrativa de vida com um nível equilibrado de ativação emocional. Permitiu-lhes também atribuir significado às emoções da perda e experienciar a perda sem sentimentos de culpa. Observou-se uma adaptação ao luto, quando os pacientes já se conformavam e aceitavam a realidade, com a escrita das cartas dirigidas aos falecidos. A escrita expressiva permitiu a consciência da irreversibilidade da morte, notando-se nos pacientes diferentes expressões emocionais, passando de uma expressão mais triste para uma expressão de maior aceitação e alívio.

*“Estar aqui fez-nos ficar mais fortes para enfrentarmos o nosso dia a dia aos poucos, fortaleceu-nos.”* (Paciente 2, Entrevista Grupal)

*“Foi uma mais valia estar aqui, porque me ajudou a recordar a minha avó com nostalgia, e não tanto com o sofrimento que me rodeava.”* (Paciente 4, Entrevista Grupal).

Durante o processo terapêutico foi notório que, à medida que os pacientes conseguiram aceitar a perda e dar-lhe um significado, também compreendiam a universalidade da experiência psicológica sobre a perda, o que consistiu também num processo de aprendizagem sobre o processo de luto por parte de cada um dos membros do grupo.

*“A partilha da nossa dor e da dos outros ajudou-nos a perceber em que fases do luto é que já passamos e quais ainda estamos a viver.”* (Paciente 4, Ficha Individual)

*“Ajudou bastante porque houve diálogo entre todos, podermos contar as nossas experiências e vermos que não somos só nós a sofrer e que há outras pessoas também a sofrer.”* (Paciente 3, Entrevista Grupal).

Com todas as atividades realizadas em contexto terapêutico e em casa, procurou-se dar a conhecer aos pacientes um conjunto de estratégias que estavam à sua disposição e às

quais podem recorrer para lidar com as emoções dolorosas, presentes e futuras. A partir de uma certa altura os pacientes começaram a relatar que tinham recorrido a uma determinada estratégia num momento de vulnerabilidade, e que lhes tinha sido bastante útil.

*“Nós ficamos com algumas ferramentas que a vamos poder usar no futuro. Eu inclusive já voltei a recorrer à carta, voltei a escrever uma carta para o meu filho, senti-me tão bem.”* (Paciente 1, Ficha Individual e Entrevista Grupal)

*“As ferramentas que nos foram facultadas permitiram que eu evoluísse.”*  
(Paciente 3, Ficha Individual).

A possibilidade de partilha foi um dos pontos fortes que os pacientes mais referenciaram, reconhecendo a partilha de experiências, emoções e dor como um aspeto importante na melhoria do estado sintomático associado ao luto, e na evolução do processo de luto.

*“A partilha da dor, a partilha das emoções, saber que não estamos sozinhos foi muito importante.”* (Paciente 1, Entrevista Grupal)

*“A mais-valia deste grupo acabou por ser a partilha que foi bastante enriquecedora, que me ajudou a ter um progresso irreversível e estruturado.”*  
(Paciente 4, Ficha Individual).

A par da partilha, outro aspeto positivo destacado pelos pacientes foi a possibilidade da catarse segura. Ainda foi notório, e também algo mencionado pelos pacientes, que a partilha e a catarse foram mais facilitadas, muito devido ao número reduzido de participantes, permitindo estabelecer uma relação entre os pacientes mais rapidamente.

*“Senti-me mais segura e mais segura para continuar em frente.”* (Paciente 2, Ficha Individual)

Outro aspeto evidenciado pelos pacientes e que foi fulcral para o sucesso relatado pelos mesmos, foi a empatia, escuta ativa e a compreensão sentida no contexto terapêutico. À medida que a relação de confiança se foi formando, as partilhas dos pacientes envolviam mais emoções e dor, pois sentiam-se protegidos e compreendidos pelos restantes. A empatia, a compreensão e a escuta ativa foram os pilares dos pontos fortes salientados pelos pacientes,

pois permitiram um envolvimento profundo com a terapia, possibilitando melhorias relativas ao processo de luto.

*“Senti-me ouvida e compreendida acima de tudo, e o facto de me assegurar que eu posso chorar, permitiu que fosse mais eu.”* (Paciente 2, Entrevista Grupal)

*“Senti que me ajudava nisso, senti que realmente dava a palavra certa no momento certo, o que me fazia perceber que realmente você me ouvia, fez-me bem.”* (Paciente 3, Entrevista Grupal)

Resultante da empatia e compreensão sentida, os pacientes relataram que se sentiam seguros em prestar ajuda e apoio uns aos outros, enquanto recebiam auxílio. A partir de uma determinada altura da intervenção, foi evidente que os pacientes faziam sugestões para se ajudarem uns aos outros, e até tentavam assegurar e confortar quando o outro estava a partilhar a dor.

*“Mas ainda permitiu que eu estivesse disponível para tentar fazer com que os outros sentissem uma dor menos intensa.”* (Paciente 1, Entrevista Grupal)

*“Também fui sentindo que, como já tinha passado a perda há mais tempo conseguia ajudar de outra forma, pois já tinha ultrapassado certas fases do luto, que as minha colegas não.”* (Paciente 4, Ficha Individual)

Por ser um grupo heterogéneo no que respeita ao tempo da perda, permitiu aos pacientes que passaram pela perda há menos tempo, a oportunidade de terem mais esperança no futuro, assim como a possibilidade de se projetarem no futuro. A possibilidade de se projetarem no futuro foi experienciada como uma sensação de alívio, compreendendo os pacientes que os sentimentos de culpa presentes poderiam ser alterados sem desrespeitar o falecido.

*“O facto de eu estar num grupo com pessoas que já passaram pela perda delas há mais tempo, e ver no patamar ou na fase do luto em que já estão, dá-me esperança de que um dia vou ser eu, e que por mais que seja doloroso viver sem a pessoa que perdemos, há sempre luz nos próximos meses e anos.”* (Paciente 2, Entrevista Grupal)

### *Aspetos da Intervenção a Melhorar*

A segunda categoria destacada foram os aspetos a melhorar numa futura intervenção, dividindo-se em três subcategorias, nomeadamente um *feedback* mais regular, alterações na duração da intervenção e a presença de um grupo mais homogéneo.

Relativamente ao *feedback* mais regular, alguns dos pacientes descreveram que teria sido benéfico que a carta escrita no final da intervenção também tivesse sido entregue uma outra vez durante o processo terapêutico. Percebeu-se que com esta recomendação os pacientes sentiam uma necessidade de validação da sua evolução, para lhes assegurar que, apesar de continuarem a estar presentes emoções negativas, de certa forma estavam a evoluir no processo de luto.

*“Eu acho que como nos entregou quase no final a carta, até poderia ser boa ideia a meio da terapia, escrever também outra carta, poderiam ser entregues cartas de 2 em 2 semanas, porque a carta deu-me um aconchego.”* (Paciente 2, Entrevista Grupal)

A duração da intervenção foi algo também discutido, no entanto, a perspetiva sobre a mesma foi diferente entre os pacientes. A maioria dos pacientes relatou que o número de sessões foi suficiente, contudo a paciente que passou pela perda há menos tempo referiu

*“Eu acho que poderia ser mais longo, poderia durar mais algumas sessões.”*  
(Paciente 2, Ficha Individual)

Compreendeu-se que, com algumas sessões adicionais, a paciente poderia sentir-se mais segura da sua evolução, mas também que permitiria uma maior consolidação de todo o conteúdo abordado na intervenção.

Complementarmente, ainda foi sugerida a formação de um grupo mais homogéneo em termos do momento da perda. Se por um lado, um grupo heterogéneo incute esperança e projeção no futuro, também pode ter de ser um fator a considerar em contexto de processo de luto.

*“Para mim, eu preferia que estivesse num grupo que os outros membros tivessem sofrido a perda há tempo semelhante com o meu.”* (Paciente 2, Entrevista Grupal)

## Capítulo 4: Discussão

Segundo Rocha e Gabriel (2021), a intervenção cognitiva-narrativa auxilia na integração da perda na narrativa de vida dos indivíduos, com a atribuição de um significado à própria perda e à própria vida. Tal é alcançado através da análise de emoções, pensamentos e metáforas repletas de significado. O presente estudo permitiu refletir sobre o facto de este tipo de intervenção ser exequível perante o luto relativo a mortes ocorridas durante o contexto pandémico, considerando uma abordagem em grupo terapêutico aqui proposta. Para além do desenvolvimento da intervenção, pretendeu-se estudar os aspetos processuais da mesma, identificando os pontos fortes e a melhorar relativos à intervenção, bem como avaliar a potencial redução da sintomatologia ansiosa e depressiva associada ao processo de luto e luto prolongado, e a criação de um sistema de significados para a perda. A discussão dos resultados será organizada na conjugação de resultados quantitativos e resultados qualitativos, de forma a enquadrá-los no objetivo do presente estudo.

Os resultados encontrados mostraram que três dos quatro pacientes diminuíram os níveis de vazio e falta de significado após a participação na intervenção, descrevendo adaptação ao luto. A forma como os enlutados negociam entre o desafio da perda e os seus sistemas de orientação, define o significado atribuído a morte (Milman et al., 2017). Quando o indivíduo perde um ente querido, há um sentido de incongruência entre a perda e a perceção do mundo como justo e seguro, que perturba o sistema de significados associado ao sentido de paz (Milman et al., 2017). Nos resultados encontrados no presente estudo, verificou-se que não existiram diferenças significativas ao nível do sentido de paz. Um estudo realizado por Andrade et al. (2017), ressaltou a eficácia superior da intervenção cognitiva-narrativa perante outras intervenções, pois a intervenção possibilitou adaptação ao luto na sua amostra, ao atingir um nível adequado de ativação emocional, potencializando alterações nos significados atribuídos à perda. Também no estudo realizado por Barbosa et al. em 2014, reconhece-se o papel importante desta terapia na construção e atribuição de significados para os sentimentos e emoções associadas à perda, permitindo assim a otimização na gestão da dor (Boelen et al., 2007). Estes resultados encontram-se em conformidade com a literatura, pois a atribuição ou reconstrução de significado à perda, e a construção de um significado de sentido de paz, têm um papel fulcral na facilitação do

processo de adaptação ao luto (Gillies et al., 2014; Verdery et al., 2020). Por sua vez, descreve-se igualmente na literatura que, à medida que os enlutados se esforçam para se adaptarem à perda, tendem a analisar e reconstruir as suas auto narrativas, dando-lhes um sentido e significado (Gillies et al., 2014; Neimeyer & Thompson, 2014).

A adaptação ao luto/perda, apesar de não alterar a realidade da perda, tem implicações importantes na mudança da qualidade do luto (Supiano & Luptak, 2014). A perda da atribuição e/ou construção de um significado para a perda, a ligação contínua ao falecido é interpretada como um aspeto importante de uma adaptação ao luto bem-sucedida (Field et al., 2003), auxiliando os enlutados a preservar uma ligação significativa com o passado (Fraley & Shaver, 1999). Segundo Milman et al. (2017), o conflito com o sentido de paz e os laços contínuos, pode colocar em causa o ajustamento ao luto despoletando sintomas de luto prolongado. Neste sentido, segundo Field et al. (2003), é importante considerar que o estabelecimento de uma ligação contínua com o falecido, pode acarretar tanto variantes adaptativas como variantes desadaptativas. É um processo gradual que reflete a procura do afeto perdido após a perda (Fraley & Shaver, 1999), com foco em contrariar a dor da separação (Field et al., 1999). Nos resultados deste estudo verificou-se que apenas um paciente evidenciou melhorias significativas relativas às ligações contínuas, apesar de a adaptação ao luto/perda ter sido um ponto forte relatado por todos os pacientes. Os autores descrevem que manter bens do falecido intactos desde a sua morte, pode ser uma expressão de ligação contínua desadaptativa, podendo manifestar o não reconhecimento total da separação (Field et al., 2003); e que por sua vez, encontrar conforto através de memórias do falecido representa uma expressão adaptativa, por indicar um maior reconhecimento e aceitação da separação (Field et al., 1999). De facto, o primeiro comportamento era praticado pela maioria dos pacientes que participaram no estudo, e segundo Field et al. (1999), enlutados que dependiam psicologicamente do falecido eram mais suscetíveis a adotar este tipo de expressão após a morte. Inicialmente, apenas o Paciente 1 já estabelecia a sua relação com o falecido através de estratégias mais adaptativas (e.g., escrita de cartas ao falecido), relatando “*Escrevo-lhe cartas a dizer como me sinto naquele dia, e isso, faz-me sentir perto dele.*” (Paciente 1, Entrevista Grupal).

O estudo realizado por Field et al. (1999), descreve que esta forma de ligação contínua, exacerba os sintomas da dor, isto é, os sintomas específicos do luto e os sintomas do humor. Relativamente aos sintomas de luto prolongado, no presente estudo não foram

encontradas alterações na maioria dos pacientes, que remetessem para uma mudança do valor global de eventual luto prolongado, sendo que apenas um evidenciou melhorias entre os dois momentos de avaliação. No que respeita à ansiedade e à depressão, os mesmos resultados foram encontrados, o que não é coincidente com os resultados encontrados na literatura sobre a intervenção cognitiva-narrativa (Gonçalves, 2016; Rocha et al., 2018).

Gonçalves (2016) realizou um ensaio clínico em familiares que tinham perdido um ente querido pelo suicídio, apontando os resultados para uma redução dos sintomas de luto complicado e uma redução dos níveis da depressão. Estes resultados são sustentados no facto de a terapia cognitiva-narrativa permitir a gestão dos níveis de ativação emocional, que foi conseguida através da tarefa da recordação. A investigação realizada por Rocha et al. (2018), com uma intervenção junto de mulheres que recorreram à interrupção médica da gravidez por malformação fetal, descreve resultados semelhantes (seis meses após a inclusão na intervenção). O poder terapêutico da elaboração de metáforas e da atribuição de significados para a perda, também presente na intervenção-piloto testada no presente estudo, permite a expressão e construção de emoções relacionadas com o luto, importantes na redução dos sintomas associados à dor (Rocha & Gabriel, 2021). Assim, embora os resultados não indiquem de forma clara e significativa a redução da sintomatologia de ansiedade, depressão e luto prolongado na maioria dos participantes, a análise dos resultados qualitativos aponta para uma melhoria nesse sentido. Assim, é possível que a redução dos sintomas venha a ser visível apenas mais tarde (e não no momento do término da intervenção, conforme avaliação realizada no pós-teste).

A empatia, escuta ativa e compreensão foram aspetos encontrados na análise temática, que permitiram que toda a partilha fosse enriquecedora e segura para todos os pacientes, mas também facilitaram uma construção partilhada de significados (Rocha & Gabriel, 2021). Não é novidade que, após a perda de um ente querido, seja frequente os indivíduos sentirem-se confusos e atordoados com todos os sentimentos associados ao luto (Shear & Bloom, 2017). Assim sendo, quando os enlutados pedem ajuda para lidar com o sofrimento, esperam encontrar um contexto aberto à sua dor que consiga compreender o processo que estão a enfrentar, e de certa forma, um contexto que consiga transmitir uma sensação de conforto (Shear & Bloom, 2017). Um contexto com falta de empatia pode levar o enlutado à incapacidade em resolver o luto e não levar à sua adaptação (Paul, 1967). No entanto, um espaço onde a reciprocidade de expressões empáticas (Paul, 1967) seja

frequente, tendem a surgir sentimentos de alívio e compreensão uns com os outros. Portanto, um contexto em que o indivíduo se sinta ouvido, apoiado e compreendido, encoraja-o na expressão emocional associado ao processo de luto (Paul, 1967), o que foi sentido pelos participantes nesta intervenção em estudo.

A possibilidade de entender a universalidade da experiência psicológica do luto também foi considerado um dos aspetos fortes da intervenção testada neste estudo, encontrando-se em concordância com as vantagens das terapias grupais salientadas na literatura científica (Supiano & Luptak, 2014). De facto, a possibilidade de uma experiência de luto partilhada permite um processo de aprendizagem por parte dos pacientes (Supiano & Luptak, 2014), de que o luto é um evento de vida universal (Shear & Bloom, 2017). Com esta universalidade encara-se a realidade da existência de aspetos comuns a todas os indivíduos que passam por uma perda significativa, nomeadamente a saudade, a tristeza, memórias e pensamentos sobre o falecido (Shear & Bloom, 2017). Torna-se evidente que o reconhecimento da universalidade da experiência psicológica do luto leva à mudança na qualidade do luto, permitindo atenuar a intensidade associada às emoções e sentimentos próprios do luto (Shear & Bloom, 2017; Supiano & Luptak, 2014). Assim, torna-se uma vantagem pois, com a aceitação da finalidade e consequências da perda (Shear & Bloom, 2017), o indivíduo tem a possibilidade de reconstruir a sua narrativa de vida, adaptar-se à nova realidade e encarar outros planos de vida sem o falecido.

A oportunidade de partilha proporcionada pela intervenção grupal e encontrada nos resultados do presente estudo é um aspeto também mencionado na literatura científica. A partilha fomenta o reconhecimento das narrativas de cada indivíduo como semelhantes entre elas (Hench et al., 2016), dando a possibilidade aos indivíduos de partilharem experiências e sentimentos comuns sem julgamentos, recebendo reforço pelos seus esforços para lidar com a perda (Piper et al., 2009). Este reconhecimento dos sentimentos experienciados pelos outros pode educar os indivíduos quanto ao facto de os seus próprios sentimentos poderem não ser tão avassaladores e serem possíveis de ultrapassar (Hench et al., 2016), transmitindo segurança na sua própria partilha. Na continuidade deste pensamento, Piper et al. (2009) reforçam a ideia de que existe a possibilidade de crescimento pessoal e florescimento sob a perda, derivado desta partilha. Um estudo realizado por Hogan et al. (1996) relatou que os indivíduos enlutados descrevem o seu crescimento pessoal na trajetória do luto como uma avaliação mais significativa das suas vidas, assim como um aperfeiçoamento das relações

entre membros da família e amigos próximos. A literatura refere que os indivíduos que tendem a experienciar uma sensação de crescimento pós-traumático, manifestam melhorias ao nível do funcionamento psicológico, resultantes do enfrentamento de circunstâncias de vida altamente desafiantes e adversas (Albuquerque et al., 2018). Neste sentido, os indivíduos podem integrar nos vários contextos da sua vida, estratégias aprendidas com a perda, que por sua vez levam a uma experiência de crescimento pós-traumático (Roberts et al., 2016).

De facto, a literatura referente ao crescimento pós-traumático sobre a experiência no luto aparenta comprovar que ocorre um crescimento pessoal positivo em indivíduos enlutados (Michael & Cooper, 2013), nomeadamente ao nível de uma maior valorização da vida (Milman et al., 2017; Yalom & Lieberman, 1992). Indivíduos que reportam uma valorização da vida associado a um crescimento pessoal, também manifestavam mudanças ao nível da auto percepção (Wagner et al., 2007), alterações nos relacionamentos interpessoais (Yalom & Lieberman, 1991), descoberta de novas filosofias de vida (Roberts et al., 2016), e atribuição de um sentido positivo à sua identidade e vida (Milman et al., 2017). Esta vantagem de crescimento sobre a valorização da própria vida, proporciona uma melhoria sobre o funcionamento anterior à adaptação ao luto (Yalom & Lieberman, 1991). No entanto, tais considerações não vão ao encontro dos resultados encontrados no presente estudo, uma vez que na maioria dos pacientes não foram encontradas diferenças significativas ao nível do crescimento pós-traumático, nem ao nível da valorização da vida, entre os dois momentos de avaliação nos pacientes. Apenas um dos pacientes relatou melhorias significativas relativas ao crescimento pós-traumático, podendo dever-se ao facto de a paciente ter investido numa maior proximidade a outros entes queridos, e perspetivar a vida de outra forma “*Agora consigo ver a vida de outra maneira, algo mais positivo. Encarar o presente e abraçá-lo com força, é como vejo agora a minha vida.*” (Paciente 3, Entrevista Grupal).

Nos resultados relativos aos aspetos da intervenção que podiam ser melhorados, foi encontrada uma discrepância no que respeita à composição do grupo, tendo em conta o tempo que havia decorrido desde a perda do ente querido. Segundo Piper et al. (2007), a composição do grupo para o sucesso da terapia é muito importante, resultando da articulação de características individuais. Indivíduos integrados num grupo em que todos partilham da mesma característica primária, denomina-se grupo homogéneo, enquanto grupos em que os indivíduos tendem a divergir nas características primárias, dizem respeito aos grupos

heterogéneos. No entanto, as características primárias diferem em diferentes níveis de homogeneidade (e.g., idade, sexo e tempo em que ocorreu a perda), que asseguram a criação de aprendizagem social (Adler, 1995). Se por um lado, este tipo de homogeneidade promove mudança, pois existe transferência entre os membros no grupo, no sentido em que estes se podem auto projetar no futuro; também pode ser gerador de ansiedade (Adler, 1995) e pode espoletar no indivíduo a sensação de isolamento perante o restante grupo (Piper et al., 2007). No presente estudo, optou-se por esta componente mais heterógena das características primárias, pois considerou-se que facilitaria a otimização das áreas de conflito e os padrões de *coping* (Adler, 1995), sempre com foco no grau de vulnerabilidade de cada paciente.

Um *feedback* mais regular foi também indicado pelos participantes como um ponto a melhorar numa intervenção futura. De facto, o *feedback* é incluído nos fatores de aprendizagem comuns referentes a todas as psicoterapias, importante nos níveis de motivação dos pacientes (Lambert & Vermeersch, 2002). No contexto terapêutico é importante estabelecer um *feedback* regular, pois este contribui para o amadurecimento da sensação de confiança entre o terapeuta e o paciente (Lambert & Vermeersch, 2002), no sentido em que garante que o terapeuta esteve atento à sua evolução, e que o paciente evidencia melhorias que poderão ser inconscientes. Com este amadurecimento pode existir uma redução da ansiedade relativa às dúvidas sobre o processo, que o paciente possa ter (Lambert & Vermeersch, 2002). Mesmo assim, a transmissão de um *feedback* não garante apenas segurança, mas também tem a função de permitir que o indivíduo tenha consciência da realidade da sua problemática, e da sua capacidade em confrontar o seu sofrimento e receio (Lambert & Vermeersch, 2002), através de comportamentos e associações mais adaptativas. Uma futura intervenção poderia incluir este *feedback*, em momentos-chave do processo terapêutico.

A duração da intervenção foi considerada como um resultado ambivalente no grupo terapêutico, pois apenas um paciente (com a perda mais recente) referiu que seria benéfica a inclusão de mais sessões. No entanto, alguns autores reforçam a ideia de que a natureza limitada do acompanhamento relembra aos pacientes a finalidade de relações interpessoais e por consequente da vida (e.g., Toth, 1997), indicando o benefício das intervenções breves, principalmente em contexto de luto. Especificamente, Rocha e Gabriel (2021) defendem que a brevidade e a estrutura da intervenção cognitiva-narrativa fomentam a adesão terapêutica. Apesar de as terapias breves serem cada vez mais frequentes no tratamento de várias

problemáticas psicológicas, os seus benefícios a longo prazo ainda não são conclusivos (Piper et al., 2009).

### **Limitações do Estudo**

Aquando da interpretação dos resultados do estudo, devem ser consideradas algumas limitações do mesmo, de forma a serem controladas em futuros estudos. Uma das primeiras limitações diz respeito ao número de participantes que ingressou na intervenção em estudo. Quatro participantes não corresponde a uma amostra representativa da população portuguesa em luto, e neste sentido, seria pertinente a avaliação da intervenção junto de um grupo de pacientes maior, que possibilitasse igualmente a realização de análises estatísticas mais robustas. Todos os pacientes que ingressaram no estudo estavam inseridos no sistema do CHMT, sendo acompanhados no serviço de Psiquiatria do Hospital, que integra as equipa de Psiquiatria e de Psicologia. Posto isto, coloca-se a hipótese de o contexto de avaliação ter interferido nos resultados quantitativos encontrados, no sentido em que os pacientes possam ter sentido que, ao reportar melhorias de forma significativa na sintomatologia, poderia significar uma quebra no acompanhamento no serviço de Psiquiatria. Outra limitação reside no facto de ter sido a própria dinamizadora/terapeuta da intervenção a realizar a entrevista de avaliação final grupal, sendo que a sua presença poderá ter enviesado a avaliação da intervenção no grupo terapêutico, no sentido de os participantes procurarem “agradar” à terapeuta com as suas respostas. Por último, o tipo de *design* de estudo deve ser algo a considerar igualmente, no sentido em que devido inexistência de um grupo de controlo não foi possível avaliar a causalidade do estudo. Ou seja, não se descarta a hipótese de que outras variáveis externas ao estudo possam ter igualmente contribuído para os resultados encontrados e, conseqüentemente, serem explicativas dos resultados.

## Capítulo 5: Conclusão

Após a morte de um ente querido, ocorre um conjunto de mudanças na vida dos enlutados, acompanhadas de perdas bastantes significativas. Muitos dos enlutados conseguem integrar a perda na sua narrativa de vida, no entanto, uma grande parte dos indivíduos não consegue atribuir sentido à grande perda. A pandemia de COVID-19 com o seu carácter desorganizador, despoletou nos indivíduos o aumento de emoções tendencialmente negativas, e dificultou o alcance de recursos para superar a adversidade. As intervenções no luto devem ser ricas em emoção, de modo que o enlutado se depare com a realidade da perda, sempre num contexto seguro.

O presente estudo consistiu no desenvolvimento, implementação e avaliação de uma intervenção grupal no luto com foco em duas bases fundamentais: a componente cognitiva e emocional, e a componente da atribuição de um significado. A componente cognitiva e emocional, proporcionou aos pacientes uma maior consciência das emoções que foram desencadeadas com a história da perda, isto é, permitiu que entendessem a componente cognitiva da sua narrativa através da exploração da relação entre os pensamentos e as emoções. Verificou-se que, apesar de a sintomatologia não ter reduzido de forma significativa na maioria dos pacientes, estes reportaram uma sensação de alívio ao conseguirem atribuir um sentido à perda, transmitindo uma oportunidade de crescimento. A criação de metáforas para o sofrimento e para a sua nova narrativa, possibilitou aos pacientes o processamento da história da sua perda. No final da intervenção, os pacientes relataram que encontraram fontes de estabilização à medida que conseguiram avançar no envolvimento detalhado da sua narrativa.

Por fim, o carácter grupal desta intervenção teve benefícios que uma intervenção individual não detém, na medida em que, o diálogo e a partilha realizados entre os pacientes permitiu a aceitação da finalidade e as consequências advindas da perda. *“Ajudou bastante porque houve diálogo entre todos, podermos contar nossas experiências e vermos que não somos só nós a sofrer e que há outras pessoas também que sofrem.”* (Paciente 2, Entrevista Grupal). A oportunidade de partilha com os outros proporcionou uma sensação de entreajuda entre os pacientes, característica importante em situações de luto, *“Mas ainda permitiu que eu estivesse realmente disponível para tentar fazer com que os outros sentissem uma dor menos intensa em relação ao seu próprio luto.”* (Paciente 4, Entrevista Grupal).

Este formato de intervenção apresenta, portanto, alguns resultados promissores, e que devem ser explorados em estudos futuros, com outros grupos de pacientes em processo de luto.

## Referências Bibliográficas

- Adler, M. (1995). Homogeneity or heterogeneity of groups. *Canadian Journal of Counselling*, 29. <http://cjcp.journalhosting.ucalgary.ca/cjc/index.php/rcc/article/viewFile/30/878>
- Afonso, S. B. C. (2013). Sobre a morte e o morrer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2781–2782. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000900033>
- Albuquerque, S., Coelho, A., Teixeira, T. M., & Santos, R. S. (2021). Luto complicado: Conceptualização, avaliação e intervenção. In S. Gabriel, T. Mourinho Batista, M. Paulino (Eds.), *Luto: Manual de intervenção psicológica* (1.<sup>a</sup>, pp. 21-40). PACTOR.
- Albuquerque, S., Narciso, I., & Pereira, M. (2018). Posttraumatic growth in bereaved parents: A multidimensional model of associated factors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(2), 199–207. <https://doi.org/10.1037/tra0000305>
- American Psychiatric Association (2022). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: Fifth Editions text revision*. APA
- Andrade, A. S., Moreira, M., Sá, M., Pacheco, D., Almeida, V., & Rocha, J. C. (2017). Randomized controlled trial of a cognitive narrative crisis intervention for bereavement in primary healthcare. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(1), 85–90. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000345>
- Barbosa, V., Sá, M., & Rocha, J. C. (2014). Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. *Aging and Mental Health*, 18(3), 354–362. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.833164>
- Barry, L. C., Kasl, S. V., & Prigerson, H. G. (2002). Psychiatric disorders among bereaved persons: The role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 447–457. <https://doi.org/10.1097/00019442-200207000-00011>
- Boelen, P. A., Keijsers, J., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 277–284. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.277>
- Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Associations of depressive rumination and

- positive affect regulation with emotional distress after the death of a loved one. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 27(6), 955–964. <https://doi.org/10.1002/cpp.2482>
- Bonanno, G. A. (2001). Grief and emotion: A social–functional perspective. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 493–515). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10436-021>
- Borghi, L., & Menichetti, J. (2021). Strategies to cope with the COVID-related deaths among family members. *Frontiers in Psychiatry*, 10–13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.622850>
- Bradley, L., Hendricks, B., Noble, N., & Fox, T. (2021). COVID-19: Counseling with bereaved parents. *Family Journal*, 29(3), 292–298. <https://doi.org/10.1177/1066480721992510>
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chen, C. Y. C. (2022). Grieving during the COVID-19 pandemic: In-person and virtual “goodbye.” *Omega*, 0(0), 1–17. <https://doi.org/10.1177/00302228221090754>
- Coleman, R. A., & Neimeyer, R. A. (2010). Measuring meaning: Searching for and making sense of spousal loss in late-life. *Death Studies*, 34(9), 804–834. <https://doi.org/10.1080/07481181003761625>
- Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *Acta médica portuguesa*, 24(6).
- Direção Geral da Saúde. (2020, Março 16). *COVID-19: Procedimentos post mortem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25191/norma-002-2020-covid-19-procedimentos-post-mortem-atualizada-a-21012022.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2022, Novembro 09). *Relatório de situação*. [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/669\\_DGS\\_boletim\\_20211231\\_pdf-572kb.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/669_DGS_boletim_20211231_pdf-572kb.pdf)
- Field, N. P., Gal-Oz, E., & Bonanno, G. A. (2003). Continuing bonds and adjustment at 5 years after the death of a spouse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 110–117. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.110>
- Field, N. P., Nichols, C., Holen, A., & Horowitz, M. J. (1999). The relation of continuing attachment to adjustment in conjugal bereavement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 212–218. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.2.212>

- Fraley, R. C., & Shaver, P.R. (1999). Loss and bereavement: Attachment theory and recent controversies concerning “grief work” and the nature of detachment. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 735-759). The Guilford Press.
- Gabriel, S., & Paulino, M. (2021). COVID-19: O processo de luto em tempos de pandemia. In S. Gabriel, T. Mourinho Batista, M. Paulino (Eds.), *Luto: Manual de intervenção psicológica* (1.<sup>a</sup>, pp. 267-278). PACTOR.
- Gillies, J., Neimeyer, R. A., & Milman, E. (2014). The meaning of loss codebook: Construction of a system for analyzing meanings made in bereavement. *Death Studies*, 38(4), 207–216. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.829367>
- Gillies, J. M., Neimeyer, R. A., & Milman, E. (2015). The grief and meaning reconstruction inventory (GMRI): Initial validation of a new measure. *Death Studies*, 39(2), 61–74. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.907089>
- Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(1), 31–65. <https://doi.org/10.1080/1072053050031118>
- Gonçalves, S. (2016). *Ensaio clínico da intervenção cognitiva-narrativa no luto prolongado após o suicídio de familiar*. [Dissertação de mestrado, Instituto Universitário de Ciências da Saúde]. CESPU. <http://hdl.handle.net/20.500.11816/2740>
- Gonçalves, O.F., Korman, Y., & Angus, L. (2000). Constructing psychopathology from a cognitive narrative perspective. In J. D. Raskin & R. A. Neimeyer (Eds.), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. 265-284). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10368-011>
- Harrop, E., Mann, M., Semedo, L., Chao, D., Selman, L. E., & Byrne, A. (2020). What elements of a systems approach to bereavement are most effective in times of mass bereavement? A narrative systematic review with lessons for COVID-19. *Palliative Medicine*, 34(9), 1165–1181. <https://doi.org/10.1177/0269216320946273>
- Hench, I., Berg, C., & Benkel, I. (2016). The shared experience help the bereavement to flow: A family support group evaluation. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(10), 959–965. <https://doi.org/10.1177/1049909115607204>
- Hogan, N., Morse, J. M., & Tasón, M. C. (1996). Toward an experiential theory of bereavement. *Omega*, 33(1), 43–65. <https://doi.org/10.2190/GU3X-JWV0-AG6G->

21FX

- Holland, J. M., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Meaning reconstruction in the first two years of bereavement: The role of sense-making and benefit-finding. *Omega: Journal of Death and Dying*, 53(3), 175–191. <https://doi.org/10.2190/FKM2-YJTY-F9VV-9XWY>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Jordan, J.R. (2012). Guided imaginal conversations with the deceased. In R.A. Neimeyer (Ed.), *Techniques of grief therapy* (1.<sup>a</sup>, pp. 262-265). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203152683>
- Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2002). Effectiveness of psychotherapy. In M, Hersen, W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of psychotherapy* (1.<sup>a</sup>, pp. 709-714). Elsevier Science.
- Lee, S. A., & Neimeyer, R. A. (2020). Pandemic grief scale: A screening tool for dysfunctional grief due to a COVID-19 loss. *Death Studies*, 0(0), 1–11. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1853885>
- Lordello, S. R., & da Silva, I. M. (2021). The grief elaboration process in the pandemic scenario: A group intervention. *Anxiety, Uncertainty, and Resilience During the Pandemic*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.98837>
- Levin, J. (2019). Mental health assistance to families and communities in the aftermath of an outbreak. In D. Huremovic (Ed.), *Psychiatry of Pandemics* (pp. 143-151). Springer.
- Medeiros, K. dos S., Costa, E. S. da, & Oliveira, M. R. de. (2019). Morte: O processo do luto. *O Portal Dos Psicólogos*, 1–10. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1364.pdf>
- Michael, S. & Cooper, M. (2013). Post-traumatic growth following bereavement: A systematic review of the literature. *Counselling Psychology Review*. 28(4), 18–33. [https://www.researchgate.net/profile/Christina-Michael/publication/260244829\\_Post-traumatic\\_growth\\_following\\_bereavement\\_A\\_systematic\\_review\\_of\\_the\\_literature/links/00b495346ecbb5a1ca000000/Post-traumatic-growth-following-bereavement-A-systematic-review-of-the-literature.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Christina-Michael/publication/260244829_Post-traumatic_growth_following_bereavement_A_systematic_review_of_the_literature/links/00b495346ecbb5a1ca000000/Post-traumatic-growth-following-bereavement-A-systematic-review-of-the-literature.pdf)
- Milman, E., Neimeyer, R. A., Fitzpatrick, M., MacKinnon, C. J., Muis, K. R., & Cohen, S. R. (2017). Prolonged grief symptomatology following violent loss: The mediating role

- of meaning. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(6).  
<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1503522>
- Morris, S., Fletcher, K., & Goldstein, R. (2019). The grief of parents after the death of a young child. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(3), 321–338.  
<https://doi.org/10.1007/s10880-018-9590-7>
- Neimeyer, R.A. (2006). Widowhood, grief and the quest for meaning: A narrative perspective on resilience. In D. Carr, R. M. Nesse, & C.B. Wortman (Eds.), *Spousal bereavement in late life* (pp. 227-252). Springer.
- Neimeyer, R.A. (2012). Retelling the narrative of the death. In R.A. Neimeyer (Ed.), *Techniques of grief therapy* (1.<sup>a</sup>, pp. 86-90). Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9780203152683>
- Neimeyer, R. A. (2019). Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program. *Death Studies*, 43(2), 79–91.  
<https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1456620>
- Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & Van Dyke Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. In *Journal of Contemporary Psychotherapy* (Vol. 40, Issue 2, pp. 73–83).  
<https://doi.org/10.1007/s10879-009-9135-3>
- Neimeyer, R. A., Klass, D., & Dennis, M. R. (2014). A social constructionist account of grief: Loss and the narration of meaning. *Death Studies*, 38(8), 485–498.  
<https://doi.org/10.1080/07481187.2014.913454>
- Neimeyer, R. A., & Thompson, B.E. (2014). Meaning making and the art of grief therapy. In B. E. Thompson & R. A. Neimeyer (Eds.), *Grief and the expressive arts: Practices for creating meaning* (1.<sup>a</sup>, pp. 3-13). Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9780203798447>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.  
<https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Park, C. L., & Halifax, R. J. (2011). Religion and spirituality in adjusting to bereavement: Grief as burden, grief as gift. In A. N. Robert, L. H. Darcy, R. W. Howard, T. Gordon (Eds.), *Grief and bereavement in contemporary society* (pp. 355-363). Routledge.

<https://doi.org/10.4324/9781003199762>

- Paul, N. L. (1967). The use of empathy in the resolution of grief. In K. D. B. Norman L. Paul (Ed.), *Perspectives in biology and medicine* (Volume 11, pp. 153–169). <https://doi.org/10.1353/pbm.1967.0009>
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Weideman, R. (2009). Follow-up outcome in short-term group therapy for complicated grief. *Group Dynamics, 13*(1), 46–58. <https://doi.org/10.1037/a0013830>
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., Weideman, R., & Rosie, J. S. (2007). Group composition and group therapy for complicated grief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(1), 116–125. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.116>
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., Maciejewski, P. K. (2007). Prolonger grief disorder: A case for inclusion in DSM-V. In M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut, W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: 21<sup>st</sup> century perspectives* (pp. 165-186). American Psychological Association Press.
- Ramos, V. A. B. (2016). O processo de luto. *O Portal Dos Psicólogos*, 1–16. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1021.pdf>
- Roberts, J. E., Thomas, A. J., & Morgan, J. P. (2016). Grief, bereavement, and positive psychology. *Journal of Counseling and Psychology, 1*(1). <https://digitalcommons.gardner-webb.edu/jcp/vol1/iss1/3/>
- Rocha, J., & Gabriel, S. (2021). Intervenção cognitiva-narrativa no processo de luto. In S. Gabriel, T. Mourinho Batista, M. Paulino (Eds.), *Luto: Manual de intervenção psicológica* (1.<sup>a</sup>, pp. 329-346). PACTOR.
- Rocha, J., Nunes, C., Leonardo, A., Correia, M. J., Fernandes, M., Paúl, M. C., & Almeida, V. (2018). Women generating narratives after an unwanted prenatal diagnosis result: Randomized controlled trial. *Archives of Women's mental Health, 21*(4), 453-459. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0822-5>
- Rosner, R., Pfoh, G., & Kotoučová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psychotraumatology, 2*(1), 7995. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.7995>
- Rynearson, E.K., & Salloum, a. (2011). Restorative retelling: Revisiting the narrative of violent death. In R. A. Neimeyer, D. Harris, H. Winokuer, & G. Thornton (Eds.), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice* (1.<sup>a</sup>, pp. 177-188). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003199762>

- Santos, R. C. S., Yamamoto, Y. M., & Custódio, L. M. G. (2017). Aspectos teóricos sobre o processo de luto e a vivência do luto antecipatório. *O Portal Dos Psicólogos*, 1-18. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1161.pdf>
- Shear, M. K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA*, 293, 2601-2608. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>
- Shear, M. K., & Bloom, C.G. (2017). Complicated grief treatment: An evidence-based approach to grief therapy. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 35(1), 6–25. <https://doi.org/10.1007/s10942-016-0242-2>
- Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 6–9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>
- Sousa, F. P., Ferro, A., Silva, I.D., Andrade, G., Côrte-Real, B. (2021). O processo de luto: Mitos e estratégias básicas. In S. Gabriel, T. Mourinho Batista, M. Paulino (Eds.), *Luto: Manual de intervenção psicológica* (1.<sup>a</sup>, pp. 411-435). PACTOR.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2021). Bereavement in times of COVID-19: A review and theoretical framework. *Omega*, 82(3), 500–522. <https://doi.org/10.1177/0030222820966928>
- Supiano, K. P., & Luptak, M. (2014). Complicated grief in older adults: A randomized controlled trial of complicated grief group therapy. *Gerontologist*, 54(5), 840–856. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt076>
- Toth, P. L. (1997). A short-term grief and loss therapy group: Group members experiences. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 2(1), 83–103. <https://doi.org/10.1080/10811449708414407>
- Varshney, P., Prasad, G., Chandra, P. S., & Desai, G. (2021). Grief in the COVID-19 times: Are we looking at complicated grief in the future? *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(1), 70–73. <https://doi.org/10.1177/0253717620985424>
- 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 Sciences of the United States of America*, 117(30), 17695–17701. <https://doi.org/10.1073/pnas.2007476117>
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2007). Post-traumatic growth and optimism as outcomes of an internet-based intervention for complicated grief. *Cognitive*

- Behaviour Therapy*, 36(3), 156-161. <https://doi.org/10.1080/16506070701339713>
- Walsh, F. (2020). Loss and resilience in the time of COVID-19: Meaning making, hope, and transcendence. *Family Process*, 59(3), 898–911. <https://doi.org/10.1111/famp.12588>
- White, M., & Epston, D. (1990). A story therapy. In M. White & D. Epston (Eds.), *Narrative means to therapeutic ends* (1st ed., pp. 77–187). WW Norton & Company.
- Wong, P. T. P. (2020). Existential positive psychology and integrative meaning therapy. *International Review of Psychiatry*, 32(7–8), 565–578. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1814703>
- Xiu, D., Chow, A. Y. M., & Tang, S. (2020). Predictive factors for differential changes in grief symptoms following group bereavement intervention for chinese widowed older adults. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 27(3), 267–277. <https://doi.org/10.1002/cpp.2425>
- Yang, N. Y., & Lee, S. M. (2022). The development and validation of the Meaning Making in Grief Scale. *Death Studies*, 46(1), 178–188. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1725929>
- Yalom, I. D., & Lieberman, M. A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry*, 54(4), 334–345. <https://doi.org/10.1080/00332747.1991.11024563>
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: What psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67–74. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x>

## Apêndices

### Apêndice A: Protocolo de Investigação



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA



#### Consentimento Informado

O presente estudo surge no âmbito de um projeto de dissertação do Mestrado em Psicologia do Bem-Estar e Promoção da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tem como objetivo o desenvolvimento e avaliação de uma intervenção grupal baseada na teoria cognitiva-narrativa, no contexto de luto durante a pandemia de COVID-19, a ser aplicada no Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), E.P.E.

A contribuição neste projeto é estritamente voluntária, pode optar por participar ou não participar. Se escolher participar, pode interromper a sua participação em qualquer momento, sem qualquer penalização. Tudo o que for partilhado e discutido nas sessões será confidencial, sendo que tanto os participantes como a investigadora comprometem-se a não revelar o conteúdo abordado a terceiros.

Para participar neste projeto, será solicitado que preencha um questionário no início e final do mesmo. Os dados recolhidos serão estritamente confidenciais, sendo que apenas a investigadora terá acesso aos mesmos, e que serão tratados de forma totalmente anónima.

Agradeço a sua participação.

Li a informação e **aceito** participar no projeto.

Li a informação e **não aceito** participar no projeto.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Data)

\_\_\_\_\_

(Assinatura do Participante)

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

### Sexo

1. Feminino
2. Masculino
3. Outro

Idade \_\_\_\_\_

### Estado civil

1. Solteiro (a)
2. Casado (a)
3. Divorciado (a)
4. Viúvo (a)

### Grau de Escolaridade

1. 1º e 2º Ciclo
2. 3º Ciclo
3. Secundário
4. Ensino Superior

Nacionalidade \_\_\_\_\_

### Contextualização da situação de perda do indivíduo:

1. Tipo de relação com a pessoa significativa que faleceu
  - a. Familiar (avô/avó; tio (a); primo (a); pai/mãe; irmã/irmão)
  - b. Amizade
  - c. Cônjuge / Namorado (a)
  - d. Outros
2. Há quanto tempo essa morte ocorreu
  - a. 1 ano ou mais
  - b. 9 meses – 6 meses
  - c. 5 meses – 3 meses

- d. 2 meses – 1 mês
  - e. Nas últimas semanas
3. Se o indivíduo recebeu ajuda psicológica decorrente da perda
- a. Sim
  - b. Não
4. Circunstância da morte
- a. Natural, antecipada
  - b. Natural, súbita
  - c. Acidente
  - d. Homicídio ou suicídio
  - e. COVID 19
  - f. Outros

## GRIEF AND MEANING RECONSTRUCTION INVENTORY

(Gillies et al., 2014)

As afirmações seguintes referem-se a pensamentos, crenças, sentimentos, e significados que algumas pessoas em processo de luto experienciam após a sua perda. Por favor, faça um círculo à volta do número que classifica o grau em que cada uma destas experiências foi verdadeira para si na **última semana**, numa escala de 1 a 5:

- 1- Discordo fortemente  
2- Discordo  
3- Não concordo nem concordo  
4- Concordo  
5- Concordo fortemente

1. O tempo que passei com o meu ente querido foi uma bênção.	1	2	3	4	5
2. Não vejo nenhum bem que tenha vindo desta perda.	1	2	3	4	5
3. Desde esta perda, sou mais autorreflexivo(a).	1	2	3	4	5
4. Eu valorizo mais a família.	1	2	3	4	5
5. Eu irei ver o meu ente querido outra vez.	1	2	3	4	5
6. Desde esta perda, eu sinto-me mais sozinho(a) e isolado(a).	1	2	3	4	5
7. Eu consegui dar um sentido a perda.	1	2	3	4	5
8. Desde esta perda, sou uma pessoa mais forte.	1	2	3	4	5
9. Eu não consigo compreender esta perda.	1	2	3	4	5
10. Eu estava preparado para que o meu ente querido morresse.	1	2	3	4	5
11. O meu ente querido era uma boa pessoa; ele/ela viveu uma boa vida.	1	2	3	4	5
12. Eu valorizo e aprecio mais a vida.	1	2	3	4	5
13. Desde esta perda, eu mudei o meu estilo de vida para melhor.	1	2	3	4	5
14. As memórias sobre o meu ente querido trazem-me um sentimento de paz e consolo.	1	2	3	4	5
15. Esta morte trouxe paz ao meu ente querido.	1	2	3	4	5
16. Eu perdi a minha inocência.	1	2	3	4	5
17. Esta morte pôs fim ao sofrimento do meu ente querido.	1	2	3	4	5
18. Eu tenho saudades do meu ente querido.	1	2	3	4	5
19. Desde esta perda, eu faço mais esforço para ajudar outras pessoas.	1	2	3	4	5
20. Sinto-me vazio(a) e perdido(a).	1	2	3	4	5

21. Eu aprecio as memórias do meu ente querido.	1	2	3	4	5
22. Desde esta perda, eu valorizo mais a amizade e o apoio social.	1	2	3	4	5
23. O meu ente querido estava preparado para morrer.	1	2	3	4	5
24. Sempre que posso, aproveito o dia. Vivo a vida ao máximo.	1	2	3	4	5
25. Desde esta perda, sou uma pessoa mais responsável.	1	2	3	4	5
26. Eu acredito que o meu ente querido está num lugar melhor.	1	2	3	4	5
27. Sofro com arrependimentos que tenho em relação a esta perda.	1	2	3	4	5
28. Cheguei à conclusão de que a vida é curta e não nos dá garantias.	1	2	3	4	5
29. Desde esta perda, tenho procurado novos caminhos de conhecimento e aprendizagem.	1	2	3	4	5

**PG-13**

(validação portuguesa Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011).

INSTRUÇÕES DA PARTE I: Assinale a sua resposta em relação a cada item:

1. No último mês, quantas vezes sentiu saudades e a ausência da pessoa que perdeu?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

2. No último mês, quantas vezes sentiu intensa dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de angústia relacionados com a relação perdida?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

3. Relativamente às questões 1 e 2, teve essa experiência pelo menos diariamente, por um período de, pelo menos, 6 meses?

- Não
- Sim

4. No último mês, quantas vezes tentou evitar contacto com tudo o que lhe faz lembrar que a pessoa realmente faleceu?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

5. No último mês, quantas vezes se sentiu atordoado/a, chocado/a ou confuso pela sua perda?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

INSTRUÇÕES DA PARTE II: Por favor, indique com um círculo o número adequado correspondente ao que tipicamente sente em resposta a cada questão.

	Não, de todo	Ligeiramente	Razoavelmente	Bastante	Extremamente
6. Sente-se confuso/a quanto ao seu papel na vida ou sente que não sabe quem é desde a sua perda (i.e., sente que uma parte de si morreu)?	1	2	3	4	5
7. Tem tido dificuldade em aceitar a perda?	1	2	3	4	5
8. Tem tido dificuldade em confiar nos outros desde a perda?	1	2	3	4	5
9. Sente amargura pela sua perda?	1	2	3	4	5
10. Sente ainda dificuldade em continuar com a sua vida (por exemplo, fazer novos amigos, ter novos interesses)?	1	2	3	4	5
11. Sente-se emocionalmente dormente desde a sua perda?	1	2	3	4	5
12. Sente que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem significado desde a sua perda?	1	2	3	4	5

INSTRUÇÕES DA PARTE III: Assinale a sua resposta em relação a cada item.

13. Sentiu uma redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras áreas importantes (por exemplo, responsabilidades domésticas)?

\_\_\_\_\_ Não

\_\_\_\_\_ Sim

## EADH

(Snaith & Zigmond, 1994; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, et al., 2006)

Este questionário foi construído com o objetivo de ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no quadrado que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas um (X) em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto agora <input type="checkbox"/> Só um pouco <input type="checkbox"/> Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	<input type="checkbox"/> Sim e muito forte <input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige <input type="checkbox"/> De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Muito menos agora <input type="checkbox"/> Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações	<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca
6. Sinto-me animado(a)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca

8. Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo(a) (com medo), que até sinto um aperto no estômago	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Não dou a atenção que devia <input type="checkbox"/> Talvez cuide menos que antes <input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a)	<input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Não muito <input type="checkbox"/> Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Bastante menos agora <input type="checkbox"/> Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Bastantes vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou programa de rádio ou televisão	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca

## Apêndice B: Ficha de Avaliação Final Individual

Por favor, responda a cada uma das questões abaixo sendo o mais sincero(a) possível. Pretende-se, com a sua ajuda, perceber o que pode ser melhorado, no futuro, relativamente a esta intervenção terapêutica sobre o luto. Todos os aspetos que no seu entender necessitam de ser aperfeiçoados, por favor, indique-os, de forma, a que, futuramente, pacientes em processo de luto, beneficiem de uma melhor ajuda terapêutica.

**1. Pontos considerados mais positivos.**

**2. Pontos considerados mais negativos.**

**3. Pontos a melhorar.**

**4. Que ajustes deveriam ser realizados, de forma a melhorar a intervenção?**

- 5.** Recomendaria este grupo terapêutico a uma pessoa que esteja num processo de luto?  
Porquê?

- 6.** Relativamente à duração de cada sessão terapêutica, pareceu-lhe adequada? E a duração de toda a intervenção?

- 7.** Em relação às tarefas para casa, considerou que foram adequadas?

- 8.** De uma forma geral, que balanço faz deste o grupo terapêutico?

## Apêndice C: Guião da Entrevista de Avaliação Final Grupal

Agora gostaria que cada um de vocês me ajudasse a entender melhor as vossas respostas à ficha anterior. Volto a lembrar que todos os aspetos a melhorar são muito pertinentes, para que em futuras intervenções a ajuda terapêutica seja facultada da forma o mais eficaz possível.

Peço a vossa autorização para gravação em áudio da conversa em grupo, para que a análise dos dados possa ser o mais fidedignas possível. Após a transcrição da conversa, o áudio será destruído.

**T:** No vosso entender, ter ingressado neste grupo terapêutico, ajudou de alguma forma a lidar melhor com a perda do vosso ente querido?

**T:** O que consideram ter sido mais importante ou quais as mais-valias deste grupo terapêutico?

**T:** Na vossa opinião, houve algum ponto de viragem que lhes permitiu dizer que, em relação ao processo de luto, já conseguiram ter mais controlo sobre as vossas emoções e geri-las de forma mais adequada?

**T:** Agora em relação a pontos menos positivos. O que consideram que correu menos bem ou algo que poderia correr ainda melhor nesta intervenção? O que consideram que poderia ser melhorado e como?

**T:** Com os ajustes que sugeriram, que diferenças acham que ocorreriam entre o que aconteceu neste grupo, e o que iria acontecer no próximo grupo?

**T:** Na vossa opinião, os conteúdos trazidos para cada sessão foram adequados e essenciais de abordar no processo de luto?

**T:** Na vossa opinião, o número de participantes no grupo foi adequado?

**T:** Sentem que se a intervenção teve uma duração adequada no que diz respeito ao número total de sessões? Ou um número maior ou menor poderia ser, na vossa opinião, mais ajustado?

**T:** Por fim, se pudessem definir este grupo numa só palavra, que palavra escolheriam?

## Apêndice D: Estrutura Geral da Intervenção

Sessão	Objetivos da sessão	Atividades a realizar	Tarefa para casa	Duração
1 <sup>a</sup> sessão	<p><u>1<sup>a</sup> Parte</u></p> <p>→ Apresentação dos participantes.</p> <p>→ Apresentação da intervenção e os seus objetivos.</p> <p>→ Estabelecimento das regras de funcionamento de grupo (questões da confidencialidade).</p> <p><u>2<sup>a</sup> Parte</u></p> <p>→ Recordação:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descrever um episódio que faça recordar a perda com a pessoa que faleceu;</li> <li>2. Descrever um episódio que ocorreu na última semana relacionado com a perda.</li> </ol>	<p>- Atividade quebra-gelo: Receber a bola insuflável e responder a perguntas como: “quem sou eu?” e “quem eu perdi?”.</p>	<p>“A história da minha perda”: numa folha branca o paciente conta a sua história refletindo sobre pensamentos e emoções sentidas no seu processo de luto.</p>	90 min
2 <sup>a</sup> sessão	<p><u>1<sup>a</sup> Parte</u></p> <p>-Partilha do conteúdo da tarefa para casa.</p> <p><u>2<sup>a</sup> Parte</u></p> <p>→ Processamento da história da perda- Reconstrução Narrativa.</p>	<p>-Protocolo de recontagem restaurativa: tratamento de exposição prolongada para eventos de vida traumáticos, em que se apoia o paciente no relato da história da sua perda.</p>	<p>“Capítulos das nossas vidas”: paciente reflete sobre a sua narrativa de vida e desenvolve um texto autobiográfico, focando-se no índice e</p>	90 min

	<p>1. Investigar a rede de apoio e os recursos.</p> <p>→ Subjetivação emocional e cognitiva:</p> <p>1. Proporcionar maior consciência das emoções desencadeadas na narrativa.</p> <p>2. Explorar as sensações físicas experienciadas pela evocação das emoções.</p> <p>3. Analisar a componente cognitiva da narrativa, explorando a associação entre os pensamentos e as emoções evocadas.</p>		<p>organizando as suas transições de vida.</p>	
<p><b>3ª sessão</b></p>	<p><u>1ª Parte</u></p> <p>→ Partilha do conteúdo da tarefa para casa.</p> <p><u>2ª Parte</u></p> <p>→ Metaforização:</p> <p>1. Explorar diferentes significados para a narrativa através da atribuição de uma metáfora “Que título daria à capa do livro?”.</p> <p>2. Encorajar a criação de metáforas na</p>	<p>- “Que título daria à capa do livro?”.</p> <p>- “Se o seu familiar estivesse aqui, o que ele lhe diria a si?”.</p> <p>- “A minha casa depois da perda”: exercício de reflexão pedindo-se que cada paciente metaforicamente represente, como é uma casa desde a perda, do que está dentro (emoções,</p>	<p>- Trazer uma fotografia com a pessoa amada ou algo que seja significativo e relativo ao ente querido perdido.</p> <p>Correspondência ao falecido – “Olá novamente”: carta permite reabrir um sentido de contacto entre o falecido e o paciente dando-lhe a</p>	<p>90 min</p>

	<p>perspetiva de pessoas significativas “Se um familiar seu estivesse aqui, o que ele lhe diria a si?”.</p>	<p>pensamentos) e o exterior (o que as outras pessoas notam).</p>	<p>possibilidade de expressar o papel da pessoa amada na sua vida.</p>	
<p><b>4ª sessão</b></p>	<p><u>1ª Parte</u> →Partilha do conteúdo da tarefa para casa.</p> <p><u>2ª Parte</u> →Aceder ao fundo da história:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recuperar e renovar a ligação emocional com a pessoa falecida.</li> <li>2. Recuperar memórias afetivas que transmitem valores.</li> <li>3. Resolver assuntos sensíveis ou não resolvidos.</li> <li>4. Resolução de sentimentos ambivalentes sobre o processo de cura e construção de uma nova vida.</li> </ol> <p>→Ressonância.</p>	<p>-Conversas imaginárias: paciente invoca o falecido, imaginando-o curado sem sofrimento físico e psicológico, sendo capaz de oferecer uma resposta compassiva, atenciosa e construtiva.</p>	<p>-Correspondência ao falecido– “Olá novamente”: carta de resposta à anterior segundo o olhar do falecido.</p>	<p>90 min</p>
<p><b>5ª sessão</b></p>	<p><u>1ª Parte</u> →Partilha do conteúdo da tarefa para casa.</p> <p><u>2ª Parte</u></p>	<p>- Discutir sobre de que forma a nova narrativa, representa um modo de funcionamento mais adaptativo.</p>	<p>Para a promotora/terapeuta do estudo: escrever uma carta individual</p>	<p>90 min</p>

	<p>→ Procura de recursos e redes comunitárias.</p> <p>→ Projeção:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Construção e reconstrução de narrativas sobre o acontecimento.</li> <li>2. Desenvolvimento de um leque de ferramentas narrativas para a criação de significados futuros.</li> <li>3. Desenvolvimento de uma percepção mais positiva e alternativas das circunstâncias.</li> </ol>	<p>- “E agora?”: desenho de um grande coração numa cartolina, e que se ilustre a forma como cada paciente programa lidar com os sentimentos de perda futuros.</p>	<p>para cada paciente a relatar a sua evolução.</p>	
<p><b>6<sup>a</sup> sessão</b></p>	<p><u>1<sup>a</sup> Parte</u></p> <p>→ Pedir que cada paciente descreva como observou o seu processo com base em imagens evocativas fornecidas.</p> <p>→ Entrega e leitura das cartas, para enumerar o percurso de cada paciente.</p> <p>→ Rever o sumário de todas as sessões passadas, pela terapeuta.</p> <p><u>2<sup>a</sup> Parte</u></p>	<p>- Ficha de Avaliação Final Individual.</p> <p>- Entrevista de Avaliação Final Grupal.</p>		<p>90 min</p>

	→Avaliação da opinião dos pacientes sobre a intervenção realizada e sobre os progressos conseguidos.			
--	--	--	--	--