



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

O LUTO EM TEMPOS DE COVID-19: OS DESAFIOS DOS FAMILIARES ENLUTADOS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Rita Ribeiro Monteiro

Porto, julho 2021



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

O LUTO EM TEMPOS DE COVID-19: OS DESAFIOS DOS FAMILIARES ENLUTADOS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Rita Ribeiro Monteiro

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Elisa Veiga

Porto, julho 2021

Agradecimentos

“E oiço o eco da tua voz, da tua voz que nunca mais poderei ouvir. A tua voz calada para sempre. E, como se adormecesses, vejo-te fechar as pálpebras sobre os olhos que nunca mais abrirás. Os teus olhos fechados para sempre. E, de uma vez, deixas de respirar. Para sempre. Para nunca mais. Pai. Tudo o que te sobreviveu me agride. Pai. Nunca esquecerei”
(Peixoto, 2002, p.13 -14)

Porque este foi um caminho partilhado...

Apresento os meus sinceros agradecimentos...

À Professora Doutora Elisa Veiga, orientadora desta tese, pela competência, rigor e disponibilidade, que sempre acreditou em mim. Quero agradecer profundamente a sua orientação exemplar pautada por um elevado e rigoroso nível científico, um interesse permanente e fecundo, uma visão crítica e oportuna, um empenho inexcedível e saudavelmente exigente, os quais contribuíram para enriquecer, com grande dedicação, todas as etapas subjacentes ao trabalho realizado. Graças a todos os momentos de crítica construtiva, paciência e amparo encontramos-nos aqui! Espero que a minha gratidão se traduza no trabalho apresentado.

Deixo um especial obrigada a todos os Professores da FEP-UCP por todo o contributo e ensinamentos que me transmitiram ao longo destes anos.

Aos meus amigos, em especial à Ju, Isa, Pipa, Leo, Sofia, Jaime e Chico, por me fazerem sentir grata pela sua presença na minha vida e mostrarem o verdadeiro valor da palavra reciprocidade. Acredito que tudo na vida tem um momento certo para acontecer. Obrigada por terem caminhado comigo lado a lado e terem proporcionado momentos de diversão que permitiram “recarregar baterias” para continuar. Pelos desabafos, pela diversão e pelo carinho ao longo de todo o percurso, obrigada.

Ao meu querido irmão Pedro pelas palavras de incentivo e encorajamento valorizando o meu potencial, nos momentos mais difíceis.

À minha querida irmã Sofia pelo apoio e motivação diária que me ampara as quedas e festeja as minhas vitórias, que sempre acreditou em mim e nas minhas capacidades, que luta comigo todos os dias para que o hoje seja sempre melhor que o ontem, pelo amor incondicional e pela paciência que demonstra ter comigo.

Ao meu querido irmão Nuno pela compreensão, ajuda e palavras de entusiasmo constante na minha vida.

À minha querida avó Rosinha pelo exemplo de luta, força, coragem, persistência e por tudo o que representa para a minha vida.

Aos avós, tios e primas por serem o colo que aquece e que enche o coração de coisas boas e os que mais vibram com as minhas vitórias.

Aos meus pais por serem o meu modelo de luta e dedicação, incentivando-me diariamente a ser mais e melhor, dando-me coragem para voar. Pelo amor incondicional, pelo colo de sempre, mas, principalmente por serem a minha fonte de inspiração. Foram sempre o meu porto seguro nos momentos em que achava não ser capaz, em que a frustração e o desespero falavam mais alto. Obrigada por construírem comigo ferramentas importantes para o meu desenvolvimento e ajudarem a polir a minha “caixa de ferramentas”. Obrigada pelos valores transmitidos. Obrigada por aplaudirem os meus sucessos, por fazerem de mim o que sou hoje, por terem criado uma sonhadora com os pés assentes no chão. Amo-vos, sempre!

E por fim, mas não menos importante, aos familiares enlutados que partilharam a riqueza das suas vivências.

MUITO OBRIGADA A TODOS!

*“Recomeça...
Se puderes,
Sem angústia e sem pressa.
E os passos que deres,
Nesse caminho duro
Do futuro,
Dá-os em liberdade.
Enquanto não alcances
Não descanses.
De nenhum fruto queiras só metade.
E, nunca saciado,
Vai colhendo
Ilusões sucessivas no pomar.
Sempre a sonhar
E vendo,
Acordado,
O logro da aventura.
És homem, não te esqueças!
Só é tua a loucura
Onde, com lucidez, te reconheças.”*

Resumo

O contexto da pandemia trouxe novos desafios às famílias que perderam os seus entes queridos nestas circunstâncias, desde logo pelo desconhecimento da doença que estávamos a enfrentar que obrigaram a limitações no acompanhamento e despedida dos doentes infetados por COVID-19, fatores potencialmente associados a processo de luto complexo.

O objetivo deste estudo foi investigar o(s) modo(s) como os enlutados decorrentes de mortes por COVID-19 experienciam e lidam com o processo de luto. Este estudo seguiu uma metodologia qualitativa através de entrevista semiestruturada a cinco familiares que perderam os seus entes queridos durante a pandemia. O tratamento dos dados seguiu os princípios da *Grounded Theory*.

Os participantes reportaram sentimentos de surpresa, saudade, tristeza e receio de ser ou estar infetado. Os fatores facilitadores foram o acesso a informação do quadro clínico do familiar internado, o apoio dos familiares e amigos, e o apoio especializado (medicação). Os fatores dificultadores incluíram a interrupção na comunicação com o ente querido e ausência de rituais de despedida. As principais estratégias de *coping* mencionadas estavam orientadas para a ação, manutenção do vínculo, espiritualidade e expressão emocional. Os significados atribuídos à perda foram a capacidade de aceitar a realidade, manter a esperança no futuro e viver o presente.

Palavras-Chave: Processo de luto; Perda; COVID-19; Pandemia; Familiar enlutado.

Abstract

The context of the pandemic brought new challenges to families who lost their loved ones due to the lack of knowledge about the disease that they are facing, implying limitations in the monitoring and dismissal of patients infected with COVID-19, factors which potentially associated with a process of complex grief.

The aim of this study was to investigate how mourners, grieving from deaths related to COVID-19, experience and deal with the grieving process. This study followed a qualitative methodology through semi-structured interviews of five family members who lost their loved ones during the pandemic. The data processing followed the principles of *Grounded Theory*.

The participants reported feelings of surprise, longing, sadness and fear of being or becoming infected. The facilitating factors were the access to information on the hospitalized family member's clinical condition, support from family and friends, and specialized support (medication). The stressing factors included interruption in communication with the loved one and absence of farewell rituals. The main coping strategies mentioned were oriented to action, bond maintenance, spirituality and emotional expression. The meanings attributed to loss were the ability to accept reality, keep hope for the future and live in the present.

Key-words: Grief process; Loss; COVID-19; Pandemic; Bereaved family member.

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Índice de tabelas.....	vii
Índice de anexos.....	viii
Lista de abreviaturas.....	ix
Introdução.....	1
Enquadramento teórico.....	2
A vivência da morte/perda de um ente querido e o processo de luto na família.....	2
Processo de luto adaptativo.....	2
Principais modelos teóricos explicativos do processo de luto.....	3
Processo de luto desadaptativo.....	6
Fatores que influenciam o processo de luto em tempos de pandemia.....	7
Metodologia.....	12
Introdução.....	12
Amostra.....	13
Instrumentos.....	15
Procedimentos - Recolha de dados.....	15
Procedimentos - Tratamento e análise de dados.....	16
Apresentação e análise dos resultados.....	17
Considerações finais.....	26
Referências.....	28
Anexos.....	36

Índice de tabelas

Tabela 1: Caracterização dos participantes enlutados.....	13
Tabela 2: Datas e características do doente falecido.....	14

Índice de anexos

Anexo A: Questionário Sociodemográfico.....	37
Anexo B: Guião de entrevista semiestruturada.....	39
Anexo C: Sistema geral de categorias.....	42
Anexo D: Descrição do sistema de categorias.....	46

Lista de abreviaturas

COVID-19: Coronavírus 2019

DGS: Direção-Geral da Saúde

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition

ICD-11: International Classification of Diseases, 11th revision

OMS: Organização Mundial da Saúde

PLCP: Perturbação de Luto Complexo Persistente

PLP: Perturbação de Luto Prolongado

Introdução

Todas as pessoas, num determinado momento do seu ciclo de vida, confrontam-se com a perda de um ente querido. Este evento irá desencadear sofrimento emocional – processo de luto – o qual é esperado como consequência da quebra de um vínculo (Franco, 2008). O processo de luto pode ser apresentado não só em relação à perda de alguém significativo, mas também com um sentimento da perda do *self* (Carqueja, 2017). Cada pessoa lida com a angústia de forma individual, não sendo possível generalizar os seus sintomas (Walsh, 2020). No entanto, devido ao estado de pandemia, o processo de exploração da perda e a sua integração na narrativa de vida e da identidade do indivíduo enlutado, tende a ser mais doloroso e prolongado. A impossibilidade de um processo de luto adaptativo pode intensificar o sofrimento ao longo do tempo, proporcionando comportamentos desadaptados, podendo mesmo desencadear um estado de depressão e tentativa de suicídio (Crepaldi et al., 2020).

Este estudo tem como objetivo investigar o(s) modo(s) como os enlutados decorrentes de mortes por Coronavírus 2019 (COVID-19) experienciam e lidam com o processo de luto. A pertinência deste estudo reflete-se na crescente importância em compreender se a vivência do processo de luto por parte dos familiares é diferente em tempos de pandemia, assim como compreender quais as estratégias de *coping* que os familiares enlutados utilizam para lidar da melhor forma com o seu processo de luto.

A presente dissertação é constituída pelo enquadramento teórico que aborda a forma como é vivenciado o processo de luto por parte dos familiares em tempos de COVID-19, pela descrição da metodologia implementada, pela apresentação e análise qualitativa dos resultados, e pela conclusão deste estudo.

Enquadramento teórico

A vivência da morte/perda de um ente querido e o processo de luto na família

O processo de luto é um evento complexo e que desencadeia um sofrimento emocional. O termo luto deve ser utilizado para descrever a resposta emocional, cognitiva, funcional e comportamental face à perda de uma pessoa significativa (Zisook & Shear, 2009). O processo de luto define-se como uma experiência singular, que é influenciada pelas concepções e crenças do enlutado a respeito da natureza da morte (Fuchs, 2018), pela relação que o enlutado tinha com o falecido, pelas circunstâncias em que ocorreu o falecimento (Lobb et. al., 2010), e pelas próprias características do enlutado (Fuchs, 2013). Apesar do quadro de luto não ser caracterizado como uma síndrome ou doença, o impacto da morte de uma pessoa significativa pode desencadear diversas consequências psicológicas (Sassi, 2014). O processo de luto implica um confronto emocional com a realidade da perda, sendo que não é expectável que o resultado deste confronto seja a recuperação total, mas sim uma mudança (Stroebe et al., 2002). No entanto, este processo é necessário para que o enlutado consiga ultrapassar a perda e adaptar-se à nova condição de vida sem a presença do ente querido (Worden et al., 2013).

A perda de um ente querido representa um desafio de adaptação doloroso e prolongado para os familiares ao longo da sua vida (Walsh & McGoldrick, 2013). Os indivíduos não devem ser compreendidos de forma isolada, mas sim como uma parte integrante de uma família (Bowen, 1966). Num sistema familiar, a perda de uma pessoa significativa pode constituir um momento de crise, levando à necessidade de reorganização das definições que a família tinha construído acerca da sua identidade coletiva e dos seus objetivos (Walsh & McGoldrick, 1998).

O processo de luto, pode ocorrer de forma adaptativa ou desadaptativa. A definição da dicotomia entre luto adaptativo ou desadaptativo requer uma revisão do posicionamento tradicional para que se possam estabelecer as fases pelas quais o luto deveria passar. A necessidade de revisão do posicionamento é paralela à ideia de que o luto implica uma interação entre duas tendências aparentemente opostas: a necessidade de manter a proximidade com a pessoa perdida e a necessidade de desvinculação para investir noutras relações.

Processo de luto adaptativo

O luto adaptativo é um processo fisiológico e multidimensional que envolve um processo de adaptação afetiva, cognitiva, comportamental e espiritual (Selman et al., 2020; Zhai & Du, 2020). Neste sentido, o reconhecimento da realidade da perda, o processamento da dor do luto, a necessidade de novos ajustes para o mundo, e as formas de desenvolver uma conexão

duradoura com os falecidos, são processos fundamentais para que o processo de luto seja adaptativo (Gire, 2014). Arizmendi e O'Connor (2015) acrescentam que este tipo de luto engloba respostas de *coping* positivas por parte dos familiares, tais como um ajustamento à perda de forma saudável, recordação com afeto da pessoa que faleceu e capacidade de experienciar e expressar emoções positivas. Existem modelos teóricos que tentam explicar quais os fatores que contribuem para um processo de luto adaptativo, e que refletem sobre as representações sociais elaboradas em relação à vida e à morte. Neste sentido, é importante rever os modelos explicativos do processo de luto adaptativo para melhor compreender e intervir em casos de luto.

Principais modelos teóricos explicativos do processo de luto

Uma vez que a definição de “processo de luto” é complexa e individual, torna-se importante abordar as diferentes definições existentes, bem como algumas perspectivas e modelos que se têm evidenciado neste campo. Existem diversos modelos, mas os mais pertinentes são a teoria do trabalho de luto (Freud, 1917), teoria de vinculação (Bowlby, 1980), modelo das tarefas de Worden (Worden, 1998, 2009), perspectiva de Sanders (1999), perspectiva de Kübler-Ross (Kübler-Ross, 1997, 2005), perspectiva de Parkes (1998), modelo de reconstrução de significado (Gillies & Neimeyer, 2006), modelo do processo dual de lidar com o luto (Stroebe & Schut, 1999, 2010) e a revisão do modelo do processo dual (Stroebe & Schut, 2015).

No modelo centrado no indivíduo, Freud (1917) apresenta-nos a teoria “trabalho de luto”. Segundo esta teoria, existe um processo de reconhecimento da realidade, em que o processo de luto implica a desvinculação gradual do indivíduo enlutado da pessoa falecida e passa a investir em novas relações.

A teoria de vinculação de Bowlby (1980) sustenta que os tipos de vinculação (seguro ou inseguro) experienciados no contexto das relações familiares estão associados a diferentes reações à perda e decorrem em quatro fases: (1) fase de entorpecimento emocional/choque; (2) fase de saudade e protesto; (3) fase do desespero e/ou desorganização emocional; e (4) fase de reorganização emocional e aceitação/recuperação (Bowlby, 1980). Mais recentemente, outros autores têm reiterado a importância dos processos de vinculação no processo de luto adaptativo (Parkes, 1998; Stroebe & Schut, 2015).

O modelo de Freud (Freud, 1917) e a teoria da vinculação de Bowlby (Bowlby, 1980) estão relacionados uma vez que ambos assentam a leitura do impacto da perda no contexto das relações de vinculação.

Por outro lado, outros autores (Worden, 1998, 2009; Sanders, 1999; Kübler-Ross, 1997, 2005; Parkes, 1998; Gillies & Neimeyer, 2006) baseiam a compreensão do processo de luto em etapas e numa construção dinâmica da acomodação da experiência de luto.

Worden (1998) descreveu um conjunto de categorias emocionais, cognitivas e comportamentais que estão presentes no processo de luto adaptativo: (1) sentimentos (tristeza, raiva, culpa, ansiedade); (2) sensações físicas (vazio no estômago, aperto no peito, falta de energia); (3) cognições (confusão, alucinações, preocupação); e (4) comportamentos (isolamento social, perturbação do sono e de apetite). Mais tarde, usando um modelo de tarefas, Worden (2009) descreve quatro etapas que podem ser vivenciadas em simultâneo e são úteis para compreender o processo de luto: (1) aceitar a realidade da perda; (2) trabalhar as emoções e a dor da perda; (3) adaptar-se a um meio em que o falecido está ausente; e (4) realocar emocionalmente o falecido para que o enlutado possa prosseguir a sua vida. A tarefa 4 é particularmente exigente porque o enlutado se encontra frequentemente preso ao passado e tem assim dificuldade em formar novas relações.

A perspetiva de Sanders (Sanders, 1999) pressupõe a identificação de cinco fases progressivas: (1) choque; (2) consciência da perda; (3) conservação-retirada; (4) cura; e (5) renovação. Sanders (Sanders, 1999 cit.in Doka, 2006) acrescentou posteriormente uma sexta fase – (6) cumprimento - que é caracterizada por um período de realização, profundamente espiritual, que permite ao enlutado manter um senso contínuo de conexão com o falecido e integrar a perda na sua vida.

Segundo Kübler-Ross, a evolução do processo de adaptação à morte é apresentada através de cinco etapas progressivas num modelo circular (Kübler-Ross, 1997, 2005). Estas etapas experienciadas pelos familiares são: (1) negação; (2) raiva; (3) negociação; (4) depressão; e (5) aceitação (Kübler-Ross, 1997).

Em complementaridade aos modelos e perspetivas discutidos acima, Parkes (1998) defende que o luto pode ser entendido como uma transição psicossocial, que é influenciada por fatores socioculturais e crenças do indivíduo. Segundo este modelo, o processo de luto organiza-se em quatro transições psicossociais: (1) preocupação com os pensamentos da pessoa perdida; (2) repetição dolorosa da experiência de perda; (3) atribuição de significado à perda; e (4) construção de uma nova identidade.

O modelo de reconstrução de significado (Gillies & Neimeyer, 2006) tem por base um paradigma construtivista, onde o luto é visto como um processo ativo na reconstrução de significado face à perda e na adaptação a uma nova realidade, refletindo-se numa dimensão social, comportamental, psicológica e fisiológica. Segundo este modelo, existem três atividades

de reconstrução de significado que estão envolvidas no processo de luto: (1) criação de sentido; (2) descoberta de benefícios; e (3) mudança de identidade.

Por outro lado, Stroebe e Schut (1999) desconsideram os conceitos de etapas ou tarefas associadas ao processo de luto defendidos pelos modelos já descritos e, em alternativa, propõem um processo de oscilação instável. Inicialmente, o modelo dual de processar o luto proposto por Stroebe e Schut (1999) remete para a compreensão do processo de *coping* de adaptação ao luto, que oscila entre a orientação para a perda e para o restabelecimento. Este modelo pressupõe um processo dinâmico de oscilação, que deverá orientar-se para a adaptação à perda (Stroebe & Schut, 1999; Stroebe et al., 2005; Stroebe & Schut, 2010). O modelo dual do processo de luto tem-se evidenciado uma vez que permite compreender as estratégias de *coping* que devem ser adotadas (Folkman, 1997; Stroebe et al., 2006). Mais recentemente, este modelo incorporou a dimensão familiar ao processo individual (Stroebe & Schut, 2015). Relativamente ao fator stressor orientado para a perda, como etapas ao nível individual teríamos as quatro tarefas de Worden (aceitar a realidade da perda, trabalhar as emoções e a dor da perda, adaptar-se a um meio em que o falecido está ausente, e realocar emocionalmente o falecido para que o enlutado possa prosseguir a sua vida). Ao nível familiar poder-se-á mencionar a aceitação familiar, partilha da dor, ajustamento familiar e a realocação da pessoa falecida no contexto familiar (Stroebe & Schut, 2015). Relativamente ao fator stressor orientado para o restabelecimento, teríamos ao nível individual a aceitação da realidade, o aproveitamento do tempo livre da dor e da tristeza, a adaptação a um ambiente modificado, e o desenvolvimento de novos papéis, identidades e relacionamentos. Ao nível familiar, teríamos a aceitação da mudança e reorganização coletiva, que pretende reajustar os relacionamentos e papéis familiares (Stroebe & Schut, 2015). Em coerência com esta perspetiva, Walsh e McGoldrick (2013) identificaram quatro tarefas que a família deve percorrer no sentido de um processo de luto adaptativo: (1) partilha de conhecimento acerca das circunstâncias da morte e da perda; (2) partilha da experiência de perda através da comunicação aberta com apoio empático e respeito pela resposta variada ao luto das pessoas; (3) reorganização do sistema familiar, através da flexibilidade adaptativa, continuidade e coesão/conectividade no sistema familiar; e (4) reinvestir noutros relacionamentos e objetivos de vida, refletindo sobre novos planos, esperanças e sonhos. Tanto o modelo revisto de Stroebe e Schut (2015), como as tarefas de Walsh e McGoldrick (2013) e a perspetiva de Kübler-Ross (Kübler-Ross, 2005), dão maior ênfase às vivências da família no processo de luto, sendo por isso especialmente relevantes no contexto deste estudo. Atendendo à imprevisibilidade da situação; ao contexto psicossocial da pandemia (risco sanitário, risco social, risco para a saúde mental); o contexto familiar como

contexto de risco para a infecção e também como contexto protetor, devido ao facto de muitas famílias estarem a lidar com a experiência de luto em simultâneo; e as múltiplas perdas vivenciadas pelos familiares são fatores condicionantes no processo de luto que abordaremos seguidamente.

Processo de luto desadaptativo

Tendo em conta os pressupostos e características dos modelos descritos no ponto anterior, importa agora salientar os fatores que podem contribuir para um processo de luto desadaptativo. O processo de luto desadaptativo é caracterizado pela existência de um sentimento de intensa saudade pela pessoa que faleceu e a ocorrência de sentimentos intrusivos e recorrentes sobre a ausência dessa pessoa. Estes sentimentos comprometem, por exemplo, a construção de novas relações interpessoais e a participação em atividades do quotidiano (Boerner & Schulz, 2009). As características mais frequentemente associadas a um quadro de luto desadaptativo são a saudade intensa, a descrença relativamente à perda, a raiva, a tristeza, a solidão, e a preocupação pela pessoa falecida (Shear et al., 2005; Shear, 2015). Todas estas características, isoladas ou concomitantemente, podem potenciar um quadro de imagens e pensamentos intrusivos relacionados com a pessoa falecida (Shear, 2015). O processo de luto desadaptativo pode também ocorrer quando as circunstâncias e/ou consequências da perda são anómalas. Nestes casos, surgem outros sinais e sintomas que agravam o estado de saúde, incluindo a perda de peso, o aumento de doenças e o comprometimento funcional (Shear et al., 2013).

Existem várias formas de caracterizar e sinalizar o luto desadaptativo, as quais se suportam essencialmente no tipo de relacionamento com o falecido, nas emoções associadas ao processo de luto e no tempo decorrido desde o início do processo de luto.

O luto desadaptativo pode também ser definido como luto complicado, onde estão presentes: (1) falta de sentido na vida; (2) intensa tristeza associada ao afastamento das relações sociais; (3) recorrência de pensamentos invasivos sobre o falecido; e (4) alterações no humor gerando manifestações eufóricas (raiva excessiva, ansiedade) ou melancólicas (culpa e vergonha) (Crepaldi et al, 2020; Hamilton, 2016; Selman et al., 2020).

Dentro do modelo de luto desadaptativo, este pode ser classificado como perturbação de luto prolongado (PLP), de acordo com o *International Classification of Diseases* (ICD-11, 11th revision, World Health Organization [WHO], 2019); e como perturbação de luto complexo persistente (PLCP), de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-V* (American Psychiatric Association, 2014). Segundo o ICD-11 (ICD-11, 11th revision,

WHO, 2019), para que seja diagnosticada uma PLP é necessário que estejam presentes manifestações persistentes de luto durante pelo menos 6 meses desde a morte do falecido, associadas a intensa dor emocional (*e.g.*, culpa, negação, tristeza), disfunção social, ocupacional ou noutras áreas importantes de funcionamento. Quando os sintomas subsistem para além dos 12 meses, é diagnosticada uma PLCP (American Psychiatric Association, 2014), que realça a dimensão patológica do luto e a necessidade de intervenção clínica adequada e especializada (Jordan & Litz, 2014).

Vários autores identificaram diversos fatores de risco para o processo de luto desadaptativo. Esses fatores são, a relação com a pessoa falecida (Bowlby, 1980; Worden, 2009; Parkes, 1998); a idade e género da pessoa enlutada (Bowlby, 1980; Parkes, 1998; Stroebe et al., 2001); as causas e/ou circunstâncias da morte (mortes violentas, súbitas, traumáticas, associadas ou não a fatores de stress secundários, tais como as que ocorrem em desastres naturais, e que tendem a acontecer sem uma preparação prévia das pessoas, minimizando assim a hipótese de uma despedida adequada); a natureza do ambiente (limitação de recursos hospitalares para todos os que procuram serviços de saúde devido a necessidade concomitante de equipamentos ou apoio especializado, como também os elevados custos associados e a redução de conversas sobre o fim da vida) (Bowlby, 1980; Worden, 2009; Parkes 1998; Sanders, 1988; Holland & Neymeyer, 2010; Walsh & McGoldrick, 2013; Maylan et al., 2020); a falta de suporte social (Sanders, 1988); a personalidade preexistente do indivíduo em luto; a predisposição genética; a espiritualidade e o número de perdas (Bonanno & Kaltman, 2001; Zisook & Shear, 2009). Existem várias estratégias de *coping* ruminativas ou evitantes que estão presentes nos indivíduos mais vulneráveis e que também predispõe a um luto desadaptativo (Roberts et al., 2017).

A crise pandémica vem reforçar o risco de um processo de luto desadaptativo na medida em que por um lado, as pessoas estão mais vulneráveis para o desenvolvimento de problemas de saúde mental (*e.g.* depressão, ansiedade) e simultaneamente, porque o contexto da perda é absolutamente anómalo (Eisma et al., 2020; Mortazavi et al., 2020). Nesta linha, iremos apresentar com mais detalhe no próximo capítulo quais são os fatores que influenciam o processo de luto em tempos de pandemia.

Fatores que influenciam o processo de luto em tempos de pandemia

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou oficialmente o surto de COVID-19 como uma pandemia (WHO, 2020). Esta pandemia levou à declaração de emergência de saúde em diversos países e resultou na obrigação decorrente das

medidas de confinamento implementadas (Jernigan, 2020; Prem et al., 2020; Qiu et al., 2020). Estes acontecimentos forçaram as pessoas a ajustar o seu estilo de vida e a sua rotina, resultando num importante impacto socioeconómico e emocional, mas também afetando os processos de luto e a forma como é enfrentada a morte (Aguilar et al., 2020).

Os dois primeiros casos de infeção por COVID-19 no território português foram confirmados a 2 de março de 2020 e a primeira morte viria a ocorrer duas semanas depois, no dia 16 de março (Campos & Lins, 2020). A região Norte do país foi inicialmente a região mais afetada pela doença, e chegou a ser considerada a possibilidade de implementar um cordão sanitário na região metropolitana do Porto, que é o segundo maior adensamento populacional do país, onde vivem mais de 1,6 milhões de pessoas (Campos & Lins, 2020; Gomes et al., 2020). Os números de casos infetados justificavam a preocupação das autoridades de saúde pública, uma vez que apenas seis concelhos do distrito do Porto (Porto, Vila Nova de Gaia, Maia, Matosinhos, Gondomar e Valongo) somavam mais de um terço do total de casos confirmados de COVID-19 em todo o país (Gomes et al., 2020). Até ao dia 18 de junho de 2021, foi registado em Portugal um total de 862.926 infetados e 17.061 mortes devido à infeção pela doença COVID-19 (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021).

Devido ao estado pandémico, assistimos a uma atualização permanente do impacto de uma doença desconhecida e extremamente ameaçadora, refletida no número de mortes diárias. A perda e o risco da perda de entes queridos em situação imprevisível e para a qual a impotência é evidente, assume protagonismo. A ênfase nas questões acerca da morte através dos meios de comunicação social ou do próprio diálogo com os outros, acaba por criar uma discussão permanente sobre a morte (Gabriel & Paulino, 2020), e a ansiedade e depressão emergem, levando a um maior risco de luto complicado (Ho et al., 2020; Mayland et al., 2020).

No período da hospitalização, os fatores que nestas circunstâncias podem levar a um luto desadaptativo incluem: (1) gravidade da doença (início agudo ou gradual); (2) curso da doença (em situações mais graves é imprevisível e rápida); (3) resultado (fatal ou não fatal); (4) tipo e grau de deficiências ou outras complicações; e (5) o nível de incerteza acerca da trajetória da doença (quando o infetado entra no hospital, perde-se a perceção da gravidade da doença, e de que forma vai evoluir) (Rolland, 2020).

Durante a hospitalização do familiar infetado, existe um elevado risco de contágio. Este fator dificulta o processo de luto pois, sendo uma ameaça oculta, nem sempre se sabe quem poderá estar infetado, ou se podemos estar a infetar os outros, resultando assim em sentimentos de incerteza e culpabilidade (Nascimento et al., 2020). Num contexto de pandemia, o afastamento da pessoa hospitalizada dos seus familiares deve ser garantido, pelo que os serviços

de saúde limitam as visitas aos doentes contaminados com COVID-19. Este constitui, igualmente um fator de risco para um luto desadaptativo (Moore et al., 2020).

A comunicação entre o doente e os seus familiares, e a possibilidade de acompanhar o processo de doença tornou-se dependente da mediação de terceiros (profissionais de saúde). No entanto, dadas as circunstâncias, os profissionais de saúde estão sobrecarregados devido a longas jornadas de trabalho e às difíceis tomadas de decisões, condicionando a sua disponibilidade para apoiar na comunicação (Prado et al., 2020). Por outro lado, o contacto ininterrupto com as notícias que reportam o crescente número de mortes pode também contribuir para a insegurança nos cuidados de saúde prestados, fatores de risco para um processo de luto mais difícil (Gabriel & Paulino, 2020). Todos estes fatores predispõem a um luto antecipatório que integra um sofrimento prolongado e, frequentemente, uma ansiedade intensa que controla o quotidiano do indivíduo (Gabriel & Paulino, 2020).

Dada a instabilidade do curso da doença, a morte pode ainda ocorrer durante o período de recuperação da infeção da COVID-19, em que os sintomas se encontravam em remissão. Nestes casos, os familiares e pessoas amigas são surpreendidos pela perda e não dispõem de recursos emocionais para gerir a dor (Gabriel & Paulino, 2020; Pattison, 2020). Para além disso, nas situações em que a perda é inesperada, há um maior risco de não existir um momento de despedida e uma tendência para recorrer a mecanismos disfuncionais para gerir as dificuldades de adaptação à perda (Pattison, 2020). A morte inesperada pode dificultar a adaptação à nova realidade (Aguilar et al., 2020), e até mesmo sentimentos de terror face à possibilidade de uma nova perda.

Após a morte da pessoa hospitalizada, existem vários fatores de risco sociodemográficos que podem igualmente contribuir para um processo de luto desadaptativo por parte dos familiares, desde logo a maior vulnerabilidade da população para outros problemas de saúde mental. Segundo um estudo recente de Paulino e colaboradores (2021) realizado em março de 2020, devido à COVID-19, em Portugal, dos 10.529 participantes (média de 31 anos de idade, sendo que 83% eram mulheres), 11.7% desenvolveram depressão, 16.9% ansiedade e 5.6% stress. Foram considerados ainda como fatores de risco para estes problemas o sexo feminino, estar desempregado, baixo nível escolar, residentes em áreas rurais, sintomas de gripe ou doenças crónicas (Paulino et al., 2021).

As medidas de proteção do COVID-19 criaram um cenário pós-morte desafiante. Devido à pandemia, a identificação do cadáver é realizada de forma totalmente remota (Aguilar et al., 2020), e esta situação tem uma influência negativa na evolução do luto (Bowlby, 1980; Cardoso et al., 2020; Worden, 2009). Os funerais e sepultamentos foram constantemente

adiados ou realizados à distância, com a presença de 10 pessoas no máximo (Lei nº2-B/2020 de 2 de abril de 2020; Observador, 2020), sendo necessário minimizar as interações sociais durante as cerimónias. Em alguns casos, o corpo foi “obrigatoriamente” cremado por motivos sanitários, e em outros casos, o caixão teve de permanecer fechado durante o funeral (Aguiar et al., 2020). Porém, em fevereiro de 2021, esta situação passou a ser contornável, podendo permanecer aberto por alguns instantes (Maia, 2021). Todos estes fatores limitam a possibilidade dos familiares e entes queridos se despedirem, prestarem homenagem ao falecido, e realizarem os rituais fúnebres (Cardoso et al., 2020; Moore et al., 2020; Oliveira et al., 2020; Wallace et al., 2020). Nestes casos em que a pessoa é impedida de estar presente, o que contribui para uma ausência ou défice de apoios coletivos aos enlutados, sejam eles físicos ou espirituais, aumentando o risco de serem desenvolvidos sentimentos de culpa por não estar presente e de abandono por não poder contar com o suporte da sua rede social formal e informal (Gabriel & Paulino, 2020). Todos estes fatores contribuem para o desenvolvimento de um luto desadaptativo (Aguiar et al., 2020; Galbadage et al., 2020).

As circunstâncias das inúmeras perdas originadas pelo COVID-19, dificultaram a disponibilidade da população em prestar apoio àqueles que sofrem a perda de uma pessoa próxima (Gabriel & Paulino, 2020). A redução do apoio social, que associado ao medo do diálogo acerca da morte, propiciou o silêncio e a distância entre os familiares e entes queridos que enfrentam sofrimento da pessoa em luto (Zhai & Du, 2020). O isolamento dentro da própria casa, que foi intensificado com o estado de emergência, pode também aumentar o risco de luto desadaptativo. Este facto pode agravar os sentimentos de dor e solidão, uma vez que os membros da família estão impossibilitados de uma partilha de interajuda na gestão do sofrimento (Gabriel & Paulino, 2020).

Existem ainda outros fatores emocionais associados a mortes relacionadas com o COVID-19 que podem desencadear um processo de luto desadaptativo. Devido à pandemia, pode existir uma incapacidade em atribuir um significado à perda, associando-se à presença de sentimentos de injustiça e impotência, como também a emoções como a raiva, a revolta e culpa, o que dificultam a que o processo de luto se torne mais adaptativo (Davis et al., 2007; Gabriel & Paulino, 2020; Yang & Lee, 2020). Para além disso, a pessoa que faleceu poderia ser a principal fonte de segurança e serenidade, colocando o indivíduo enlutado numa situação de total desamparo (Gabriel & Paulino, 2020) e com dificuldade em gerir as expectativas em relação ao futuro (Zhai & Du, 2020).

As experiências dolorosas que estão a ser vividas durante esta pandemia irão exigir resiliência, tempo e uma reflexão partilhada para a construção de significado,

questionando-se antigas suposições e lutando com uma concepção fundamentalmente alterada de nós mesmos e das nossas interconexões com os outros (Walsh, 2020). Do ponto de vista sistémico, a pandemia e a nossa subsequente resposta irão gerar reverberações que não podemos prever ou controlar. Dominar estes desafios irá exigir uma grande sabedoria e humanidade no decorrer dos próximos meses e anos (Walsh, 2020).

Metodologia

Introdução

A pandemia por COVID-19 tem originado uma incidência anormal de mortes e consequentemente uma crescente prevalência de indivíduos e famílias enlutadas. Tal como exposto anteriormente, as características inerentes ao medo, internamento e morte por COVID-19 dificultam o processo de luto e constituem vários fatores de risco para um processo de luto desadaptativo. Neste sentido, torna-se fulcral compreender o processo de luto da população portuguesa face à pandemia.

O presente estudo tem como objetivo geral, investigar o(s) modo(s) como os enlutados decorrentes de mortes por COVID-19 experienciam e lidam com o processo de luto. Neste enquadramento, foi realizado um estudo observacional, descritivo e qualitativo, com uma abordagem naturalista e interpretativa. Esta abordagem permite compreender de forma mais aprofundada os sentimentos e vivências de cada pessoa, e dar primazia à sua experiência subjetiva como fonte de conhecimento, privilegiando os seus significados (Almeida & Freire, 2008; Brandão et al., 2017; Fernandes & Maia, 2001; Ritchie & Lewis, 2003). Para este fim, foi realizada uma entrevista semiestruturada, que tem como finalidade recolher interpretações objetivas, fiéis e válidas, e tenta captar o ponto de vista individual, onde o investigador participa, compreende e interpreta (Chizzotti, 2018; Fernandes & Maia, 2001). O potencial da entrevista semiestruturada está associado à sua natureza flexível, que se reflete na liberdade em que o entrevistado pode espontaneamente expressar a sua perspetiva (Seidman, 2006), possibilitando ao investigador uma exploração mais aprofundada do conteúdo (Fontana & Frey, 1994). A entrevista é um dos métodos de recolha de dados mais utilizados na investigação qualitativa, pois facilita a obtenção de informação detalhada (Hood, 2009). Neste sentido, considerando os objetivos deste estudo, a entrevista semiestruturada é o método de recolha de dados mais adequado.

No que diz respeito aos objetivos específicos deste estudo, estes visam:

- (1) Explorar a perceção dos familiares acerca do impacto psicológico decorrente da perda do seu ente querido por COVID 19, em contexto pandémico;
- (2) Identificar os fatores que os indivíduos descrevem como facilitadores do processo de luto;
- (3) Averiguar quais os fatores stressores/dificultadores mais significativos que os enlutados identificam no seu processo de luto e que poderão prenunciar um processo de luto complicado;

- (4) Identificar as estratégias de *coping* utilizadas e qual a percepção da sua eficácia;
- (5) Explorar os significados que os indivíduos atribuem à perda do seu ente querido.

Amostra

A amostra deste estudo é de conveniência e intencional, dado que cada membro da população não tem a mesma probabilidade de vir a pertencer a esta amostra. Como critérios de inclusão foram considerados os enlutados (com idade igual ou superior a 18) cujos familiares foram seguidos num Hospital do Norte do país com diagnóstico de COVID-19. Foram excluídos todos os indivíduos com problemas de compreensão ou de expressão verbal, seja por debilidade intelectual ou demência.

O recrutamento da amostra foi realizado com o apoio do calendário das consultas de luto por COVID 19 que são realizadas num Hospital do Norte do país. A partir deste calendário, procedeu-se ao contacto telefónico, onde se explicou o objetivo principal do estudo e se convidou os indivíduos a integrar o estudo.

A tabela 1 descreve os dados sociodemográficos dos participantes incluídos no estudo, bem como se estes já foram previamente diagnosticados com COVID-19. A tabela 2 apresenta as datas e características da morte do doente falecido.

Tabela 1

Caracterização dos participantes enlutados

P	Sexo	Idade	Escola- ridade	Profissão	Área de residência	Nº convi- ventes (antes da morte)	Com quem vive atual- mente	Diagnostico de COVID- 19. Se sim, onde e quando
P1	F	N.R.	N.R.	Reformada	Ermesinde	3 (P1, marido e sobrinho)	Sobrinho	Sim, domicílio. 22/05/2020
P2	M	56 anos	12º ano	Vigilante	Campanhã (Porto)	2 (P2 e mãe)	Sozinho	Sim, domicílio. Positivo a 18/04/2020 e

negativo a
07/05/2020

P3	M	62 anos	12º ano	Assistente operacional	Alfena (Valongo)	3 (P3, marido e mãe)	Esposa	Sim, domicílio. Positivo a 08/04/2020 e negativo a 15/05/2020
P4	F	64 anos	4ª classe	Trabalhos de costura	Vila das Aves, S. Tirso	2 (P4 e marido)	Sozinha	Sim, domicílio. Positivo a 05/04/2020 e negativo a 05/2020
P5	F	69 anos	Bacharel de Letras	Contabilista	S. Cosme, Gondomar	2 (P5 e marido)	Sozinha	Sim, domicílio. Positivo a 23/03/2020 e negativo a 15/05/2020

Legenda: P – Participante; F – Feminino; M – Masculino; N.R. – Não reportado.

Tabela 2

Datas e características do doente falecido

Participantes	Diagnosticado com COVID- 19 quando	Data da morte	Local da morte	Se internado (tempo de internamento)
P1	23/03/2020	30/03/2020	Hospital	7 dias

P2	08/04/2020	15/05/2020	Hospital	Primeiro internamento- 16 dias e segundo internamento- 10 dias.
P3	06/04/2020	10/04/2020	Hospital	3 a 4 dias de internamento
P4	20/03/2020	17/04/2020	Hospital	3 semanas
P5	21/03/2020	02/04/2020	Hospital	7 dias

Instrumentos

Para a recolha de dados, usaram-se dois instrumentos:

1. Questionário sociodemográfico visando a caracterização genérica e sociocultural do enlutado, assim como a caracterização genérica relacionada com dados do doente falecido (Anexo A).
2. Guião de entrevista, que apresenta os seguintes domínios de exploração: (1) compreensão da real situação clínica; (2) vivência da progressão da doença (internamento); (3) contextualização da morte; (4) o luto no presente e (5) crenças em relação ao futuro (Anexo B).

Procedimentos - Recolha de dados

Após sinalização ao Serviço de Psicologia, o enlutado foi contactado pelo psicólogo responsável pelo seu acompanhamento (de acordo com os procedimentos já praticados no Hospital). Depois de verificada a disponibilidade de cada entrevistado, foi marcada a data e horário mais conveniente para a realização das entrevistas semiestruturadas. Antes da entrevista, foi obtido o consentimento informado. As entrevistas realizaram-se através de contacto telefónico, e as respostas dos participantes foram exaustivamente registadas pelo entrevistador. Primeiramente foi realizado o questionário sociodemográfico e, posteriormente, a entrevista ao enlutado. Todos os dados foram recolhidos entre 1 semana a 2 meses após a morte. Prevê-se novo contacto com o enlutado que será novamente entrevistado, após 6 a 12 meses, com o mesmo guião (pontos IV e V) e com avaliação da PLP (segundo a norma da DGS nº 003/2019 de 23 de abril de 2019).

Uma vez que este estudo envolve seres humanos, foram cumpridos todos os princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana, sem riscos ou inconvenientes pela

participação no estudo de investigação. Foram ainda assegurados os princípios de igualdade, da autonomia, da beneficência e não maleficência e da justiça e equidade, tendo em conta a declaração de Helsinquia de 2013 (World Medical Association, 2013). Todos os dados foram tratados de forma anónima para assegurar todas as questões éticas e de confidencialidade.

Procedimentos - Tratamento e análise de dados

O investigador considerou os registos das entrevistas elaboradas pelo clínico que as realizou. Durante esta análise inicial, realizou-se uma leitura flutuante que permitiu identificar a diversidade e abrangência dos conteúdos e dar início ao processo de codificação. Este processo de análise semi-indutiva dos dados foi orientado pelos princípios da *Grounded Theory*. Este método tem como objetivo a análise sistemática e rigorosa dos conteúdos emergentes dos dados (Corbin & Strauss, 1990; Fernandes & Maia, 2001). Acrescenta-se ainda que esta teoria emergente dos dados proporciona o desenvolvimento da sensibilidade teórica, de modo a criar abertura para desafiar os próprios pressupostos, aprofundar a experiência e procurar para além da literatura (Corbin & Strauss, 1990; Fernandes & Maia, 2001). Estes princípios são coerentes com a natureza exploratória do nosso estudo. A *Grounded Theory* preocupa-se em controlar o ponto de vista individual e compreender a experiência e construção de significados (Corbin & Strauss, 1990; Fernandes & Maia, 2001). Num primeiro momento, foi utilizado o procedimento de codificação aberta, que consiste na decomposição dos dados brutos em unidades de registo, na sua análise, e comparação constante. A conceptualização e categorização dos dados conduz à criação de categorias, para que seja possível estabelecer relações de similaridade entre conceitos que parecem estar associados ao mesmo fenómeno (Fernandes & Maia, 2001; Saldaña, 2015). A comparação constante dos dados ao longo deste processo de análise, permite a construção de conhecimento progressivo e dinâmico (LaRossa, 2005; Saldaña, 2015). Na fase seguinte, procedeu-se à codificação axial, que consiste na reorganização dos dados já conceptualizados, através do estabelecimento de ligações entre as categorias, e as relações de similaridade estabelecidas anteriormente (ver Anexos C e D) (Fernandes & Maia, 2001; Saldaña, 2015).

Com o objetivo de dotar o processo de um maior rigor e facilidade de análise, a análise foi apoiada pelo software NVivo 11.

Apresentação e análise dos resultados

Seguidamente serão apresentados e analisados os resultados deste estudo. Nesse sentido foram consideradas as categorias e subcategorias pertinentes (**a negrito**) em concordância com os objetivos específicos formulados (a sublinhado). As informações relativas à identificação dos participantes e ao número de referências em cada categoria e subcategoria emergente, serão apresentadas dentro de parênteses. Será ainda discutida a literatura científica que seja relevante aos resultados apresentados.

Impacto Psicológico

Com o objetivo de explorar a percepção dos familiares acerca do impacto psicológico decorrente da perda do seu ente querido por COVID 19, em contexto pandémico, verificamos que a maior parte dos participantes identificaram uma resposta emocional negativa no **momento imediato** à perda. Neste período, todos os participantes relataram sentimento de **surpresa** (P1,P2,P3,P4,P5/7ref.) (e.g.“...nunca pensei que as coisas acontecessem desta forma”(P1)). Nestes testemunhos foram ainda mencionadas outras respostas emocionais negativas: **sufoco** (P2,P5/2ref.) (e.g.“Foi um sufoco”(P2)); **tristeza** (P1/1ref.) (e.g.“Por um lado, fiquei bastante triste”); **pânico** (P5/1ref.) (e.g.“...entretanto eu entrei em pânico...”); **desespero** (P1/1ref.) (e.g.“Eu julguei que a minha vida ia desabar...”); e **choque** (P3/1ref.) (e.g.“Eu fiquei em choque, pois não contava que tudo acontecesse daquela forma...”). Contudo, dois dos participantes demonstraram uma resposta emocional positiva congruente com o **conformismo** (P2,P4/2ref.) (e.g.“...mas, de certa forma, já estava preparado. A minha mãe tinha muitos problemas de saúde”(P2)).

No período a **longo prazo**, dado que os testemunhos convocavam a experiência desde a perda, os participantes reportaram, maioritariamente, respostas emocionais negativas: **saudade** (P1,P2,P3,P4/6ref.) (e.g.“Quando estou em casa, o facto de ter de passar no quarto dela e não a ver, é muito duro.”(P2)); **tristeza** (P3,P4,P5/4ref.) (e.g.“Eu sinto muita tristeza...é muito difícil”(P5)); **revolta e raiva** (P1,P5/3ref.) (e.g.“Eu sinto muita revolta e raiva”(P1)); **aborrecimento** (P1/1ref.) (e.g.“... mas sinto-me sem paciência, tudo me aborrece...”); **aperto no peito** (P2/1ref.) (e.g.“Sim, tenho um aperto no peito”); **desconfiança** (P1/1ref.) (e.g.“...os pertences do meu marido nunca apareceram...e fiquei muito desconfiada. Se calhar confundiram o meu marido com outra pessoa e ele não está morto, a minha filha despediu-se, mas depois não o viu mais...”); **dor extrema** (P1/1ref.) (e.g.“Eu já tive outras perdas, mas como esta não...eu e o meu marido não tínhamos uma relação perfeita, mas perdê-lo é uma dor muito

forte”); **sistema nervoso alterado** (P1/1ref.) (e.g. “Com o COVID-19, para além de todas as perdas, o meu sistema nervoso ficou alterado”). Vários participantes também mencionaram outros tipos de impactos a **longo prazo** do seu familiar, nomeadamente: **receio de ser ou estar infetado** (P1,P2,P3,P5/8ref.) (e.g. “Preocupa-me muito o COVID-19, pelo meu neto e as minhas filhas. Peço sempre para terem muito cuidado”(P2)); **limitação da atividade** (P1,P5/4ref.) (e.g. “As minhas principais preocupações prendem-se com o vírus, não sei quando vamos poder voltar a conviver livres do vírus, nem sei como vai ser com a gripe sazonal, preocupa-me pensar no inverno sozinha (...) agora vou evitar sair...” (P5)); e o **receio pelas implicações da pandemia** (P4/1ref.) (e.g. “Tenho medo pela economia, pelos meus filhos, pelos meus netos e pela situação do vírus”).

Importa realçar que a **tristeza** foi a resposta emocional negativa que esteve presente quer no **imediato** do conhecimento da morte, quer no período que caracteriza o início do processo de luto, o que reflete a sua continuidade. Dentro das respostas emocionais **imediatas**, a **surpresa** foi relatada por todos os participantes. A morte pode ocorrer de uma forma inesperada, ou até mesmo durante o período de recuperação da infeção da COVID-19, em que os sintomas se encontravam em remissão. Em ambos os casos, os familiares e pessoas amigas são surpreendidos pela perda e não dispõem de recursos emocionais para gerir a dor (Gabriel & Paulino, 2020; Pattison, 2020). O **choque** foi referido por um participante, emoção que vai de encontro com a literatura, pois esta resposta foi identificada num período **imediato** do processo de luto dos nossos participantes, onde os sintomas de negação e inércia estão presentes (Bowlby, 1980; Sanders, 1999; Worden, 1998). O **conformismo**, que esteve presente no **imediato**, pode ser explicado pelos modelos teóricos de Bowlby (1980) e Kübler-Ross (1997), que o associam à fase de reorganização emocional e aceitação/recuperação.

Já no **período a longo prazo**, as respostas emocionais negativas mais prevalentes foram a **saudade** (referida por quatro participantes), a **tristeza** (mencionado por três participantes), a **raiva** e **revolta** (referidos por dois participantes). Muitas destas respostas emocionais negativas (tais como, **saudade intensa**, **raiva** e **tristeza**) foram identificadas como fatores de risco para um processo de luto desadaptativo (Shear et al., 2005; Shear, 2015) e podem mesmo levar a um luto complicado (Crepaldi et al, 2020; Hamilton, 2016; Selman et al., 2020). Estas emoções são consideradas pelo modelo de Worden (1998) e Kübler-Ross (1997) como sentimentos normativos durante o processo de luto. Segundo Stroebe e colaboradores (1993), a dimensão emocional pode também ser caracterizada por diferentes reações negativas, muitas das quais expressadas pelos participantes deste estudo, tais como: **raiva**, **saudade** e **tristeza**. Outras respostas emocionais reportadas pelos participantes a **longo prazo** foram: o **aperto no peito**,

que segundo Worden (1998) faz parte das sensações físicas normativas no processo de luto. Segundo Bowlby (1980), a fase de **saudade** e **protesto** fazem parte do processo de luto adaptativo. Por outro lado, Boerner e Shulz (2009) referem que a existência de uma grande **saudade** pela pessoa que faleceu, e a ocorrência de sentimentos intrusivos e recorrentes acerca da ausência dessa mesma pessoa, podem condicionar o desenvolvimento de um luto adaptativo e impedir a construção de novas relações interpessoais e a participação em atividades do cotidiano. Algumas respostas psicológicas negativas, tais como **aborrecimento**, **aperto no peito**, **desconfiança**, **dor extrema** e **sistema nervoso alterado** foram apenas mencionadas por um dos participantes, o que reflete a natureza individual do processo de luto (Fuchs, 2018), o qual é influenciado pelas circunstâncias do falecimento (Lobb et. al., 2010), e pelas características individuais do enlutado (Fuchs, 2013).

Dado o contexto da pandemia, é importante considerar o impacto ao nível da **limitação da atividade e o receio de ser ou estar infetado** (mais presente no momento a **longo prazo**). Estas circunstâncias conduziram ao isolamento social, aumentando o risco de um processo de luto desadaptativo (Bowlby, 1980; Gabriel & Paulino, 2020; Worden, 2009).

Considerando os resultados obtidos, compreende-se que o processo de luto devido a uma morte inesperada em contexto pandémico, é uma característica marcante que pode dificultar a adaptação a esta nova realidade (Aguiar et al., 2020). Em casos de COVID-19, a evolução da doença é rápida e a morte inesperada, constituindo uma **surpresa** para familiares e pessoas amigas, os quais não estão preparados para gerir a dor (Pattison, 2020), e pode mesmo provocar sentimentos de terror face a uma nova perda. A **surpresa** poderá, neste contexto, desencadear um luto desadaptativo (Sanders, 1988). Apesar dos familiares enlutados terem identificado respostas emocionais positivas a **longo prazo**, as respostas emocionais negativas foram muito mais prevalentes, o que sugere que o sofrimento profundo destes familiares se pode prolongar no tempo, podendo ultrapassar o período considerado normativo para a resolução de um processo de luto (Jordan & Litz, 2014), e assim originar um PLP, ou até mesmo um PLCP.

Facilitadores do processo de luto

Com o objetivo de identificar os fatores que os indivíduos descrevem como facilitadores do processo de luto, consideramos que as circunstâncias específicas do período da pandemia exigiam uma diferenciação clara entre o momento de **internamento** do seu familiar, e o **pós-morte**. Assim, os participantes mencionaram vários facilitadores do processo de luto durante o **internamento**, tais como: **apoio especializado fornecendo informação** (P2,P4,P5/10ref.)

(e.g. “Eles ligaram-me muitas vezes do hospital, pois através do número que me deram é que eu consegui saber novidades e quando caía a chamada, eles ligavam-me de volta...eu tinha que saber como ele estava”(P4)); **contacto com o familiar** (P4,P5/2ref.) (e.g. “Quando ele esteve melhor, já tinha número direto para falar e aí era sempre mais fácil para falar com ele”(P4)); e **apoio especializado facilitando a comunicação** (P2/1ref.) (e.g. “Sim consegui falar com ela e, na última noite antes da sua morte, foi determinante um telefonema da Enfermeira M. que me deixou falar com ela, levou o tablet para o seu lado e eu falei com a minha mãe, foi muito importante para mim”).

Os facilitadores do processo de luto no **pós-morte** relatados pelos participantes incidiram essencialmente em quatro características: **apoio dos familiares e amigos** (P1,P2, P4,P5/6ref.) (e.g. “Eu tenho recebido bastante apoio dos meus filhos, do meu sobrinho, ele de vez em quando faz um chá e tomamos juntos, eu tenho tido muito apoio do meu irmão e cunhada de Mafra”(P1)); **apoio especializado – medicação**, referido por quatro participantes (P1,P2,P3,P5/5ref.) (e.g. “Já tomava...mas tive que reforçar depois da morte, pois eu tenho alguns problemas de sono, tenho noites que durmo muito pouco...e é tudo muito difícil...”(P5)); **possibilidade de despedida** (P4,P5/3ref.) (e.g. “Eu despedi-me dele, quando ele foi daqui e eu desconfiei que não o ia ver mais...já me tinha despedido dele...embora ele não tivesse consciência...”(P4)); e o **apoio informal** (P5/1ref.) (e.g. “...todos se preocuparam para que os médicos resolvessem todo o processo e rápido.....e pela consideração que têm pela minha filha, mandaram os bombeiros da proteção civil para receberem o meu marido e o levaram até ao cemitério...”).

Durante a pandemia, a **informação** acerca da condição clínica do familiar internado e a **comunicação** direta entre o doente e os seus familiares ficaram afetadas, ficando dependente da comunicação através de terceiros (profissionais de saúde). Os profissionais de saúde estavam já sobrecarregados, o que condicionou ainda mais o potencial de comunicação (Prado et al., 2020). Neste sentido, o **contacto com a família** (período de **internamento**, referido por dois participantes) e o **apoio dos familiares e amigos** (período **pós-morte**, referido por todos os participantes) foram identificados como fatores facilitadores, o que é congruente com a literatura (Barreto & Soler, 2008). Nesta perspetiva, o **apoio prestado pela família** no período **pós-morte**, não pode ser desvinculado da influência positiva que a resiliência desempenha no processo de luto destes participantes (Walsh, 2003). As respostas dos participantes permitem reconhecer a rede de suporte (**amigos e família**) como um fator facilitador para exprimirem as suas emoções. Embora exista um isolamento físico, os participantes reconhecem e valorizam o apoio da família e dos amigos.

Face ao contexto extraordinário da pandemia, a presença de sintomas como ansiedade, depressão e outros que interfiram na forma de viver o dia a dia, podem estar exponenciadas. Neste sentido, o apoio especializado por via da **medicação** foi mencionado por quase todos os participantes como um fator facilitador. A toma de medicamentos é muitas vezes vista como uma solução face à vivência de uma experiência intensa e dolorosa, eventualmente reforçada pela inacessibilidade a serviços especializados ou apoio mais continuado (Mortazavi et al., 2020). A possibilidade de se **despedir** (com presença mais significativa no período **pós-morte**), foi outro fator facilitador, descrito por dois participantes. Este é um fator já também mencionado como facilitador do processo de luto durante a pandemia (Crepaldi et al., 2020), uma vez que estes momentos íntimos foram gravemente restringidos no período de restrição social. A **mediação da comunicação e conhecimento da situação do seu familiar internado** (durante o **internamento**) e o suporte **formal e informal** (mais prevalente no **período pós-morte**) foram fundamentais para que os participantes processassem da melhor forma o processo de luto.

Stressores/dificultadores do processo de luto

Com o objetivo de averiguar quais os fatores stressores/dificultadores que os enlutados identificam no seu processo de luto e que poderão prenunciar um processo de luto complicado, foram detetados stressores associados tanto ao período de **internamento**, como no **pós-morte**. Durante o **internamento**, os participantes reportaram: **corte na comunicação com o doente** (P1,P3,P5/3ref.) (e.g. “*depois que foi para os cuidados intensivos nunca mais foi possível falar-lhe.*”(P5)); **apoio especializado insuficiente** (P1,P2/3ref.) (e.g. “*pois a minha mãe, quando veio do primeiro internamento, queixou-se bastante que não era bem alimentada, que tinha sido uma experiência difícil estar internada...*”(P2)); **insegurança face aos cuidados** (P1,P3/2ref.) (e.g. “*foi tudo tão rápido que cheguei a duvidar de tudo e ainda hoje duvido... foi tudo muito esquisito... cá para mim o meu marido não foi assistido em condições... a minha filha não gostou nada da médica...*”(P1)); **surpresa com diagnóstico e evolução da doença** (P1,P3/3ref.) (e.g. “*ainda hoje não me acredito... foi tudo muito rápido*”(P1)); **confusão quanto à sua condição de saúde e necessidades** (P1/1ref.) (e.g. “*...rapidamente ele foi para coma induzido,...foi para o oxigénio... fiquei muito confusa com tudo aquilo, primeiro disseram-me que o meu marido, da pneumonia, estava bem mas que tinha tido uma trombose na perna, mas depois tanto disseram isso, como de seguida já o estavam a por em coma induzido, isto um dia antes de falecer*”); **culpabilidade** (P3/2 ref.) (e.g. “*Não tive coragem de a ir ver*”); a limitação no contacto com o familiar por estar infetado, ou seja, **familiar enlutado positivo para COVID-19** (P3/2ref.) (e.g. “*...infetado com COVID-19, não pude ir vê-la*”); **inacessibilidade**

à **informação clínica** (P3/1ref.) (e.g. “As informações foram e não foram suficientes, porque não podiam, mas ocupavam tanto a linha telefônica...”); **desconfiança face à identidade do familiar falecido** (P1/1ref) (e.g. “...eu não sei nada, os documentos dele não aparecerem, até hoje não me disseram nada.”(P1)); **inconformismo** (P5/1ref.) (e.g. “Esperava que ele viesse...que seriam 3-4 dias, no máximo uma semana, era a minha esperança...nunca aceitei o que aconteceu...”); e **impotência face à necessidade de cuidados** (P2/1ref.) (e.g. “...o problema foi que ela veio para casa, mas carecia de muito oxigênio e eu estava sempre a ver quando me iria morrer nos braços”).

No período **pós-morte**, são referidos outros tipos de fatores stressores: **ausência de rituais**, reportados por todos os participantes (P1,P2,P3,P4,P5/11ref.) (e.g. “Quando chegou no caixão, vinha dentro de um saco plástico...é muito duro”(P2)); **ausência de despedida** (P1,P2,P3/6ref.) (e.g. “...o facto de não me ter podido despedir é isso o que mais me dói...”(P3)); **projetos de vida inacabados** (P1,P4,P5/5ref.) (e.g. “Tinha tanta coisa para fazer com o meu marido...”(P1)); **ausência de apoio dos familiares e amigos** (P3,P4/3ref.) (e.g. “Os amigos estão ausentes porque estamos em confinamento. A família está ao meu lado, mas ainda à distância...”(P4)); **perda de fé** (P2,P3/2ref.) (e.g. “Questiono-me porque é que Deus está a fazer sofrer tanto as pessoas. Estou muito revoltado”(P2)); e **culpabilidade** (P3/1ref.) (e.g. “...a minha mãe sempre me pediu que não a deixassem sozinha no hospital e eu tive de a abandonar...”).

Devido à pandemia, o **corte na comunicação com o doente** foi referido por muitos participantes como fator stressor no período de **internamento**, tornando-se dependente da comunicação através dos profissionais de saúde que já estavam sobrecarregados (Prado et al., 2020). A falta de suporte social, como o **apoio especializado insuficiente** (mais prevalente no período de **internamento**) e a **ausência de apoio de amigos e familiares** (mais presente no **período pós-morte**), são consideradas como fatores de risco que podem desencadear um luto desadaptativo. As circunstâncias das inúmeras perdas, originadas pelo COVID-19, dificultaram a disponibilidade dos profissionais de saúde e da população para prestar apoio àqueles que sofreram a perda de alguém significativo (Gabriel & Paulino, 2020). A redução do apoio social, que associado ao medo do diálogo sobre a morte, propiciou o silêncio e o distanciamento entre os familiares e entes queridos que enfrentavam o sofrimento da perda (Zhai & Du, 2020). Estes fatores podem predispor a um luto desadaptativo, uma vez que a partilha da experiência de perda e das circunstâncias da morte são duas tarefas essenciais durante o processo de luto (Walsh & McGoldrick, 2013), mas que estão severamente afetadas num contexto de pandemia. O sentimento de **confusão** (durante o **internamento**) reportado pelos participantes, é um

sentimento expectável, uma vez que pode estar presente num processo de luto adaptativo (Worden, 1998). Outros fatores stressores identificados e que são inerentes ao contexto de pandemia, foram a **impossibilidade de realizar visitas porque estava infetado**, o que propicia sentimentos de ameaça à vida, a **sensação de vulnerabilidade e medo de contágio**, que representa uma ameaça oculta porque não sabemos quem está infetado nem se podemos infetar outros, e ainda a **insegurança face aos cuidados e culpabilidade** (prevalentes durante o **internamento**) (Nascimento et al., 2020).

Após a morte da pessoa hospitalizada, subsistem vários fatores stressores que podem condicionar o processo de luto por parte da família. A **ausência de rituais/despida** (prevalente no **período pós-morte**), foi manifestada por todos os participantes como sendo um obstáculo para o processo de luto. O processo de luto e saúde mental (stress e ansiedade) podem ainda ser agravados pela falta de conforto físico e pela ausência de rituais de despedida (Burrell & Selman, 2020; Cardoso et al., 2020; Walsh & McGoldrick, 2013). Numa perda inesperada, onde a **surpresa com o diagnóstico** é prevalente, podem estar envolvidas inúmeras perdas secundárias, como a perda da relação com a pessoa perdida ou dos **projetos de vida inacabados** (Zhai & Du, 2020; Gabriel & Paulino, 2020). A **perda da fé**, identificada por dois participantes como um fator stressor, relaciona-se com a dimensão espiritual do processo de luto, que pode levar os enlutados a questionar as suas crenças e a sentimentos de decepção com Deus e a sua religião (Stroebe et al., 1993).

Estratégias de coping

Com o objetivo de identificar as estratégias de coping utilizadas pelos familiares enlutados e qual a perceção da sua eficácia, foi possível compreender que todos os participantes identificam estratégias de *coping* que estavam orientadas para: **a ação** (P1,P2,P3,P4,P5/10ref.) (e.g. *“Quando estou no terreno, estou entretido e com uma lista de coisas para fazer, para não esquecer... um destes dias fui ao supermercado, a minha esposa ficou no carro e eu fui comprar as coisas para os canários...”*(P3)); **a espiritualidade** (P1,P3,P4,P5/5ref.) (e.g. *“Continuo a falar com Deus e a rezar e a pedir muito...”*(P1)); e, embora menos comum, **para a manutenção do vínculo** (P2,P5/2ref.) (e.g. *“Tentei fazer tudo direito como a minha mãe gostava. Agora vou tentar por o quarto dela como ela queria”*(P2)). Também foram mencionadas estratégias de *coping* orientadas para a **expressão emocional**, em que os participantes mencionaram a **insegurança face aos cuidados e culpabilidade** (P1,P3/4ref.) (e.g. *“Tive que a mandar para o hospital....ela disse que queria morrer na casa dela e eu levei-a para o hospital...eles diziam que estava estável, mas eu não sei”*(P3)); sentimentos de **revolta**

e raiva (P1,P5/3ref) (e.g. “...sinto muita revolta e raiva...”(P1)); **presença de pensamentos intrusivos da pessoa falecida** (P2,P3/2ref) (e.g. “Quando estou em casa, o facto de ter de passar no quarto dela e não a ver, é muito duro. Quando passava pelo quarto dela, ela levantava logo a cabeça, dá-me umas saudades”(P2)); **apoio dos familiares** (P5/2ref) (e.g. “ligo para os familiares”); **choro** (P4/1ref) (e.g. “tenho alturas que choro”); **desconfiança que se tratava do seu familiar** (P1/1ref) (e.g. “...pois não me conformo com tudo isto...os pertences do meu marido nunca apareceram ...e fiquei muito desconfiada. Se calhar confundiram o meu marido com outra pessoa e ele não está morto..”); **e impotência face à necessidade de cuidados** (P2/1ref) (e.g. “o problema foi que ela veio para casa, mas carecia de muito oxigénio e eu estava sempre a ver quando me iria morrer nos braços”).

Tendo em conta as estratégias que foram reportadas pelos participantes, estas podem ser adaptativas como também desadaptativas. É possível compreender que as estratégias orientadas para **a ação** foram importantes, uma vez que foram reportadas por todos os participantes. Dois dos participantes realçaram que a estratégia orientada para **a manutenção de vínculos** foi a mais eficaz no seu processo de luto. A manutenção de vínculo com o falecido focou-se na adaptação a um ambiente em que o falecido está ausente, sendo uma das estratégias adaptativas referidas no Modelo Dual (Stroebe & Schut, 2010, 2015). As estratégias orientadas para **a espiritualidade** foram também mencionadas pela maioria dos participantes (quatro participantes), as quais correspondem à fase cumprimento do modelo de Sanders (Sanders, 1999). Esta fase é caracterizada por um período de realização, profundamente espiritual, e que permite integrar a perda na sua vida.

Outros participantes também se apoiaram em estratégias mais ruminativas ou evitantes, tais como **a insegurança face aos cuidados e culpabilidade** (referido por dois participantes), e sentimentos de **revolta e raiva** (mencionado por dois participantes). Devido à pandemia, as emoções como **raiva, revolta e culpa** são mais prevalentes, dificultando o processo de luto adaptativo (Davis et al., 2007; Gabriel & Paulino, 2020; Yang & Lee, 2020). **A insegurança face aos cuidados prestados e o sentimento de culpa** também já foram previamente identificadas como estratégias de *coping* (Gabriel & Paulino, 2020; Nascimento et al., 2020). Os indivíduos que demonstram estratégias de *coping* ruminativas ou evitantes são os que se encontram mais vulneráveis (Roberts et al., 2017). Nestes casos, podem ser necessárias respostas de *coping* positivas por parte dos familiares (Folkman, 1997; Stroebe et al., 2006), tais como partilhar a dor e expressar emoções positivas, bem como reajustar os relacionamentos e papéis familiares (Arizmendi & O’Connor, 2015; Stroebe & Schut, 2015). Estas estratégias de *coping* parecem ser melhor compreendidas à luz do Modelo Dual (Stroebe & Schut, 2010,

2015), no qual existe uma orientação para a construção da aceitação familiar da realidade, gestão das emoções e dor à perda, adaptação familiar a um ambiente modificado, partilha da dor e o desenvolvimento de novos papéis, identidades e relacionamentos. Os participantes mostraram algumas respostas de *coping* orientadas para a **expressão emocional** que focam a gestão e partilha das emoções e dor à perda (como **choro, sentimentos de revolta e raiva, e apoio dos familiares**). No entanto, os participantes não evidenciaram estratégias que proporcionem o reajustamento familiar e o desenvolvimento de novos papéis, identidades e relacionamentos, que poderão ainda ser desenvolvidas mais tardiamente (Worden, 2009), sendo que o contexto de pandemia também limitou a possibilidade de desenvolver novos relacionamentos.

Significados atribuídos à perda

Com o objetivo de explorar os significados que os indivíduos atribuem à perda do seu ente querido em contexto de pandemia, compreendemos que alguns dos participantes atribuíam um significado de **viver o presente** (P1/1ref.) (e.g. “*Vou viver um dia de cada vez, não sei o que o futuro me reserva, enquanto isto não endireitar...*”), de **aceitar a realidade** (P2/1 ref.) (e.g. “*Não há mais nada a fazer. Agora é apenas, viver o dia á dia*”), e de **manter a esperança no futuro** (P5/1ref.) (e.g. “*Vou deixar correr o tempo...*”).

O individuo enlutado pode atribuir diferentes significados à perda do seu ente querido. Parkes (1998) defende que atribuição de significado à perda faz parte do processo de luto segundo o conceito de transição psicossocial. Já no modelo de reconstrução de significado (Gillies & Neimeyer, 2006), a criação de sentido, a descoberta de benefícios e a mudança de identidade são atividades que estão envolvidos no processo de luto adaptativo. Devido à pandemia, a atribuição de significado à perda irá exigir um maior tempo e reflexão. Sentimentos de injustiça e impotência, como também as emoções de raiva, revolta e culpa, podem dificultar o processo de atribuição de significado (Davis et al., 2007; Gabriel & Paulino, 2020; Yang & Lee, 2020). Nem todos os participantes conseguiram atribuir significado à perda dos seus familiares, mas os que conseguiram identificar (P1,P2,P5), fizeram-no de uma forma adaptativa. Alguns significados descritos pelos participantes - “*Vou viver um dia de cada vez*” e “*Vou deixar correr o tempo*” - podem também ser considerados estratégias de *coping* orientadas para a ação. Segundo Walsh (2020), do ponto de vista sistémico, a pandemia e a nossa subsequente resposta irão gerar reverberações que não podemos prever ou controlar, e dominar estes desafios irá exigir uma grande resiliência no decorrer dos próximos meses e anos.

Considerações finais

A análise compreensiva dos testemunhos destes familiares enlutados, permitiu-nos compreender que o processo de luto em contexto de pandemia está associado a elevados níveis de sofrimento. Sobressai neste processo a enorme necessidade destes familiares encontrarem um sentido para a perda e em manter um vínculo com a pessoa perdida. A par destas necessidades surgem as exigências do dia-a-dia, que são orientadas ora para a perda, ora para o restabelecimento, que acaba por ser incerto devido ao facto de estarmos a viver num período pandémico, o que acumulou fatores de risco com impacto a nível psicológico, económico e social. Estas considerações refletem uma oscilação e evolução não linear, que é promotora de mal-estar físico e psicológico. É neste percurso, que as estratégias de *coping* desempenham um papel fulcral na elaboração de um processo de luto adaptativo. No entanto, estas estratégias não podem ser desvinculadas dos fatores facilitadores e stressores. No contexto pandémico que atravessamos, existem muitos fatores stressores que não estariam presentes numa situação normal de perda, em que pelas regras impostas pelo confinamento, é exigido o isolamento social e a alteração da forma como são realizados os rituais de despedida. Estes fatores acabam por propiciar um processo de luto desadaptativo, perpetuando o sofrimento nos familiares enlutados.

Entendemos que as especificidades identificadas por estes familiares enlutados devem ser consideradas em todas as etapas do processo de luto, desde o internamento dos doentes, ao agravamento do seu estado clínico, e culminado com o pós-perda. Durante estes tempos de pandemia, e tendo em conta os fatores de risco inerentes ao COVID-19, acentuou-se a probabilidade do processo de luto ser vivenciado de forma desadaptativa, sendo necessário uma abordagem terapêutica reajustada. Desta forma, o uso de tecnologias de comunicação foi mencionado pelos participantes como uma das principais estratégias na manutenção do vínculo antes da morte do seu ente querido. Os profissionais de saúde desempenharam um papel fundamental em fornecer informações sobre o estado clínico do familiar hospitalizado e em apoiar o doente e os seus familiares a manterem o contacto, promovendo um processo de luto de forma mais adaptativa possível.

O número reduzido de participantes incluídos neste estudo, impossibilitou atingir a saturação teórica segundo as orientações da *Grounded Theory*. Neste sentido, realçamos a necessidade da continuidade do estudo para a recolha de mais testemunhos, para fortalecer a análise dos dados e de forma a contemplar uma maior diversidade de experiências. Ainda assim, apesar de se tratar de uma amostra pequena, muitos dos resultados obtidos neste estudo foram

consensuais com investigações anteriormente realizadas. Estudos futuros devem realizar análises mais aprofundadas e também recolher testemunhos dos profissionais de saúde que intervêm junto dos familiares enlutados por mortes relacionadas ao COVID-19. Será também importante implementar a etapa seguinte prevista que visa acompanhar a evolução do processo de luto durante um período de tempo mais alargado (6 a 12 meses) para investigar a evolução do processo de luto e identificar fatores de prognóstico para PLP ou PLCP.

Com a realização deste estudo conclui-se que é primordial compreender que cada pessoa em processo de luto responde de forma individual à morte de um familiar ou de um amigo próximo, expressando diferentes sentimentos, pensamentos e estratégias para lidar com a situação. Deste modo, é pertinente apoiar cada pessoa, entendendo-a como um ser único e com vivências heterogêneas, mesmo tendo experienciado fenómenos semelhantes. Este estudo identificou vários fatores de risco, bem como fatores facilitadores, que devem ser usados para melhor compreender o processo de luto durante a pandemia por COVID-19, possibilitando aos profissionais de saúde intervir adequadamente e precocemente junto de doentes/famílias para promover um luto adaptativo.

Em suma, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020, p.8) evidenciou a resiliência e o papel fulcral dos psicólogos durante o período de pandemia: “...*todos nós nos mostrámos verdadeiramente envolvidos e empenhados, unidos. Chegámos todos lá, cumprindo o nosso papel. Chegámos lá pelo respeito em relação às medidas de contingência que todos sentimos na primeira pessoa. Chegámos lá pela compaixão – nunca pela piedade – porque sabemos perceber o sofrimento do outro de forma empática. É, pois, nesta dialética de respeito e compaixão que nos sentimos integrados neste coletivo que se pretende forte e unido em torno da mesma causa: a da saúde de todos*”.

Referências

- Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2020). Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 33(9), 543-545. <https://doi.org/10.20344/amp.14345>
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ª Ed.). Psiquilíbrios
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (3ª ed.). Climepsi Editores.
- Arizmendi, B. J., & O'Connor, M. F. (2015). What is “normal” in grief?. *Australian Critical Care*, 28(2), 58-62. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.01.005>
- Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncologia*, 5(2-3), 383-400
- Boerner, K., & Shulz, R. (2009). Caregiving, bereavement and complicated grief. *Bereave Care*, 28(3), 10-13. <https://doi.org/10.1080/02682620903355382>
- Bowen, M. (1966). The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive psychiatry*, 7(5), 345-374. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(66\)80065-2](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(66)80065-2)
- Bowlby, J. (1980). *Loss: sadness and depression*, 3. Basic Books. <https://abebe.zohosites.com/files/John-Bowlby-Loss-Sadness-And-Depression-Attachment-and-Loss-1982.pdf>
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The Varieties of Grief Experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00062-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00062-3)
- Brandão, C., Taquette, S., & Ribeiro, J. (2017). O Papel da Investigação Qualitativa em Psicologia? *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 6(4), 228. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v6i4.1731>
- Burrell, A., & Selman, L. E. (2020). How do Funeral Practices impact Bereaved Relatives' Mental Health, Grief and Bereavement? A Mixed Methods Review with Implications for COVID-19. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 81(3), 370-392. <https://doi.org/10.1177/0030222820941296>
- Campos, L. P., & Lins, T. (2020). Pandemia à Portuguesa: um relato sobre o Covid-19 em Portugal. Espaço e Economia. *Revista brasileira de geografia econômica*, 17. <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.10369>
- Cardoso, É., Silva, B., Santos, J., Lotério, L., Accoroni, A. G., & Santos, M. (2020). The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families.

- Revista latino-americana de enfermagem*, 28, e3361. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4519.3361>
- Carqueja, E. (2017). Luto: um processo dinâmico. In H. Salazar, & M. Paulino (Ed), *Intervenção psicológica em Cuidados Paliativos. Factor*. (pp. 57-87)
- Chizzotti, A. (2018). *Pesquisa em ciências humanas e sociais* (2ª Ed.). Cortez editora.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative sociology*, 13(1), 3-21.
- Crepaldi, M. A., Schmidt, B., Noal, D. D. S., Bolze, S. D. A., & Gabarra, L. M. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia*, 37, e200090. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>.
- Davis, C. G., Wohl, M. J., & Verberg, N. (2007). Profiles of posttraumatic growth following an unjust loss. *Death Studies*, 31(8), 693-712. <https://doi.org/10.1080/07481180701490578>
- Decreto Lei n.º 2-B/2020 de 2 de Abril. *Diário da República* n.º 66/2020- 1ª Série . p. 31(2)-(20). <https://data.dre.pt/eli/dec/2-B/2020/04/02/p/dre>
- Decreto Lei n.º 003/2019 de 23 de Abril. *Diário da República* n.º 14/2012. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0032019-de-23042019-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Ponto de Situação Atual em Portugal*. <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/?fbclid=IwAR1LIPqwSkJmeC23gt5ESWh4kcxcVL7DOYoo9CVAC1fSEVHgkqILXBXA1c>
- Doka, K. J. (2006). Fulfillment as Sanders' sixth phase of bereavement: The unfinished work of Catherine Sanders. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 52(2), 143-151. <https://doi.org/10.2190/5BC9-035Q-HG1H-PALG>
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>
- Fernandes, E. & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In E. Fernandes & L. Almeida (Eds.), *Métodos e técnicas de avaliação. Contributos para a prática e investigação psicológicas*. Universidade do Minho. Centro de estudos em Educação e Psicologia, pp. 49-77. Universidade do Minho.
- Folkman, S. F. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science Medicine*, 45(8), 1207–1221. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00040-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00040-3)

- Fontana, A. & Frey, J. H. (1994). Interviewing: the Art of Science. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. (pp. 361-376). Thousand Oaks: Sage.
- Franco, M. H. P. (2008). Luto em cuidados paliativos. Cuidado paliativo. *CREMESP*
- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. *Collected Papers*, 4, 152-170.
- Fuchs, T. (2013). Existential vulnerability: toward a psychopathology of limit situations. *Psychopathology*, 46(5), 301-308. <https://doi.org/10.1159/000351838>
- Fuchs, T. (2018). Presence in absence. The ambiguous phenomenology of grief. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 17(1), 43-63. <https://doi.org/10.1007/s11097-017-9506-2>
- Gabriel, S., & Paulino, M. (2020). Processo de luto: Viver a perda em tempos de Pandemia. In M. Paulino, & R. Dumas-Diniz (Eds.), *A Psicologia da Pandemia. Compreender e enfrentar a COVID-19*. Pactor. (pp. 131- 148).
- Galbadage, T., Peterson, B. M., Wang, D. C., Wang, J. S., & Gunasekera, R. S. (2020). Biopsychosocial and spiritual implications of patients with COVID-19 dying in isolation. *Frontiers in Psychology*, 11, 3154. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.588623>
- Gillies, J. & Neimeyer, R. (2006). Loss, Grief, and The Search for Significance: Toward a Model of Meaning Reconstruction in Bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 31-65. <https://doi.org/10.1080/10720530500311182>
- Gire, J. (2014). How death imitates life: Cultural influences on conceptions of death and dying. *Online Readings in Psychology and culture*, 6(2). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1120>
- Gomes, M., Campos, A., & Oliveira, M. (2020). *Cordão sanitário no Grande Porto continua em cima da mesa*. Público. <https://www.publico.pt/2020/03/31/sociedade/noticia/autoridades-ponderam-cordao-sanitario-volta-porto-1910254>
- Hamilton, I. J. (2016). Understanding grief and bereavement. *British Journal of General Practice*, 66(651), 523-523. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687325>
- Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore*, 49(1), 1-3.
- Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2010). An examination of stage theory of grief among individuals bereaved by natural and violent causes: A meaning-oriented contribution.

- OMEGA-Journal of death and dying*, 61(2), 103-120.
<https://doi.org/10.2190/OM.61.2.b>
- Hood, M. (2009). Case study. In J. Heigham & R. A. Croker (Eds.), *Qualitative research in applied linguistics: A practical introduction* (pp. 66-90). Palgrave Macmillan.
- Jernigan, D. B. (2020). Update: public health response to the coronavirus disease 2019 outbreak—United States, February 24, 2020. *Morbidity and mortality weekly report*, 69.
<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6908e1>
- Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged Grief Disorder: Diagnostic, Assessment, and Treatment Considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 180–187. <https://doi.org/10.1037/a0036836>
- Kübler-Ross, E. (1997). On death and dying. *Touchstone*.
- Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre a morte e o morrer*. Martins Fontes Editora.
- LaRossa, R. (2005). Grounded theory methods and qualitative family research. *Journal of marriage and Family*, 67(4), 837-857. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2005.00179.x>
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K., & Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death studies*, 34(8), 673-698. <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686>
- Maia, A. (2021, Fevereiro 6). *DGS actualiza norma sobre funerais. Caixaõ pode ser aberto por instantes*. Público. <https://www.publico.pt/2021/02/06/sociedade/noticia/dgs-actualiza-norma-funerais-caixao-aberto-instantes-1949605>
- Mayland, C. R., Harding, A. J., Preston, N., & Payne, S. (2020). Supporting adults bereaved through COVID-19: a rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e33-e39.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.012>
- Moore, K., Tulloch, O., & Ripoll, S. (2020). Key Considerations: Dying, Bereavement and Mortuary and Funerary Practices in the Context of COVID-19 (April 2020). *Social Science in Humanitarian Action*. www.socialscienceinaction.org
- Mortazavi, S. S., Assari, S., Alimohamadi, A., Rafiee, M., & Shati, M. (2020). Fear, loss, social isolation, and incomplete grief due to COVID-19: a recipe for a psychiatric pandemic. *Basic and clinical neuroscience*, 11(2), 225-232.
<https://doi.org/10.32598/bcn.11.covid19.2549.1>
- Nascimento, S., Pereira, C., Caldas, I., Silva, M., Mendonça, T., Lourenço, B., & Gonçalves, M. (2020). Pandemia COVID-19 e Perturbação Mental: Breve Revisão da

- Literatura. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(2), 67-76.
<https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i2.146>
- Observador (2020). *Velórios sem padre e funerais limitados a dez pessoas. Como a Covid-19 está a mudar as cerimónias fúnebres em Portugal*. [accessed 2020 December 6]. Available from: <https://observador.pt/especiais/velorios-sem-padre-e-funerais-limitados-a-dez-pessoas-como-a-covid-19-esta-a-mudar-as-cerimonias-funebres-em-portugal/>.
- Oliveira, E. N., Neto, F. R. G. X., Moreira, R. M. M., Lima, G. F., dos Santos, F. D., Freire, M. A., ... & Campos, M. P. (2020). “Aquele adeus, não pude dar”: luto e sofrimento em tempos de COVID-19. *Enfermagem em Foco*, 11(2. ESP).
<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP.4203>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). *Psicologia na Linha da Frente*, p.8.
https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psis21_especial_covid.pdf
- Parkes, C. M. (1998). *Luto estudos sobre a perda na vida adulta*, 56. Summus editorial.
- Pattison, N. (2020). End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID-19) pandemic. *Intensive & critical care nursing*, 58, 102862.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102862>
- Paulino, M., Dumas-Diniz, R., Brissos, S., Brites, R., Alho, L., Simões, M. R., & Silva, C. F. (2021). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 44-55.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1808236>
- Prado, A. D., Peixoto, B. C., da Silva, A. M. B., & Scalia, L. A. M. (2020). A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (46), e4128-e4128.
<https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>
- Prem, K., Liu, Y., Russell, T. W., Kucharski, A. J., Eggo, R. M., Davies, N., ... & Abbott, S. (2020). The effect of control strategies to reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China: a modelling study. *The Lancet Public Health*, 5(5), e261-e270. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30073-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30073-6)
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2).
<https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

- Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. SAGE Publications.
- Roberts, K., Holland, J., Prigerson, H. G., Sweeney, C., Corner, G., Breitbart, W., & Lichtenthal, W. G. (2017). Development of the Bereavement Risk Inventory and Screening Questionnaire (BRISQ): Item generation and expert panel feedback. *Palliative and Supportive Care*, 15(1), 57–66. <https://doi.org/10.1017/S1478951516000626>
- Rolland, J. S. (2020). COVID-19 Pandemic: Applying a Multisystemic Lens. *Family process*, 59(3), 922-936. <https://doi.org/10.1111/famp.12584>
- Saldaña, J. (2015). *The coding manual for qualitative researchers*. Sage.
- Sanders, C. (1999). *Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement* (2nd ed.). John Wiley & Sons, Inc..
- Sanders, C. M. (1988). Risk factors in bereavement outcome. *Journal of Social Issues*, 44(3), 97-111. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1988.tb02079.x>
- Sassi, F. (2014). Possíveis contribuições do aconselhamento psicológico desenvolvido durante o ritual fúnebre aos enlutados. *Revista de Psicologia*. www.psicologia.pt
- Seidman, I. E. (2006). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and social sciences* (3rd Ed.). Teachers College Press.
- Selman, L. E., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C., & Koffman, J. (2020). Bereavement support on the frontline of COVID-19: Recommendations for hospital clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e81-e86. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024>
- Shear, M. K. (2015). Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153-160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *Jama*, 293(21), 2601-2608. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>
- Shear, M. K., Ghesquiere, A., & Glickman, K. (2013). Bereavement and complicated grief. *Current psychiatry reports*, 15(11), 406. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0406-z>
- Stroebe, M. S., Stroebe, W., & Hansson, R. O. (Eds.). (1993). *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511664076>

- Stroebe, M., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: An empirical and theoretical review. *Review of general psychology, 5*(1), 62-83. <https://doi.org/10.1037//1089-2680.5.1.62>
- Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Zech, E., & Van den Bout, J. (2002). Does disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement? Evidence from two prospective studies. *Journal of consulting and clinical psychology, 70*(1), 169. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.70.1.169>
- Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science and Medicine, 63*(9), 2440–2451. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012>
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description. *Death Studies, 23*(3), 197-224.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2005). Attachment in Coping With Bereavement: A Theoretical Integration. *Review of General Psychology, 9*(1), 48-66. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.1.48>
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 61*(4), 273-289. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>
- Stroebe, M., & Schut, H. (2015). Family matters in bereavement: Toward an integrative intra-interpersonal coping model. *Perspectives on Psychological Science, 10*(6), 873-879. <https://doi.org/10.1177/1745691615598517>
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *Journal of pain and symptom management, 60*(1), e70-e76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
- Walsh, F. (2003). Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process, 42*(1), 1-18
- 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>
- Walsh, F., & McGoldrick, M. (1998). *A family systems perspective on loss, recovery and resilience. In Working with the Dying and Bereaved (pp. 1-26)*. Palgrave.
- Walsh, F., & McGoldrick, M. (2013). Bereavement: A family life cycle perspective. *Family Science, 4*(1), 20-27. <http://dx.doi.org/10.1080/19424620.2013.819228>
- Worden, J. W. (1998). *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental*. ArtesMédicas.

- Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer Publishing Company.
- Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.
https://www.funeralnatural.net/sites/default/files/libro/fichero/williamworden_duelo.pdf
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- World Health Organization (2019). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics*. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*. *World Heal. Organ.* URL <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Yang, N., & Lee, S. M. (2020). The development and validation of the Meaning Making in Grief Scale. *Death studies*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1725929>
- Zhai, Y., & Du, X. (2020). Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 80-81. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053>
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World psychiatry*, 8(2), 67. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x>

Anexos

Anexo A

Questionário Sociodemográfico

Enlutado/a

1. Sexo: F M Idade: _____ Escolaridade: _____

2. Profissão: _____

3. Área de residência: _____

4. Número de conviventes (antes da morte):

5. Com quem vive atualmente: _____

6. Diagnosticado com COVID-19: Sim Não

6.1. Se sim: Internamento Domicílio

6.2. Covid-19: Positivo Negativo Quando: __/__/__

Falecido

7. Diagnosticado com COVID-19 quando __/__/__

8. Data da morte __/__/__

9. Local da morte: Domicílio Hospital Lar de Idosos Outro local _____

10. Se internado (tempo de internamento)

Anexo B

Guião de entrevista semiestruturada

I. Compreensão da real situação clínica

Como lhe parecia a gravidade da situação do/a familiar aquando da ida para o hospital? (No caso de ter sido internado).

II. Vivência da progressão da doença (internamento)

Como foi o tempo em que o seu familiar esteve internado?

Teve informações do estado clínico?

As informações foram suficientes?

Falou com ele/a durante o internamento?

O que esperava que acontecesse ao estado de saúde do seu familiar?

III. Contextualização da Morte

Como teve conhecimento da morte? (Opções: Médico / Familiares / Amigos / Outro)

Como reagiu ao tomar conhecimento da notícia? (Emoções, Sentimentos, Comportamentos)

Teve possibilidade de se despedir?

Como foram os rituais fúnebres? Foram como esperava e desejava?

IV. O Luto no presente

Como está a viver o seu luto? Quais as emoções e sentimentos que mais sente? (Raiva, culpa, tristeza, saudade, etc.)

Que estratégias utiliza para minimizar o impacto do acontecimento que viveu?

Já teve outras perdas? Como lidou?

Como tem sido o apoio que tem recebido? (família, amigos, profissionais de saúde, outros...)

Quais as principais preocupações que está a vivenciar neste período de pandemia?

Se religioso/a, este acontecimento alterou a sua relação com Deus?

Necessitou de ajuda médica pelo seu estado psicológico/emocional?

Toma alguma medicação psiquiátrica? Já tomava antes ou foi após a morte?

V. Crenças em relação ao futuro

Relativamente a todas as circunstâncias que envolveram a sua perda, acha que ficou algo por fazer (rituais fúnebres, despedida, etc.)? O que poderá adiar para quando terminar a pandemia?

O que espera que vá acontecer no futuro em relação a si sem o seu familiar?

Como acha que vai ultrapassar esta situação de perda?

Anexo C

Sistema geral de categorias

IMPACTO PSICOLÓGICO

- Imediato
 - Conformismo
 - Desespero
 - Pânico
 - Sufoco
 - Surpresa
 - Tristeza
 - Choque
- Longo prazo
 - Aborrecimento
 - Aperto no peito
 - Desconfiança
 - Dor extrema
 - Limitação na atividade
 - Receio de ser ou estar infetado
 - Receio pelas implicações da pandemia
 - Revolta e raiva
 - Saudades
 - Sistema nervoso alterado
 - Tristeza

FACILITADORES DO PROCESSO DE LUTO

- Internamento
 - Apoio especializado - comunicação
 - Apoio especializado - informação
 - Contacto com o familiar

- Pós-morte
 - Apoio dos familiares e amigos
 - Apoio especializado - medicação
 - Apoio informal
 - Possibilidade de despedida

STRESSORES/DIFICULTADORES DO PROCESSO DE LUTO

- Internamento
 - Apoio especializado - insuficiente
 - Confusão quanto à sua condição de saúde e necessidades
 - Corte na comunicação com o doente
 - Culpabilidade
 - Desconfiança face à identidade do familiar falecido
 - Familiar enlutado positivo para COVID-19
 - Impotência face à necessidade de cuidados
 - Inacessibilidade à informação clínica
 - Inconformismo
 - Insegurança face aos cuidados
 - Surpresa com diagnóstico e evolução da doença
- Pós-morte
 - Ausência de apoio dos familiares e amigos
 - Ausência de despedida
 - Ausência de rituais
 - Culpabilidade
 - Perda de fé
 - Projetos de vida inacabados

ESTRATÉGIAS DE *COPING*

- Estratégias de *coping* orientadas para a ação
- Estratégias de *coping* orientadas para a espiritualidade

- Estratégias de *coping* orientadas para a manutenção do vínculo
- Estratégias de *coping* orientadas para a expressão emocional
 - Apoio dos familiares
 - Choro
 - Desconfiança que se tratava do seu familiar
 - Impotência face á necessidade de cuidados
 - Insegurança face aos cuidados e culpabilidade
 - Pensamentos intrusivos da pessoa falecida
 - Revolta e raiva

SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À PERDA
--

- Aceitar a realidade
- Manter a esperança no futuro
- Viver o presente

Anexo D

Descrição do sistema de categorias

IMPACTO PSICOLÓGICO (Codifica o conteúdo respeitante a impacto psicológico reportado pelos participantes, nomeadamente os efeitos da experiência ao nível do seu funcionamento)			
Imediato (Codifica os excertos em que os participantes descrevem a sua experiência, nomeadamente as respostas emocionais, logo após a perda do seu ente querido)			
Designação	Número de fontes/referências	Descrição	Exemplo dos dados
Conformismo	2/2	Codifica os excertos em que os participantes descrevem o conformismo, no período imediato à morte do seu familiar.	<i>“mas de certa forma, já estava preparado. A minha mãe tinha muitos problemas de saúde”</i> (P2)
Desespero	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem sentimento de desespero, no período imediato à morte do seu familiar.	<i>“Eu julguei que a minha vida ia desabar...”</i> (P1)
Pânico	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem a presença de pânico, no período imediato	<i>“... entretanto eu entrei em pânico...”</i> (P5)

		á morte do seu familiar.	
Sufoco	2/2	Codifica os excertos em que os participantes descrevem sufoco, no período imediato á morte do seu familiar.	<i>“Foi um sufoco”</i> (P2)
Surpresa	5/7	Codifica os excertos em que os participantes descrevem o sentimento de surpresa, no período imediato á morte do seu familiar.	<i>“não nunca pensei que as coisas acontecessem desta forma”</i> (P1)
Tristeza	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem a tristeza, no período imediato á morte do seu familiar.	<i>“Por um lado, fiquei bastante triste”</i> (P1)
Choque	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem choque, no período a longo prazo.	<i>“Eu fiquei em choque, pois não contava que tudo acontecesse daquela forma...”</i> (P3)

Longo prazo (Codifica os excertos em que os participantes descrevem a sua experiência, nomeadamente as respostas emocionais, no período a longo prazo desde a perda do seu familiar)		
Aborrecimento	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem aborrecimento, no período a longo prazo. “ <i>mas sinto-me sem paciência, tudo me aborrece...</i> ” (P1)
Aperto no peito	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem aperto no peito, no período a longo prazo. “ <i>Sim, tenho um aperto no peito</i> ” (P2)
Desconfiança	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem desconfiança, no período a longo prazo. “ <i>os pertences do meu marido nunca apareceram, nem o Cartão do Cidadão, nem o telemóvel...e fiquei muito desconfiada. Se calhar confundiram o meu marido com outra pessoa e ele não está morto, a minha filha despediu-se, mas depois não o viu mais...</i> ” (P1)
Dor extrema	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem dor extrema, no período a longo prazo. “ <i>Eu já tive outras perdas, mas como esta</i> ” (P1)

			participantes descrevem extrema, no período a longo prazo.	<i>não...eu e o meu marido não tínhamos uma relação perfeita, mas perdê-lo é uma dor muito forte” (P1)</i>
Limitação na atividade	na	2/4	Codifica os excertos em que os participantes descrevem a limitação na atividade, no período a longo prazo.	<i>“As minhas principais preocupações prendem-se com o vírus, não sei quando vamos poder voltar a conviver livres do vírus, nem sei como vai ser com a gripe sazonal, preocupa-me pensar no Inverno sozinha (...) agora vou evitar sair...” (P5)</i>
Receio de ser ou estar infetado	ou	4/8	Codifica os excertos em que os participantes descrevem o receio de ser ou estar infetado, no período a longo prazo.	<i>“Preocupa-me muito o COVID-19, pelo meu neto e as minhas filhas. Peço sempre para terem muito cuidado” (P2)</i>
Receio pelas implicações da pandemia	pelas da	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem o receio pelas implicações da pandemia, no período a longo prazo.	<i>“Tenho medo pela economia, pelos meus filhos, pelos meus netos e pela situação do vírus” (P4)</i>
Revolta e raiva		2/3	Codifica os excertos em que os	<i>“...Eu sinto muita revolta e raiva” (P1)</i>

		participantes descrevem a presença de sentimentos como revolta e raiva, no período a longo prazo.
Saudade	4/6	Codifica os excertos em que os participantes descrevem saudade, no período a longo prazo. “Quando estou em casa, o facto de ter de passar no quarto dela e não a ver, é muito duro.” (P2)
Sistema nervoso alterado	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem o sistema nervoso alterado, no período a longo prazo. “Com o COVID-19, para além de todas as perdas, o meu sistema nervoso ficou alterado” (P1)
Tristeza	3/4	Codifica os excertos em que os participantes descrevem tristeza, no período a longo prazo. “Eu sinto muita tristeza...é muito difícil” (P5)

FACILITADORES DO PROCESSO DE LUTO
(Codifica os excertos em que os participantes identificam os fatores facilitadores, ou protetores, presentes no processo de luto)

Internamento
(Codifica os excertos em que os participantes descrevem a sua experiência, nomeadamente os fatores facilitadores/protetores durante a evolução da doença do seu familiar)

Apoio especializado-comunicação	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem o apoio especializado onde a comunicação com o familiar por via tecnológica mediada pelos profissionais de saúde, foi considerada um fator protetor, no período de internamento do seu familiar.	<i>“Sim consegui falar com ela, e na última noite antes da sua morte, foi determinante um telefonema da Enfermeira M. que me deixou falar com ela, levou o tablet para o seu lado e eu falei com a minha mãe, foi muito importante para mim.”</i> (P2)
Apoio especializado-informação	3/10	Codifica os excertos em que os participantes descrevem o apoio especializado nomeadamente a informação sobre o quadro clínico do seu familiar como fator protetor, no período de internamento.	<i>“Eles ligaram-me muitas vezes do hospital, pois através do número que me deram é que eu consegui saber novidades e quando caía a chamada, eles ligavam-me de volta...eu tinha que saber como ele estava”</i> (P4)
Contacto com o familiar	2/2	Codifica os excertos em que os	<i>“Quando ele esteve melhor, já tinha número</i>

participantes *direto para falar e aí era*
 descrevem o contacto *sempre mais fácil para*
 com o familiar como *falar com ele” (P4)*
 fator facilitador, no
 período de
 internamento.

Pós-morte
 (Codifica os excertos em que os participantes descrevem a sua experiência, nomeadamente os fatores facilitadores/protetores após a morte do seu familiar)

Apoio dos familiares e amigos	4/6	Codifica os excertos em que os participantes descrevem o apoio dos familiares e amigos como fator facilitador, no período a longo prazo.	<i>“Eu tenho recebido bastante apoio dos meus filhos, do meu sobrinho, ele de vez em quando faz um chá e tomamos juntos, eu tenho tido muito apoio do meu irmão e cunhada de Maфра” (P1)</i>
Apoio especializado-medicação	4/5	Codifica os excertos em que os participantes descrevem o apoio especializado nomeadamente a toma de medicamentos como fator facilitador, no período a longo prazo.	<i>“Já tomava...mas tive que reforçar depois da morte, pois eu tenho alguns problemas de sono, tenho noites que durmo muito pouco...e é tudo muito difícil...” (P5)</i>
Apoio informal	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem o apoio	<i>“todos se preocuparam para que os médicos resolvessem todo o processo e rápido.....e</i>

			informal como fator protetor/facilitador, no período a longo prazo.	<i>pela consideração que têm pela minha filha, mandaram os bombeiros da proteção civil para receberem o meu marido e o levaram até ao cemitério, (...)</i> (P5)
Possibilidade de despedida	2/3	Codifica os excertos em que os participantes descrevem a possibilidade de se despedirem como fator facilitador, no período a longo prazo.	<i>“Eu despedi-me dele, quando ele foi daqui e eu desconfiei que não o ia ver mais...já me tinha despedido dele...embora ele não tivesse consciência...”</i> (P4)	

STRESSORES/DIFICULTADORES DO PROCESSO DE LUTO
(Codifica os aspetos referidos como stressores/dificultadores ao processo de luto)

Internamento
(Codifica os aspetos referidos como stressores/dificultadores que se reportam à doença no período de hospitalização do seu familiar)

Apoio especializado-insuficiente	2/3	Codifica os excertos em que os participantes descrevem o apoio especializado insuficiente, no período de internamento do seu familiar.	<i>“pois a minha mãe, quando veio do primeiro internamento, queixou-se bastante que não era bem alimentada, que tinha sido uma experiência difícil estar internada....”</i> (P2)
Confusão quanto à sua condição de	1/1	Codifica os excertos em que os	<i>“Nunca pensei, rapidamente ele foi para</i>

saúde e necessidades	e	participantes descrevem um sentimento de confusão como fator dificultador, no período de internamento do seu familiar	<i>coma induzido, ele foi para o oxigênio... eu fiquei muito confusa com tudo aquilo, no primeiro disseram-me que o meu marido, da pneumonia, estava bem, mas que tinha tido uma trombose na perna, mas depois tanto disseram isso, como de seguida já o estavam a por em coma induzido, isto um dia antes de falecer” (P1)</i>
Corte na comunicação com o doente	3/3	Codifica os excertos em que os participantes descrevem o corte na comunicação com o doente como fator dificultador, no período de internamento	<i>“depois que foi para os cuidados intensivos nunca mais foi possível falar-lhe.” (P5)</i>
Culpabilidade	1/2	Codifica os excertos em que os participantes descrevem sentimentos de culpa, no período de internamento do seu familiar.	<i>“Não tive coragem de a ir ver” (P3)</i>

Desconfiança face à identidade do familiar falecido	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem a desconfiança face à identidade do familiar como fator dificultador, no período de internamento do seu familiar.	<i>“(...)eu não sei nada, os documentos dele não aparecerem, até hoje não me disseram nada”. Depois da minha filha se ter ido despedir do Pai, só teve tempo de chegar a casa e estava a tomar banho, quando foi informada de que o Pai já tinha falecido, que estranho tudo isto...” (P1)</i>
Familiar enlutado positivo para COVID-19	1/2	Codifica os excertos em que os participantes descrevem o facto de testarem positivo para a COVID-19 como fator dificultador, no período de internamento do seu familiar.	<i>“e nesta situação mesmo no juízo dela, infetado com Covid 19, não pude ir vê-la” (P3)</i>
Impotência face à necessidade de cuidados	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem a impotência face à necessidade de cuidados como fator stressor, no período	<i>“o problema foi que ela veio para casa, mas carecia de muito oxigénio e eu estava sempre a ver quando me iria morrer nos braços” (P2)</i>

			de internamento do seu familiar
Inacessibilidade à informação clínica	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem a inacessibilidade à informação clínica como fator dificultador, no período de hospitalização do seu familiar.	<i>“As informações foram e não foram suficientes, porque não podiam, mas ocupavam tanto a linha telefônica...” (P3)</i>
Inconformismo	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem a presença de sentimentos como a não aceitação da morte do seu familiar como fator stressor, no período de hospitalização	<i>“Esperava que ele viesse...que seriam 3-4 dias, no máximo uma semana era a minha presença de esperança...nunca aceitei o que aconteceu...” (P5)</i>
Insegurança face aos cuidados	2/2	Codifica os excertos em que os participantes descrevem inseguranças face aos cuidados prestados como fator dificultador, no período de	<i>“foi tudo tão rápido que cheguei a duvidar de tudo e ainda hoje duvido...foi tudo muito esquisito (...)se era da perna e ainda não tinham percebido a causa, cá para mim o meu marido não foi</i>

			internamento do seu familiar	<i>assistido em condições...a minha filha não gostou nada da médica..” (P1)</i>
Surpresa com diagnóstico e evolução da doença	2/3		Codifica os excertos em que os participantes descrevem a surpresa com o diagnóstico e evolução da doença como imprevisível, considerando como fator stressor, no período de hospitalização do seu familiar	<i>“ainda hoje não me acredito....foi tudo muito rápido” (P1)</i>

Pós-morte
(Codifica os aspetos referidos como stressores/dificultadores que se reportam à doença no período pós-morte)

Ausência de apoio dos familiares e amigos	2/3		Codifica os excertos em que os participantes descrevem a ausência de apoio dos familiares e amigos como fator dificultador, no período após a morte do seu familiar.	<i>“Os amigos estão ausentes porque estamos em confinamento. A família de apoio dos familiares e amigos está ao meu lado, mas ainda à distância. Ainda não se pode ir” (P4)</i>
Ausência de despedida	3/6		Codifica os excertos em que os participantes descrevem a ausência	<i>“Não...eu comecei logo a suspeitar que algo não estava bem, pois todos me ligavam antes, eram</i>

		de despedida como <i>enfermeiros,</i> fator dificultador, no <i>amigos...tudo junto...e o</i> período após a morte <i>facto de não me ter</i> do seu familiar. <i>podido despedir é isso o</i> <i>que mais me dói...”</i> (P3)
Ausência de rituais	5/11	Codifica os excertos em que os participantes descrevem a ausência de rituais como fator dificultador, no período após a morte do seu familiar. “Quando chegou no caixão, vinha dentro de um saco plástico...é muito duro” (P2)
Culpabilidade	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem a presença de sentimentos como a culpabilidade como fator dificultador, no período após a morte do seu familiar. “a minha mãe sempre me pediu que não a deixassem sozinha no hospital e eu tive de abandonar...” (P3)
Perda de fé	2/2	Codifica os excertos em que os participantes descrevem a perda de fé como fator dificultador, no período após a morte do seu familiar. “Questiono-me porque é que Deus está a fazer sofrer tanto as pessoas. Estou muito revoltado” (P2)
Projetos de vida inacabados	3/5	Codifica os excertos em que os participantes descrevem a perda de projetos de vida como fator dificultador, no período após a morte do seu familiar. “Tinha tanta coisa para fazer com o meu

participantes descrevem a existência de projetos de vida inacabados como fator dificultador, período após a morte do seu familiar. *marido....os meus filhos diziam..."a Mãe vai começar a sair com o Pai..."...ele ia à junta e ia à Associação....ele nunca se dava em casa, estávamos a ver se melhoraria qualquer coisa..." (P1)*

ESTRATÉGIAS DE *COPING*
 (Codifica o conteúdo que se refere a mecanismos de *coping* ativados para lidar com a situação (hospitalização e pós-morte))

ESTRATÉGIAS DE *COPING* ORIENTADAS PARA A AÇÃO
 (Codifica os excertos em que os participantes descrevem estratégias de *coping* que privilegiam a ação)

5/10

"Quando estou no terreno, estou entretido e com uma lista de coisas para fazer, para não esquecer...um destes dias fui ao supermercado, a minha esposa ficou no carro e eu fui comprar as coisas para os canários. E pus-me a fazer uma lista sobre o que quero fazer"
 (P3)

ESTRATÉGIAS DE *COPING* ORIENTADAS PARA A ESPIRITUALIDADE
 (Codifica os excertos em que os participantes descrevem o apoio que usaram no que à espiritualidade, religião diz respeito)

---	4/5	---	<i>“Continuo a falar com Deus e a rezar e a pedir muito...” (P1)</i>
-----	-----	-----	--

ESTRATÉGIAS DE *COPING* ORIENTADAS PARA A MANUTENÇÃO DO VÍNCULO
(Codifica os excertos em que os participantes descrevem as estratégias de *coping* que visam a manutenção da relação com o seu ente querido, após a sua morte)

---	2/2	---	<i>“Tento fazer tudo direito como a minha mãe gostava. Agora vou tentar por o quarto dela, como ela queria” (P2)</i>
-----	-----	-----	--

ESTRATÉGIAS DE *COPING* ORIENTADAS PARA A EXPRESSÃO EMOCIONAL
(Codifica os excertos em que os participantes descrevem as estratégias de *coping* que privilegiam a expressão emocional)

Apoio dos familiares	1/2	Codifica os excertos em que os participantes descrevem estratégias de <i> coping </i> orientadas para a expressão emocional, como o apoio dos familiares, de forma a lidar com a situação da perda do seu familiar.	<i>“Ligo para os familiares” (P5)</i>
Choro	1/1	Codifica os excertos em que os participantes	<i>“tenho alturas que choro” (P4)</i>

		descrevem estratégias de <i>coping</i> orientadas para a expressão emocional, como o choro, de forma a lidar com a situação da perda do seu familiar.
Desconfiança que se tratava do seu familiar	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem estratégias de <i>coping</i> orientadas para a expressão emocional, como a forma a lidar com a situação da perda do seu familiar. “ <i>pois não me conforme com tudo isto...os pertences do meu marido nunca apareceram, nem o Cartão do Cidadão, nem o telemóvel...e fiquei muito desconfiada. Se calhar confundiram o meu marido com outra pessoa e ele não está morto...</i> ” (P1)
Impotência face á necessidade de cuidados	1/1	Codifica os excertos em que os participantes descrevem estratégias de <i>coping</i> orientadas para a expressão emocional, como a impotência face á necessidade de cuidados, de forma a “ <i>o problema foi que ela veio para casa, mas carecia de muito oxigénio e eu estava sempre a ver quando me iria morrer nos braços.</i> ” (P2)

			lidar com a situação da perda do seu familiar.
Insegurança face aos cuidados e culpabilidade	2/4	Codifica os excertos em que os participantes descrevem estratégias de <i> coping </i> orientadas para a expressão emocional, como a insegurança face aos cuidados e culpabilidade, de forma a lidar com a situação da perda do seu familiar.	<i> “Tive que a mandar para o hospital....ela disse que queria morrer na casa dela e eu levei-a para o hospital...eles diziam que estava estável, mas eu não sei!” (P3)</i>
Pensamentos intrusivos da pessoa falecida	2/2	Codifica os excertos em que os participantes descrevem estratégias de <i> coping </i> orientadas para a expressão emocional, como a existência de pensamentos intrusivos da pessoa falecida, de forma a lidar com a situação da perda do seu familiar.	<i> “Quando estou em casa, o facto de ter de passar no quarto dela e não a ver, é muito duro. Quando passava pelo quarto dela, ela levantava logo a cabeça, dá-me umas saudades. Ainda não tive coragem para ir ao cemitério.” (P2)</i>

Revolta e raiva	2/3	Codifica os excertos em que os participantes descrevem estratégias de <i>coping</i> orientadas para a expressão emocional, como a existência de revolta e raiva, de forma a lidar com a situação da perda do seu familiar.	<i>“Eu sinto muita revolta e raiva”</i> (P1)
------------------------	-----	--	--

SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À PERDA
(Codifica o conteúdo que descreve os significados atribuídos à perda)

ACEITAR A REALIDADE
(Codifica os excertos em que os participantes descrevem o facto de aceitarem a realidade da perda, como uma forma de atribuir significado à mesma)

---	1/1	---	<i>“Não há mais nada a fazer. Agora é apenas, viver o dia á dia”</i> (P2)
-----	-----	-----	---

MANTER A ESPERANÇA NO FUTURO
(Codifica os excertos em que os participantes descrevem o facto de manterem a esperança no futuro, como uma forma de atribuir significado à mesma)

---	1/1	---	<i>“Vou deixar correr o tempo (...)”</i> (P5)
-----	-----	-----	---

VIVER O PRESENTE

(Codifica os excertos em que os participantes descrevem o facto de viverem o presente, como uma forma de atribuir significado à mesma)

1/1

“Vou viver um dia de cada vez, não sei o que o futuro me reserva, enquanto isto não endireitar...” (P1)
