

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DO ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUÍS DE CAMÕES”

**ATITUDES PERANTE A MORTE, REGULAÇÃO EMOCIONAL E DEPRESSÃO NO
LUTO**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Stephanie Lourenço Galvão

Orientadora: Professora Doutora Catarina de Oliveira Tomé Lopes Pires

Número do candidato: 30001194

Abril de 2023

Lisboa

Agradecimentos:

Quero desde já agradecer a todas as pessoas que participaram neste estudo, sem elas o mesmo não era possível, mesmo tendo em conta que este tema era delicado para elas todas se disponibilizaram a responder e a ensinar-me a complexidade do tema.

Agradecer também ao Centro Hospitalar Barreiro-Montijo a oportunidade para a recolha da amostra.

Agradecer à professora Doutora Catarina Tomé Pires pela atenção e disponibilidade para me orientar neste trabalho.

Reconhecer o apoio e amizade das minhas colegas nesta etapa de vida.

Por fim, mas o mais importante agradecimento é para a minha família e namorado que ao longo destes anos me deram o suporte, o carinho, para a conclusão deste ciclo.

Obrigado a todos!

Resumo

As pessoas que se encontram em processo de luto manifestam, muitas vezes, mal-estar psicológico associado à perda de alguém (Ramos, 2016). A literatura evidencia a correlação positiva entre as variáveis luto, depressão e dificuldades de regulação emocional. As atitudes mais positivas perante a morte estão associadas a pessoas mais velhas (Asatsa, 2020; Peña-Vargas et al., 2021). Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo explorar o papel de variáveis como a depressão, dificuldades de regulação emocional e as atitudes perante a morte em pessoas em processo de luto. Os participantes (N= 108 adultos maiores de 18 anos) foram divididos em dois grupos (1. luto saudável; 2. luto prolongado) com o efeito de testar diferenças entre os mesmos nas variáveis de estudo. Pretendeu-se, ainda, analisar o papel preditor das variáveis dependente (depressão, dificuldades de regulação emocional e atitudes perante a morte), variáveis sociodemográficas (idade e sexo) e características relativas à perda (há quanto tempo faleceu) que melhor explicam o processo de luto. As variáveis de estudo foram avaliadas através de questionários e analisadas através do test-t e modelo de regressão múltipla hierárquica. Os resultados demonstraram que a variável depressão tinha um grande valor preditivo da variável luto e que pelo contrário as dificuldades de regulação emocional um baixo valor preditivo. Os resultados obtidos estão de acordo com a literatura, mas são necessários mais estudos principalmente com a variável atitudes perante a morte. Este trabalho pretende contribuir para um maior entendimento das variáveis, de modo a desenvolver programas de intervenção psicológica.

Palavras-chaves: Luto prolongado, Luto saudável, Regulação Emocional, Depressão e Atitudes Perante a Morte.

Abstract

People who are in the process of mourning often experience psychological distress associated with the loss of someone (Ramos, 2016). The literature shows a positive correlation between the variables bereavement, depression and emotional regulation difficulties. The most positive attitudes towards death are associated with older people (Asatsa, 2020; Peña- Vargas et al., 2021). The aim of this study is therefore to explore the role of variables such as depression, emotional regulation difficulties and attitudes towards death in people undergoing bereavement. The participants (N= 108 adults over the age of 18) were divided into two groups (1. healthy bereavement; 2. prolonged bereavement) in order to test for differences between them in the study variables. The aim was also to analyze the predictive role of the dependent variables (depression, emotional regulation difficulties and attitudes towards death), sociodemographic variables (age and gender) and characteristics relating to the loss (how long ago the person died) that best explain the grieving process. The study variables were assessed using questionnaires and analyzed using the t-test and hierarchical multiple regression model. The results showed that the depression variable had a high predictive value for the grief variable and that, on the other hand, emotional regulation difficulties had a low predictive value. The results obtained are in line with the literature, but more studies are needed, especially in the field of grief.

Keywords: Prolonged Grief, Healthy Grief, Emotional Regulation, Depression and Attitudes Towards Death.

Índice

| | |
|--|-----|
| Agradecimentos: | II |
| Resumo | III |
| Abstract | IV |
| Índice | V |
| Introdução | 7 |
| Enquadramento teórico | 9 |
| <i>Conceptualização da morte</i> | 9 |
| <i>Conceptualização do luto</i> | 10 |
| <i>Do Luto “saudável” ao Luto prolongado</i> | 13 |
| <i>Luto saudável</i> | 15 |
| <i>Luto prolongado</i> | 15 |
| <i>Fatores de risco do luto prolongado</i> | 18 |
| <i>Modelos teóricos do luto</i> | 22 |
| Depressão | 25 |
| <i>Definição</i> | 25 |
| <i>Prevalência</i> | 25 |
| <i>Luto vs depressão</i> | 25 |
| Regulação Emocional..... | 28 |
| <i>Definição</i> | 28 |
| <i>Regulação emocional e luto</i> | 31 |
| <i>Luto, Depressão e Regulação emocional</i> | 32 |
| <i>Atitudes perante a morte:</i> | 34 |
| <i>Definição</i> | 34 |
| <i>Luto e Atitudes perante a morte</i> | 36 |
| <i>Pertinência do estudo</i> | 36 |

| | |
|---|----|
| <i>Objetivo geral</i> | 37 |
| <i>Objetivos específicos</i> | 37 |
| <i>Hipóteses</i> | 37 |
| <i>Método</i> | 39 |
| <i>Design</i> | 39 |
| <i>Participantes</i> | 39 |
| <i>Instrumentos</i> | 39 |
| <i>Questionário Sociodemográfico e características relativas à perda</i> | 39 |
| <i>Regulação Emocional</i> | 40 |
| <i>Atitudes acerca da morte</i> | 41 |
| <i>Depressão</i> | 42 |
| <i>Luto</i> | 42 |
| <i>Procedimento</i> | 43 |
| <i>Análise de dados</i> | 44 |
| <i>Resultados</i> | 45 |
| <i>Discussão</i> | 59 |
| <i>Conclusão</i> | 64 |
| <i>Referências</i> | 65 |
| <i>Anexos</i> | 79 |

Introdução

Quando se fala de vida é impossível não falar da morte são ambas inerentes à vida do ser humano. De modo geral a vida é encarada como um momento feliz e por outro lado a morte é encarada como um momento triste e associada ao sofrimento. Desde cedo se estuda o luto, mas mesmo assim este tema continua a ser um dos grandes tabus da sociedade. Existem pessoas que perante a morte de alguém conseguem ter um processo de luto saudável e outras pessoas um processo de luto patológico, felizmente a percentagem deste último processo de luto é menor, mas estas pessoas merecem tal reconhecimento e ajuda.

É preciso realçar que os sintomas entre o luto saudável e prolongado são praticamente os mesmo a grande diferença reside na duração de sintomas, na sua intensidade e o impacto dos mesmo no dia a dia do individuo. Podemos nomear a tristeza, raiva, cansaço, anedonia, saudades, ansiedade, isolamento, pensamentos intrusivos, alterações das emoções, sintomas físicos, alteração do sono, dificuldades de concentração. O luto prolongado incapacita a vida dos indivíduos tendo impacto na saúde física e mental dos indivíduos. Podemos verificar que existem fatores de risco ao luto prolongado ou seja são características que aumentam a probabilidade de vir a desenvolver este tipo de luto como por exemplo: o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, personalidade, existência de perturbação psicológicas, causa de morte, perdas anteriores, aspetos culturais, rede de apoio, parentesco com o falecido, tempo da perda.

Ao longo deste trabalho iremos fazer a distinção entre luto e depressão visto que por vezes estes conceitos podem ser facilmente confundidos visto que apresentam os mesmos sintomas tais como: a tristeza, falta de interesse, alterações do sono e do apetite, sentimentos de culpa, pensamentos suicidas, cansaço e dificuldades de concentração. Ao falar de luto é importante falar de regulação emocional pois o luto é considerado um momento stressante e perante o mesmo o ser humano regula pior as suas emoções o que pode dificultar o processo de luto. A depressão, a regulação emocional e as atitudes perante a morte são variáveis que estão interligadas com as cognições, comportamentos e emoções e por isso o interesse de as estudar no processo de luto.

Este trabalho pretende contribuir para um maior conhecimento sobre variáveis psicossociais específicas (depressão, dificuldades de regulação emocional e atitudes perante a morte) no processo de luto podendo os dados do mesmo guiar psicólogos no desenvolvimento

de programas de intervenção psicológica nesta população, com o objetivo de reduzir sintomas aumentando a qualidade de vida de pessoas em processo de luto.

Esta dissertação está dividida em quatro partes. A primeira parte é dedicada ao enquadramento teórico onde se aborda a definição de luto e suas implicações, esclarecimentos das variáveis como a depressão, dificuldades de regulação emocional e atitudes perante a morte. A segunda parte é referida a metodologia utilizada neste trabalho como os instrumentos, o procedimento e a análise de dados de estudo. A terceira parte diz respeito aos resultados obtidos a partir da minha amostra e por fim a discussão e conclusão.

Enquadramento teórico

Conceptualização da morte

Antigamente, a morte era encarada como um acontecimento natural da vida, atualmente com o aumento da esperança média de vida a morte é encarada com menos naturalidade pois existe todo um avanço médico, tecnológico e científico (Da Silva et al., 2012). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020), a morte é o término, irreversível, de todas as funções biológicas que mantêm vivo um organismo. Quando se fala da morte existem muitos sentimentos associados como por exemplo: a pessoa que morre pode sentir medo, pode sentir tristeza por deixar os seus entes queridos e pode sentir felicidade em casos de doença ou dor. A família normalmente sente desgosto, tristeza e raiva, exceto casos de doença ou dor em que podem sentir alívio. Associado ao tema da morte está o desconhecido, a incerteza, a perda de si, o sofrimento, a preocupação e a última oportunidade de salvação e de perdão (Da Silva et al., 2012; Kubler- Ross, 1969).

Quando nascemos sabemos que um dia vamos morrer, ou seja, que a vida e a morte fazem parte da experiência humana. Cada um de nós lida com a morte e o sofrimento de forma diferente o que pode estar relacionado com vários fatores. Mesmo sabendo disto, o tema da morte, ainda é um tabú para certas pessoas na medida em que as mesmas, as escolas, as famílias temem, evitam, ignoram e negam abordar este tema, pois este tema pode ser doloroso para algumas pessoas é também falar do que é desconhecido (Ramos, 2016). A morte é um acontecimento que tem subjacente valores e significados dependentes do contexto social, cultural e histórico. Desde muito cedo que se percebeu que a morte acarretava sofrimento aos outros (Combinato & Queiroz, 2006). De referir que neste trabalho quando falamos de morrer falamos do ato de morrer, óbito, falecimento ou desencarne que é diferente de luto. Quando uma pessoa morre a sociedade sabe que aquela pessoa já não vai estar presente, ou seja, que a morte é irreversível. No entanto, muitas culturas acreditam em coisas diferentes como por exemplo: o catolicismo vê a morte como uma passagem na vida, em que as pessoas são caracterizadas pelas suas ações o que dita se irão para o céu ou para o inferno. No budismo acredita-se na reencarnação após a morte, enquanto o espiritismo acredita na reencarnação e na inexistência da morte. O candomblé entende a continuação da vida através de uma força vital e imortal, a morte não é o final, mas sim a mudança de estado. No judaísmo a alma é eterna e cada pessoa tem um objetivo na vida. Para os islâmicos a morte significa a divisão entre o corpo e a alma, é o fim desta vida, mas o início da eternidade. Os protestantes creem que a morte é o

início da vida com Deus até ao dia da ressurreição. Em certos países como por exemplo Portugal, a morte é encarada como um momento triste e por outro lado, no México festeja-se com comida e bebida. Na China, o funeral estende-se por sete dias e as cores das roupas utilizadas são segundo o parentesco com o falecido (Young et al., 1997). Quando falamos da morte de alguém referimo-nos a uma perda primária, mas em simultâneo ocorrem perdas secundárias como a perda de identidade, falta de objetivos para o futuro e mudança de papéis sociais (Jakoby, 2012; Parkes & Prigerson, 2013).

De acordo com Kovács (1996) é preciso “matar” o falecido dentro de si mesmo seguindo com a sua vida em frente, o que não significa que se deixa de gostar do falecido ou que este seja esquecido. Este mesmo autor afirma que se deve falar sobre a morte pois é falar de uma parte de si e de vínculos que se perdem, sendo importante no processo de luto. Afirma também que quando existe uma doença estamos mais próximo da finitude da vida e que mais facilmente nos deparamos com a morte (Combinato & Queiroz, 2006).

Conceptualização do luto

O luto difere da morte no sentido em que o luto acarreta dor, mágoa, lástima, sofrimento sendo uma resposta normativa ao fenómeno da morte que é considerado como um fenómeno natural. O luto pode ser entendido como a separação de alguém, perda de contato físico, mas que ao mesmo tempo está presente através de memórias, crenças, pensamentos e sentimentos (Freitas, 2018). O luto é uma experiência considerada dolorosa e que afeta o enlutado a vários níveis (físico, psicológico, emocional e o social) acabando por se manifestar em respostas emocionais, fisiológicas, cognitivas e comportamentais (Parkes, 1998). O luto é um processo que fica caracterizado por uma transformação de uma relação física para uma nova relação simbólica e que acarreta sofrimento, emoções, comportamentos e pensamentos (Gabriel et al, 2021). O processo de luto dá origem a uma transformação da relação, ou seja, a relação entre falecido e enlutado deixa de ser física para passar a uma relação interna, simbólica e emocional que são considerados os laços contínuos. O luto é assim uma perda física, mas também uma perda emocional. Estes laços contínuos podem ser benéficos ou prejudiciais segundo o quadro de referências do/a enlutado/a, no primeiro parâmetro se for uma tentativa de aproximação do falecido tendo em conta a realidade (aproximação psicológica em vez de aproximação física), manutenção da identidade e de papéis sociais e no segundo parâmetro se houver pensamentos e sentimentos negativos como a não aceitação da morte, ruminação sobre o falecido (Gabriel et

al. 2021). Existem muitos tipos de luto ao longo da vida como por exemplo: o final de um relacionamento, a perda de um trabalho, no entanto neste trabalho iremos abordar o luto pela morte de alguém próximo (Combinato & Queiroz, 2006).

O processo de luto é diferente para todos os indivíduos e não existe um tempo certo para a sua resolução (Ramos, 2016). O luto é um processo que pode durar meses ou anos e só se considera terminado quando a pessoa consegue pensar sobre o falecido sem dor ou sofrimento, ter memórias felizes sendo por isto capaz de viver a sua vida (Gomes & Gonçalves, 2015; Worden, 2004). Segundo a American Psychological Association- APA (2014), o luto é um processo normal quando alguém perde um ente querido na sua vida. Por norma, passado algum tempo as pessoas conseguem re/fazer a sua vida.

Por outro lado, Fukumitsu (2004) compara o luto a uma ferida porque assim como as feridas curam, cicatrizam e levam o seu tempo, o processo de luto também. A perda de um ente querido é uma “ferida” existencial que pode ser tratada, mas que nunca é sarada. O luto refere-se à perda de alguém que nos é próximo ou que em um momento da vida teve um papel fundamental. Neste contexto a palavra perda é usada metaforicamente, pois não perdemos o falecido como se perdêssemos um objeto, isto é, podemos perder um objeto e existe a possibilidade de o mesmo se encontrado, mas quando falamos da perda pela morte de alguém sabemos que não iremos encontrar essa pessoa, mas mesmo assim as pessoas utilizam estas expressões de modo a suavizar uma realidade que pode ser dolorosa (Gross, 2018). Segundo Bowlby e Parkes (1970), o luto é uma resposta à frustração de uma necessidade de vinculação com uma figura significativa, ou seja, os indivíduos necessitam de estabelecer relações uns com os outros e quando alguém morre a relação acaba podendo levar à ansiedade e dor permanecendo a insegurança. O processo de luto acarreta mudanças psicossociais consideráveis. Segundo os mesmos autores existem 4 fases de luto: (1) dormência/ torpor, (2) procura e saudade, (3) desorganização e desespero, (4) reorganização (Bowlby & Parkes, 1970).

Franco (2002) menciona cinco dimensões cruciais perante o luto: (1) a dimensão intelectual que engloba a confusão, a falta de concentração, a desorganização, a desorientação e a negação; (2) a dimensão emocional que é composta por choque, raiva, culpa, depressão, saudade, solidão, negação, ansiedade, confusão e medo; (3) a dimensão física que se caracteriza por alteração do sono e do apetite, palpitações cardíacas, dor de cabeça, inquietação, choro, boca seca, perda da libido, aumento ou perda de peso; (4) a dimensão espiritual que engloba

sonhos, perda ou ganho de fé, questionamento de valores, desilusão para com o seu Deus e por fim, (5) a dimensão social que se caracteriza pela perda de identidade e isolamento social.

Desta forma, quando nos referimos ao luto este abarca muito mais que a morte de alguém e inclui também a perda de coisas reais e simbólicas. Psicologicamente as perdas simbólicas tem grande impacto e podem ser tais como: a perda de sonhos, a perda de esperança na vida, a perda de fé, a perda de um papel social (Gross, 2018). Segundo Freud, as primeiras experiências traumáticas são a base para os estados afetivos que ficam intrínsecos na mente e que são ativados em momentos semelhantes (Cavalcanti et al., 2013). Na perspectiva psicanalítica, o luto é entendido como a perda objetal, ou seja, quando ocorre a perda do objeto permanece um desinteresse pelo mundo o que obriga a reestruturação da libido que até então estava investido no objeto perdido. Para Freud, o trabalho de luto é o processo em que o indivíduo se desprende libidinalmente do objeto perdido, ou seja, o fim da relação eu- tu. Para o mesmo autor, o luto bem resolvido requer a separação dos laços emocionais com o falecido e investir energias em novas relações (Alcântara & Silva, 2021; Gabriel et al., 2021).

Na perspectiva humanista, o luto é considerado a consciência do final de vida dos indivíduos e o fim da relação com aquela pessoa. Esta perspectiva trabalha com o enlutado o “aqui e agora” e a relação eu- tu, tendo em conta que o outro já não existe. A morte é encarada como ameaça ao self (Alcântara & Silva, 2021).

Segundo a perspectiva analítica comportamental, quando alguém morre existem alterações na vida do enlutado criando adversidades como a perda de valores e comportamentos de fuga, como por exemplo, evitar pensar sobre a morte e suprimir emoções e memórias (Alcântara & Silva, 2021). Os rituais fúnebres são um momento importante para o processo de luto, isto porque é considerado a última despedida e a última homenagem ao falecido. Em casos em que não é possível esta última despedida e homenagem, como por exemplo um desaparecimento, a não visualização de um corpo, possibilita a esperança ou a incerteza o que vai dificultar o processo de luto ou a não realização do mesmo (Boss, 1999). A situação pandémica veio modificar estas últimas despedidas e homenagens o que prejudicou o processo de luto das pessoas afetadas por esta realidade. Segundo as normas da Direção Geral de Saúde (DGS, 2019) as cerimónias contaram com menor número de pessoas, com distanciamento social, utilização de máscara, a não visualização do corpo e por vezes, o adiamento das cerimónias. Esta última homenagem aos falecidos fica caracterizada como atípica dado não se poder contar com o total apoio dos familiares e amigos (Aguiar et al., 2020; Zhai & Du, 2020).

Para além disto o vírus SARS - COV- 2 veio modificar o quotidiano das pessoas, pois estas tiveram de se reajustar a este tendo impacto nos seus comportamentos, emoções, cognições e situação socioeconómica. Um estudo desenvolvido em Portugal, na população geral, demonstrou que a pandemia teve repercussões psicológicas consideradas de moderado a severo em aproximadamente 50% da amostra (Paulino et al.,2020). Este vírus veio aumentar o número de mortos em Portugal e no mundo, o que veio reforçar a ideia de que é essencial desenvolver estratégias para ajudar as pessoas a ultrapassar o luto.

As pessoas que passam por um processo de luto podem desenvolver comportamentos diferentes umas preferem evitar locais que façam lembrar o falecido, outras pelo contrário, deslocam-se por exemplo ao cemitério para se sentirem mais perto do falecido, outras preferem guardar alguns pertences do falecido para um dia mais tarde relembrar. Outros comportamentos como chorar, gritar ou chamar pelo falecido podem funcionar como o alívio da angústia (Franco, 2002). Os profissionais de saúde enfrentam o luto com o doente aceitando as emoções e o sofrimento. Algumas recomendações para os enlutados são: (1) não adiar o luto, é importante viver o processo de luto exprimindo as emoções e sentimentos, (2) não se isolar das outras pessoas estas podem ser uma ajuda, (3) cada pessoa leva o seu tempo e este deve ser respeitado, (4) manter as rotinas e (5) manter atividades que lhe dão prazer e valorizar o autocuidado (Ordem dos psicólogos - OPP, 2020).

Do Luto “saudável” ao Luto prolongado

Desde cedo que se procura entender o processo do luto sendo este uma experiência comum a todos nós, mas individual na medida em que é diferente de pessoa para pessoa (Howarth, 2011). Muitas das vezes, os indivíduos não conseguem encontrar um equilíbrio após a morte de um ente querido, o que os faz ficar “presos” ao sofrimento. É nestas situações que o luto deixa de ser uma reação natural adaptativa e passa a ser uma “prisão” onde só há sofrimento e angústia (Boss, 2010). Por norma o processo de luto inicia-se com sentimentos de descrença, tristeza, raiva que reflete uma resposta afetiva normal à perda e com o tempo surge um entendimento de uma nova realidade em que o falecido já não está presente (Kubler-Ross, 1975). Neste processo, existe uma grande mudança de vida nos enlutados que necessitam de continuar a sua vida tendo por isso novos papéis sociais, desempenhando novas atividades do dia a dia e estabelecendo novas amizades (Kovács, 1996). É um processo que requer adaptação a uma nova fase de vida, mas que nem todos os indivíduos encontram recursos emocionais e psicológicos para lidar de forma adaptativa com a morte e é nestes casos, mais em concreto,

que se deve procurar ajuda psicológica de modo a não deixar progredir a sintomatologia não adaptativa (Kubler- Ross, 1975). Rando (1993) apresenta seis processos para a elaboração do luto: (1) reconhecer o luto, (2) reagir à separação, (3) experienciar momentos antigos com o falecido, (4) isolamento social, (5) refazer/ adaptar-se a uma nova vida e (6) investir em novas relações sociais. Atualmente, está demonstrada a importância e eficácia dos grupos terapêuticos de luto onde a entreadjuada entre pessoas que estão a passar pela mesma situação as ajuda a superar o luto (Rebelo, 2005).

A distinção entre o luto saudável e o luto prolongado tem a ver com a forma como os sintomas tem impacto no dia a dia dos enlutados, assim, como a duração e intensidade dos sintomas (Prigerson et al., 2008). Segundo Maciejewski et al. (2007) considera-se o diagnóstico de perturbação de luto prolongado quando existem sintomas por mais de 6 meses após a perda de alguém. Por outro lado, a mais recente versão da American Psychological Association (APA, 2022) menciona que são necessários 12 meses para adultos e 6 meses para crianças e adolescentes para se poder fazer um diagnóstico. Muitas pessoas relatam que após a perda começam a ter alucinações com o falecido, isto pode ser considerado normal devido ao choque e stress da perda se for nos seis meses após a perda, mas já não é considerado adequado depois desse tempo, pois indica a incapacidade de o indivíduo se separar do falecido o que pode indicar um processo de luto prolongado (Jacobs et al., 2000).

Em geral, existem vários fatores de risco que potenciam o desenvolvimento do luto prolongado como fatores interpessoais e fatores intrapessoais. Os primeiros são como fatores externos em que o indivíduo não tem controle como por exemplo: o ambiente em que se insere, o suporte social, a dinâmica familiar e fatores culturais. Quanto maior o suporte social melhor a adaptação ao luto, funcionando como um fator de proteção. A família quando perde um membro é o primeiro suporte de apoio de qualquer indivíduo e por isso é fundamental que está esteja unida. Os fatores de risco intrapessoais são aqueles que estão intrínsecos no indivíduo como por exemplo: o estilo de vinculação com o falecido e a personalidade. Quanto mais seguro for o vínculo entre falecido e enlutado melhor será a adaptação ao luto, por outro lado, uma personalidade com traços mais depressivos irá desenvolver uma pior adaptação ao luto (Burke & Neimeyer, 2013; Horowitz et al., 1997; Stroebe & Schut, 2005).

Luto saudável

De acordo com a APA (2014) após a morte de um ente querido é normal que se siga momentos caracterizados por sentimentos de tristeza, raiva, cansaço, anedonia, saudades, ansiedade, isolamento, pensamentos intrusivos, alterações de emoções, sintomas físicos, alteração do sono, dificuldades de concentração e preocupação com a morte. Estes sentimentos são considerados normais e naturais perante uma situação complicada e stressante. Geralmente, estes sentimentos vão gradualmente desaparecendo dando lugar a sensações mais positivas não precisando assim de ajuda profissional. Segundo a (OMS, 2020) o tempo em que normalmente decorre é de seis meses. De realçar que o luto saudável implica a aceitação da morte, uma nova adaptação a uma realidade em que o falecido já não se encontra presente e ainda a capacidade de integrar aspetos do falecido na identidade e capacidade de ter novas relações sociais e novos papéis sociais. Quanto maior as capacidades das pessoas para se adaptarem à perda mais facilmente resolvem o luto (Franco, 2009; Prigerson & Jacobs, 2001). Existe concordância na literatura que este tipo de luto é o mais frequente na população, isto significa que as pessoas encontram estratégias, recursos internos ou externos para lidar com o sofrimento e assim voltar ao seu funcionamento normal (Kubler- Ross, 1975).

Luto prolongado

Tem se verificado um esforço por parte dos autores em inserir a perturbação de luto prolongado no manual de diagnóstico e estatístico de perturbações mentais, isto porque nas versões anteriores este tema não vinha descrito porque se afirmava que todas as reações e sintomas de luto eram normais perante a perda de um ente querido, atualmente este tema já vem descrito e considera-se que existem reações psicopatológicas no processo de luto (Bryant, 2012). O clínico deve ter em atenção a data de início dos sintomas assim como a possibilidade de comorbilidades (Widera & Block, 2012).

Segundo a APA (2014), uma perturbação mental é caracterizada por uma alteração clínica significativa nos comportamentos, emoções e pensamentos que acarreta sofrimento e dificuldades sociais e que afetam o dia a dia do indivíduo. Para além disto, os sintomas devem permanecer com duração e intensidade superior ao que é esperado culturalmente. Mais recentemente, de acordo com a APA (2022), os critérios de luto prolongado são: (1) distúrbio de identidade como que uma parte de si tivesse também morrido, (2) sentimentos de injustiça, raiva, tristeza, (3) dificuldades em retomar a vida, (4) isolamento social e (5) redução de

experiências emocionais (Prigerson et al., 2009). Para ser feito um diagnóstico em adultos é necessário a presença de sintomas após 12 meses da morte (APA, 2022).

O luto prolongado fica assim caracterizado com uma alteração dos estados afetivos: a nível (1) emocional, (2) cognitivo, (3) comportamental, (4) sintomático. A nível emocional verificamos a tristeza, a angústia, a culpa, o anseio, incapacidade de regular as emoções, sentimento de que a vida já não faz sentido, desejo que o falecido volte, não aceitação da morte e a preocupação com o falecido. A nível cognitivo verifica-se os pensamentos e memórias sobre o falecido e sobre a morte. A nível comportamental verificamos um isolamento social, perda de contatos sociais, procura pelo falecido, deixar de ter rotinas. Depois verificamos a nível de sintomas palpitações, irritabilidade, agitação, aperto no peito e na garganta, sensibilidade ao ruído, sensação de despersonalização, falta de ar, fraqueza muscular, anedonia, cansaço e boca seca (Rando, 1993). E por fim podemos verificar perturbação do sono e perturbação de identidade (Prigerson et al. 2001; Widera & Block, 2012). Estes sintomas não podem ser explicados por outras perturbações como a depressão, uso de substâncias e stress pós-traumático (APA, 2022).

Estas pessoas encontram-se como “presas” e “agarradas” a esse luto que não as deixa seguir em frente na vida (Boss, 2010). Em casos mais graves, pode existir tentativas de aproximação com o falecido (suicídio) (Silva et al., 2017). Estas pessoas podem apresentar como comorbilidade depressão, stress pós-traumático e ansiedade (APA, 2014). Segundo Periyakoil e Hallenbeck (2002) pessoas que apresentam luto prolongado estão mais propensas a ter outros problemas a nível laboral, social e de saúde como por exemplo depressão, consumo de substâncias, aumento da tensão arterial, cancro e doenças cardiovasculares. A prevalência deste tipo de luto é maior em mulheres, mulheres mais velhas, baixa escolaridade, sem suporte social, baixo nível socioeconómico e que tenham perdido um filho ou o cônjuge (Kersting et al., 2011; Maciejewski & Prigerson, 2017). Dentro do luto patológico existe subtipos como o (1) luto crónico, (2) luto inibido, (3) luto traumático, (4) luto complicado, (5) luto preparatório e (6) luto antecipatório (Parkes, 1998). Em seguida, iremos destacar cada um destes subtipos de forma a melhor os caracterizar. Quanto ao primeiro subtipo, as pessoas que apresentam **luto crónico** sentem dificuldades no seu processo de luto manifestando atordoamento, confusão, dor emocional, amargura, raiva, culpa, perda de sentido da vida, isolamento social e sentindo-se estáticas no tempo. Apresentam maior dependência na relação com o falecido e a tristeza e as saudades podem dificultar a consciência da perda. O **luto inibido** também designado como luto mascarado, latente ou adiado, é caracterizado como o próprio nome indica pelo evitamento do

sofrimento do luto assim a como presença de pensamentos intrusivos, sintomas físicos, tensão emocional e evitamento em falar sobre o falecido. Frequentemente apresentam sintomas de perturbações do sono, dificuldades de concentração, dificuldades relacionais, sentimentos de impotência, solidão, agressividade, irritabilidade e não pelo luto em si. Neste subtipo de luto não encontramos, normalmente, alteração no funcionamento de vida das pessoas. O **luto traumático** é descrito pelas perdas assustadoras, intensas e inesperadas como o suicídio e homicídios. Estes indivíduos descrevem sentimentos como insegurança, desamparo, vazio e vulnerabilidade e apresentam perturbação do sono, perturbação do apetite, alteração das rotinas e maior dificuldades em regular as emoções. Neste subtipo de luto é aparente que o tipo de morte/perda de alguém pode “atrasar” o processo de luto. O **luto complicado** é multideterminado e idiossincrático pelos recursos dos indivíduos, no que toca à relação com o falecido, á rede de apoio e as circunstâncias da perda. Estes indivíduos apresentam dificuldades na regulação emocional o que faz com que apresentem dificuldades em experienciar, descrever, explorar e integrar estados emocionais o que dificulta o processo de luto. Esta vulnerabilidade acaba por afetar os comportamentos, as emoções, as cognições e as sensações somáticas das pessoas que se refletem na relação com os outros e com o próprio na forma como encaram o mundo e o seu sentido (Gabriel et al., 2021). Segundo (APA, 2014) o luto complicado, é uma disfunção psicobiológica em que o processo de cura está mais demorado levando a défices de memória e défice na resolução de problemas. Outro subtipo de luto é o chamado **luto preparatório**. Doentes terminais apresentam este subtipo de luto pois é a preparação para a separação com o mundo. Estes doentes ficam mais pensativos refletindo sobre o passado (acontecimentos importantes), o presente (condição física e mental) e o futuro (impossibilidade de vivenciar momentos importantes). Finalmente, o **luto antecipatório** é realizado pelas famílias de doentes terminais que vivenciam o processo de luto antes mesmo da morte ocorrer (Gabriel et al., 2021). Quando um familiar não aceita a doença pode-se prever a possibilidade de um luto prolongado (Rotter, 2000).

Segundo Shear (2015) apenas existem diferenças semânticas no luto complicado e luto complexo persistente. A terminologia de luto complicado é mais antiga e é explicada por como o próprio nome indica como uma complicação do luto, ou seja, as depressões, o stress pós-traumático, a perturbação de ansiedade é que originam a patologia e não o luto em si. Mais tarde percebeu-se que o luto prolongado deveria ser reconhecido como uma perturbação mental pois também apresenta sintomas duradouros e intensos que prejudicam a qualidade de vida dos indivíduos e que não são esperados socialmente e culturalmente. A perturbação de luto

prolongado e a perturbação de luto complexo persistente tem diferenças apenas semânticas (Maciejewski et al., 2016; Maciejewski & Prigerson, 2017).

Os profissionais de saúde devem ter em consideração que luto prolongado é diferente de (1) depressão, (2) stress pós-traumático, (3) perturbação de ansiedade e (4) perturbação de adaptação. O luto difere de (1) depressão na medida em que uma pessoa com luto prolongado pode ser ajudada e apoiada, por outro lado uma pessoa com depressão pode ser tratada, pessoas com luto prolongado sentem um vazio e tristeza pela irreversibilidade da morte, nestes casos a autoestima mantém-se, enquanto uma pessoa com depressão permanece um humor deprimido constante e apresenta baixa autoestima. De realçar que no luto as memórias e os pensamentos são sobre a morte e o falecido o que não acontece na depressão em que existe ruminações, autocriticas e pessimismo. Na depressão existe ideação suicida porque a vida não faz sentido que é diferente de uma tentativa de aproximação com o falecido. O luto difere de (2) stress pós-traumático pois os pensamentos negativos e disfuncionais em casos de luto prolongado são sobre o falecido e a morte e não sobre um acontecimento ou experiência de vida. O luto difere de (3) perturbação de ansiedade pois nesta existe a possibilidade de ter ou vir a ter doença por outro lado o luto implica a preocupação, a tristeza e memórias do falecido. Por fim a (4) perturbação de adaptação pode ocorrer após a morte de um ente querido e nestes casos é de extrema importância o início, a duração e a intensidade de sintomas assim como as normas culturais e religiosas (APA, 2022; OMS, 2020).

Uma em cada 10 pessoas enlutadas desenvolve perturbação de luto prolongado (Lundorff et al., 2017). Szuhany et al. (2021) calcula que cerca de 7 a 10% dos adultos enlutados irão passar por sintomas de luto prolongado. Indivíduos com mais probabilidade são: adultos mais velhos, pessoas com antecedentes de depressão ou perturbação bipolar, prestadores de cuidados ao seu parceiro e ainda em casos de morte traumática. O luto prolongado está associado a uma comorbilidade com a depressão, stress pós-traumático e ansiedade. Outro problema comum nestes casos (80%) é os problemas de sono que acabam por afetar as pessoas a longo prazo. Fatores de proteção podem ser a espiritualidade, a religião e os cuidados paliativos (Burke & Neimeyer, 2013).

Fatores de risco do luto prolongado

Por fator de risco entendemos uma variável ou condição que faz aumentar a probabilidade de a pessoa vir a desenvolver uma determinada doença ou característica e que

pode afetar a saúde, o bem-estar, o psicológico e a relação com a sociedade (Haggerty et al., 2000). Podemos afirmar que um fator de risco não é a causa, mas sim a justificação ou a previsão (Prigerson et al., 2009; Tofthagen et al., 2011). Os fatores de risco podem ser genéticos, biológicos e psicossociais.

No contexto de luto, a literatura evidência que o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a presença ou ausência de perturbação psicológica, a causa de morte, as perdas anteriores, o grau de parentesco e o tempo de perda influenciam negativamente o processo de luto (Prigerson et al., 1997). Segundo a literatura, as mulheres expressam mais facilmente as suas emoções e procuram mais facilmente ajuda psicológica que os homens, as mulheres são mais emocionais e os homens mais racionais e por isso estes procuram por exemplo voltar ao trabalho (Chiu et al., 2010; Walsh & Mcgoldrick, 2013). O ser humano tem uma tendência para mais facilmente encarar o envelhecimento do que a morte por isso os jovens/ adultos não pensam na morte pois é coisa para os mais idosos (Rotter, 2000; Sanders, 1993). Os mais idosos apresentam maior aceitação perante a morte e nesta fase de vida dão importância o bem-estar emocional. Nesta faixa etária as pessoas utilizam a espiritualidade e a religião como estratégia para enfrentar a morte (Da Silva et al., 2012). Pessoas que perderam o seu conjugue apresentam menor interesse pela vida, maior isolamento social e mais doenças físicas como as cardiovasculares, o que faz com que a taxa de mortalidade aumente nestes casos (Stroebe et al., 2006).

Pessoas com menos habilitações literárias apresentam maior dificuldade no seu processo de luto. A presença de uma perturbação psicológica pode prever um luto prolongado, por exemplo uma pessoa com traços de personalidade mais depressivos vai ter pior adaptação ao processo de luto pois são pessoas que apresentam menos recursos para a sua recuperação, normalmente dão mais importância ao falecido do que às pessoas que ainda se encontram vivas (Fujisawa et al., 2010; Neimeyer, 2001; Thomas et al., 2014). Acidentes, suicídio e homicídios são consideradas mortes traumáticas e aumentam a probabilidade de luto prolongado isto porque estão associadas a mais sofrimento e a uma morte inesperada (Currier et al., 2006; Keese et al., 2008). As perdas anteriores podem indicar como o indivíduo lida com a morte assim como a sua resiliência ou a sua vulnerabilidade em situações adversas. Deste modo, as perdas anteriores tem consequências sobre perdas presentes e podem suscitar medo e pensamentos negativos (Walsh, 2019).

Quando um familiar morre o funcionamento familiar vê-se alterado o que afeta a mesma. Desta forma, é importante considerar que papel tinha o falecido na família, a integração emocional da família e a facilidade ou não da expressão emocional. Neste momento vital, a família deve procurar uma boa comunicação, entreaajuda, respeito e tolerância. Muitas das vezes, a perda de alguém une mais os familiares (Chiu et al.,2010; Kubler- Ross, 1975). Quando um familiar morre, uma parte de nós também morre, ou seja, perdemos também uma parte do nosso self, por exemplo se era hábito ir beber café com o falecido, agora ir beber café pode deixar de ser um hábito e podia ser algo que até gostávamos. Perante a morte de um familiar é preciso analisar como a família está a lidar com essa perda isto porque quando um familiar morre perdemos a definição de self, ou seja, o falecido deixou uma marca na nossa própria identidade/ no nosso self um exemplo disso é ir no passado ao café com o falecido e agora deixar de ir por ele já não estar cá ou por não ter com quem ir. A família atribui à morte um significado que pode influenciar e ser influenciada por mudanças que haja no seio familiar, ou seja, há novos significados para a morte assim como menos membros da família para esse significado (Boss, 2010). Para algumas famílias o estatuto socioeconómico pode ser uma preocupação acrescida perante a morte de um familiar. Quanto mais significativo for o grau de parentesco e a proximidade maior será a probabilidade de ter luto prolongado para além de consequências negativas a nível académico, social, laboral e de saúde mental (Barreto et al., 2008; Walsh & Mcgoldrick, 2013; Servaty-Seib & Pistole, 2007).

Segundo a literatura o sofrimento da perda de um filho é extremamente doloroso é considerada contranatura (Rubin et al., 2009). Em casos de recém-nascidos ou em casos de aborto espontâneo as mães podem sentir culpa e este acontecimento pode prejudicar o casal assim como os objetivos pessoais. A perda de um irmão pode levar ao afastamento de crianças e adolescentes tornando um luto patológico com sentimentos de culpa. Os pais podem sentir-se menos disponíveis para o outro filho, pode também ter o efeito contrário e tornarem-se extremamente protetores, mas este filho nunca vai substituir o filho perdido (Walsh & Mcgoldrick, 2013). Quando uma criança pequena perde um dos progenitores pode ficar sentimentos de medo e de abandono, dificuldades em estabelecer relações, dificuldades em gerir emoções e depressão (OMS, 2020). É de extrema importância como a criança recebe a notícia pois elas nem sempre percebem o conceito da morte, por exemplo aos 6 anos a criança relaciona a morte ao hospital, a violência e a doença, mas não sabem que ela mesmo um dia vai morrer, aos 8 anos a criança já entende que a morte é irreversível, mas é entendida como um castigo e acaba por não aceitar a perda e aos 9 anos a criança sente angústia pela morte de alguém e sabe

que a mesma acontece a todos. Em adolescentes podem surgir conflitos entre familiares e em adultos podem surgir adversidades no trabalho, nos objetivos pessoais e trabalho acrescido com o progenitor que fica viúvo. Por norma, os filhos, já adultos, compreendem melhor que os seus pais um dia vão falecer o que ajuda no processo de luto. O mesmo acontece com os avós, pela lei da vida é esperado que os avós morram primeiro que os filhos ou que os netos (APA, 2022). A perda do conjugue em fases mais precoce é inesperada, deixando para além do sofrimento a sobrecarga de cuidar dos filhos, em casais mais velhos a perda do conjugue deixa a impossibilidade de realizar sonhos que tinham sido adiados. Nestes casos as mulheres aceitam mais facilmente a ajuda profissional. Espera-se que as pessoas ganhem recursos e estratégias para ultrapassar a morte de um familiar, por norma quem perdeu recentemente um ente querido tem mais significado (Rubin et al., 2009).

Outros fatores de risco de luto prolongado são: a cultura e religião pois estas influenciam as crenças e comportamentos sendo que pessoas mais religiosas apresentam processo de luto menos prolongado, rede de apoio pois é aqui que os enlutados podem encontrar estratégias para melhor adaptação e por isso quanto maior a rede de apoio menor será o processo de luto e a personalidade por exemplo traços de personalidade mais depressivas e pessoas que se consideram fortes e que as outras também a consideram forte tem mais dificuldade em expressar os seus sentimentos e por isso maiores dificuldades no seu processo de luto (Walsh & Megoldrick, 2013).

O luto prolongado está associado a mais fatores de risco com impacto na saúde física e mental o que pode levar mesmo à mortalidade, quanto maior a vulnerabilidade do individuo maior serão os fatores de risco (Burke & Neimeyer, 2013). Existe ainda fatores de risco (1) antes da perda, (2) relacionado com a perda e (3) depois da perda. No (1) encontram-se fatores ligado com o sexo, estatuto socioeconómico, existência de perturbação psiquiátrica e a relação com o falecido, (2) no que se refere a fatores de risco relacionados com a perda encontramos as circunstâncias da morte como por exemplo a causa de morte, se era uma morte esperada ou repentina, se estava presente no momento da morte, (3) fatores de risco depois da morte encontram-se a capacidade do individuo para lidar com situações adversas e a falta de suporte social (Direção Geral de Saúde, 2019; Stroebe et al., 2006).

Modelos teóricos do luto

Os primeiros modelos teóricos defendiam o luto como um processo individual emocional em que o indivíduo tinha um papel passivo no seu próprio processo de luto. Na Idade Média o processo de luto fica caracterizado por lamentações públicas, agressões autoinfligidas, falta de autocuidado isto porque se pensava que era um modo de preservar e homenagear a pessoa falecida, assim como de garantir que o falecido ia para a vida eterna. Estes comportamentos ajudavam a que os enlutados tivessem apoio e ao mesmo tempo estabilidade emocional. Já na Idade Moderna existe uma mudança de pensamento em que Deus colocou o falecido num lugar melhor e que esta decisão deve ser respeitada e aceite. Nesta época vigorou os rituais fúnebre e o vestuário preto. Na Visão Contemporânea existe uma tendência para atribuir patologia a todo o comportamento das pessoas em processo de luto, como se a pessoa em luto não tivesse esse direito. O ser humanos tem dificuldade em lidar com a morte pois este não consegue lidar com a idade de morrer (Gabriel et al., 2021).

Existem vários modelos de luto que podem ser interessantes incluir no enquadramento teórico deste trabalho com por exemplo: (1) o Modelo de Cinco Estágio (Kübler-Ross, 1969), (2) Modelo Experiencial (Hogan et al., 2001), (3) Modelo de Quatro Componentes (Bonanno & Kaltman, 1999), (4) Modelo de Tarefa (Worden, 2004/ 2018), (5) Modelo de Processo Duplo (Stroebe & Schut, 1999) e o (6) Modelo de Duas Faixas (Rubin, 1999; Rubin et al., 2009).

O Modelo de Cinco Estágios (Kübler-Ross, 1969) menciona o processo de luto em cinco etapas: (1) negação, (2) raiva, (3) negociação, (4) depressão e (5) aceitação (Kubler- Ross, 1965). Quanto à primeira fase (i.e., negação) é o momento em que as pessoas não acreditam que podem correr riscos mortais e por isso desvalorizam a situação, enquanto a segunda fase, a raiva, refere-se ao reconhecimento que algo não está bem e encontram-se sentimentos e por vezes comportamentos de raiva e injustiça para com o falecido, com os outros e a si mesmo. A negociação é uma fase em que a pessoa tenta negociar com Deus, isto traduz uma estratégia de defesa e interiorização da morte. Na fase da depressão em que há uma compreensão da morte, é frequente sentimentos de desanimo, desmotivação, tristeza, choro e por final, a aceitação que não existe mais nada a fazer e que só resta aceitar a morte onde se caracteriza por uma paz e um bem-estar emocional. Estas fases não tem uma duração específica nem são lineares ou obrigatórias (Kubler- Ross, 1965; Ramos, 2016; Silva et al. 2017).

O segundo modelo de luto nomeado Modelo experiencial (Hogan et al., 2001) refere seis dimensões que fazem parte de um processo de luto saudável: (1) desespero, (2)

comportamentos de pânico, (3) culpa e raiva (4) desinteresse, (5) desorganização e (6) crescimento pessoal. A primeira dimensão caracteriza-se por sentimentos de tristeza e solidão, a segunda comportamentos de ansiedade, pânico e reações somáticas, a terceira dimensão sentimentos de culpa, raiva e injustiça, a quarta pela mudança de identidade, isolamento social e a relação perdida com o falecido, a quinta pela desorganização da nova realidade como problemas de concentração e memória e por fim, o crescimento pessoal que engloba a maior empatia, otimismo e desenvolvimento pessoal.

O Modelo de Quatro componentes do luto desenvolvido por Bonanno e Kaltman (1999) destaca (1) a contexto da perda, (2) o significado atribuído à perda, (3) a mudança da representação da perda e (4) o papel das emoções. O contexto da perda é caracterizado pelo motivo da morte, idade e sexo do falecido, relação com o mesmo, redes de suporte de apoio e a compreensão cultural da morte. A segunda componente refere-se as preocupações relacionadas com a morte e com as questões do dia a dia. Enquanto o terceiro refere-se à relação entre enlutado e falecido e por fim, as estratégias que os enlutados encontram para lidar com o processo de luto.

Outro modelo interessante para entender o luto é Modelo de Tarefa de Worden (2008) salienta que são necessárias quatro tarefas para um luto adaptativo: (1) aceitação da realidade, (2) experienciar o sofrimento (3) adaptação à vida sem o falecido e (4) realocização do falecido. Aceitar a realidade é compreender que o falecido já não vai voltar, os enlutados devem experienciar o sofrimento da perda de um ente querido mesmo que isso seja doloroso, devem também continuar a viver a sua vida mesmo que agora sem o falecido e por último devem procurar ter uma conexão emocional com o falecido (Worden, 2008). De acordo com o mesmo autor este menciona seis características a ter em conta num processo de luto: (1) o grau de parentesco, (2) a relação, (3) causa de morte, (4) antecedentes pessoais, (5) personalidade e por fim (6) social. A primeira característica averigua quem era o falecido, qual a sua história e importância na vida do enlutado, a segunda característica explora a relação entre os dois. A terceira característica de luto para este autor afirma que a causa de morte pode ser preditor de luto prolongado na medida em se a morte foi algo inesperado, em circunstâncias traumáticas, se existe corpo, como foi recebida a notícia. Os antecedentes históricos são outro fator preditor, ou seja, pessoa que já tenha sofrido de depressão, ou tenha tido uma adaptação difícil a um luto no passado tem maior probabilidade de vir a desenvolver um luto prolongado. Variáveis como a personalidade que englobam a forma como o enlutado lidam com o stress e a ansiedade, capacidade de resolver adversidades, conceito de si, características como o sexo e a idade

também são importantes. Pessoas mais extrovertida e sensíveis expressam melhor os seus sentimentos e emoções não tendo vergonha de demonstrar que estão a sofrer com a morte. Por fim as variáveis sociais como a cultura, etnia e religião que envolvem o enlutado e as redes de apoio do enlutado (Worden, 2018).

O Modelo de Processo Duplo (Stroebe & Schut, 1999) realça que em todo o processo de luto saudável, que começa com a morte e acaba com a reconstrução a uma nova realidade, existe stress. De acordo com este modelo o stress manifesta-se nos pensamentos e sentimentos sobre o falecido e na relação com o mesmo assim como em novas atividades, conhecer novas pessoas, novos papéis na sociedade e mudanças de vida. Todo o processo de luto fomenta emoções negativas e positivas e é importante analisar a forma como o enlutado se adapta a esta realidade.

O Modelo de luto de Duas Faixas (Rubin, 1999; Rubin et al., 2009) foca-se no enlutado e no falecido. Neste modelo as cognições, os comportamentos, as emoções e o suporte social do enlutado são tidas em conta assim como a relação com o falecido. Os autores neste modelo também defendem que existe stress no luto, numa primeira fase nos pensamentos sobre o falecido e na circunstância da morte e numa segunda fase nas mudanças de vida como novos papéis sociais e novas relações, para além disto neste modelo é referida a possibilidade de mudanças na personalidade, ou seja, o enlutado depois de perder o falecido pode visualizar a vida de uma forma mais fria e injusta, pode apresentar emoções mais negativas, pode isolar-se de outras pessoas, perder o interesse em coisas que antes gostava (Rubin, 1999; Rubin et al., 2009).

Tal como já foi mencionado anteriormente o processo de luto é individual e único para cada pessoa e por isso Neimeyer (1999) introduz dois conceitos: (1) fazer sentido a morte e (2) benefícios da morte. O primeiro conceito está interligado com o entendimento e aceitação da morte e o segundo conceito está ligado ao desenvolvimento de relações mais fortes dentro da família, maior empatia com pessoas que estão a passar pelo mesmo, mudanças de vida mudança de objetivos pessoais e em casos de doença deixar de ver o familiar em sofrimento. Os estudos sobre o luto afirmam que pessoas que conseguem atribuir sentido à morte apresentam uma melhor adaptação ao luto (Holland et al., 2006). O conceito de fazer sentido traduz-se pela capacidade de compreender a perda, a explicação da mesma e a capacidade de dar a volta por cima. Pessoas que procuram benefícios no processo de luto apresentam melhorias a longo prazo. O conceito de benefícios da morte traduz-se pelo significado da perda que acarreta a

capacidade dos entes queridos de encontrar nas adversidades coisas mais positivas. A intensidade dos sintomas de luto após uma perda considerada violenta pode ser esclarecida pela incapacidade de fazer sentido (Davis et al., 1998).

Depressão

Definição

A depressão é um aspeto essencial a considerar no contexto do luto. Esta pode ser caracterizada pela tristeza (humor depressivo), falta de interesse por coisas que antes havia interesse (anedonia), alterações do apetite, alterações do sono, fadiga, dificuldades de concentração, indecisão, pensamento suicida, sentimentos de culpa, inutilidade, impotência e desespero. Para ser diagnóstica depressão é importante ter em conta a durabilidade e intensidade dos sintomas (APA, 2022). As perturbações depressivas caracterizam-se por humor depressivo como a tristeza, irritabilidade e sentimentos de vazio, perda de prazer, acompanhados de sintomas cognitivos, comportamentais ou neurovegetativos que afetam a vida do indivíduo a nível laboral, individual, familiar, social, ocupacional, educacional. Este diagnóstico não deve ser feito a pessoas que já tenham experienciado episódios maníacos mistos ou hipomânico. Estes critérios não podem preencher os requisitos de outra perturbação no grupo das perturbações depressivas, não podem ser explicados por outras perturbações de comportamentos ou de neuro desenvolvimento, não podem ser explicados por outras condições médicas ou pelo consumo de substâncias (APA, 2022; OMS, 2020).

Prevalência

Estima-se que, em geral, na população portuguesa a depressão afete 20% da população ao longo da vida sendo considerada a principal causa de incapacidade e a segunda causa de perda de qualidade de vida. A nível mundial um em cada quatro pessoas passou, passa ou vai passar por uma depressão (OPP, 2011; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental-SPPSM, 2021).

Luto vs depressão

O luto e a depressão podem ser conceitos facilmente confundidos visto apresentarem sintomas semelhantes, tais como: a tristeza, a anedonia, dificuldades de concentração, sentimentos de culpa, alterações do sono e do apetite. Outro fator que pode contribuir para esta

confusão é o fato de uma das fases do processo de luto de acordo com Kubler-Ross (1965) ser a depressão. Tal como já foi mencionado anteriormente existem diferença entre o luto e a depressão: pessoas com depressão apresentam humor deprimido a maior parte do tempo, apresentam baixa autoestima, apresentam ideação suicida, apresentam ruminções, autocrítica, pensamentos negativos e disfuncionais, no entanto a forma de tratamento passa por medicamentos e ajuda psicológica, por outro lado, pessoas com luto prolongado apresentam tristeza e pensamentos porque alguém morreu, a auto estima mantém-se, em casos extremos apresentam ideação suicida como uma tentativa de reaproximação do falecido, apresentam pensamentos negativos devido à morte de alguém de quem gostavam e a única forma de tratamento é através de ajuda psicológica (não existe medicação que trata o luto prolongado) (APA, 2022).

Existe concordância entre estudos no que se refere à relação entre o luto e a depressão. Destacam o impacto negativo de ambas na saúde física e psicológica (Boelen et al.,2003; Prigerson & Jacobs, 2001; Zara, 2019). De acordo com alguns autores, os sintomas do luto e depressão são semelhantes (tristeza, culpa, choro), no entanto, referem que uma pessoa que se encontra em luto pode não desenvolver depressão. Num estudo que contou com 103 pessoas em luto verificou-se que apenas 26 tinham critérios de diagnóstico de depressão, 3 de ansiedade e 10 de ambas (Boelen et al., 2003).

Segundo a literatura, os fatores de risco para a depressão em pessoas que se encontram em processo de luto são variáveis sociodemográficas (ex. sexo – existindo uma maior prevalência em mulheres), relação com o falecido, causa de morte, experiências traumáticas vivenciadas no passado, stress geral e a falta de apoio social (Zara, 2019). Em oposição, um estudo recente demonstrou que a relação com o falecido, tipo de morte e há quanto tempo o falecido morreu influencia o luto, mas não a depressão (Wittkowski & Scheuchenpflug, 2021). Outro estudo apoia esta ideia visto que contou com 124 enlutado e que os mesmos estavam divididos em 3 grupos: “participantes no grupo de luto”, “não participantes incapazes de participar” e “não participantes que não quiseram participar”. Este estudo de intervenção demonstrou que inicialmente mais de metade da amostra tinha sintomas de luto e depois da intervenção verificaram-se diferenças entre os grupos de “não participantes incapazes de participar” e “não participantes que não quiseram participar” na medida em que os que não quiseram participar apresentaram menos sintomas de luto que os que não puderam participar. Após um ano da intervenção verificaram-se que os participaram no grupo e os que não puderam participar apresentaram mais sintomas de luto do que os que não quiseram participar.

Relativamente aos níveis de depressão, nem antes nem depois da intervenção, se verificaram diferenças entre grupos sendo que o grupo com maior tendência para a diminuição de sintomas de depressão era as pessoas que não puderam participar (Nappa et al., 2016).

Um estudo de Mash et al. (2014) verificou a relação entre a qualidade da relação entre o falecido e o indivíduo e a dependência do indivíduo e o falecido e se existia luto complicado e depressão. Este estudo estudou 157 jovens com idades compreendidas entre os 17 e os 29 anos e que tinha perdido um familiar ou um amigo próximo nos últimos 3 anos. Observou-se que 16% da amostra tinha critérios para luto complicado e 34% tinha critérios para depressão ligeira a grave. Verificou-se, ainda, que a dependência e a qualidade da relação com o falecido foram independentes do luto complicado, mas a dependência estava interligada com a depressão. De acordo com o mesmo autor e outros (Holland & Neimeyer, 2011; Mash et al., 2014) concluiu-se que pessoas que tinham maior proximidade com o falecido tinham luto complicado, altos níveis de dependência e mais sintomas depressivos. Nesta faixa etária verificamos que existem mais consultas médicas, baixo rendimento escolar, menos interação social, uso de substâncias e problemas emocionais. Nesta mesma amostra pessoas que eram mais religiosas apresentaram menos complicações no luto assim como menos sintomas depressivos. As mulheres apresentaram maior dependência do que os homens. Quando mencionamos dependência falamos de características da personalidade (preocupações com a solidão, abandono, perda) e quando mencionamos profundidade falamos da qualidade da relação com o falecido. Posto isto a dependência pode vir a trazer problemas nas relações interpessoais, assim como sintomas depressivos e um processo de luto mais complicado e por outro lado, maiores níveis de profundidade com o falecido revelavam mais luto complicado e níveis de altos e baixos de dependência. Os níveis de depressão foram avaliados pelo nível de dependência. Relação mais conflituosa com o falecido pode ser preditor de luto complicado visto que ficam sentimentos negativos e de culpa. Em suma, nestas idades, uma resposta depressiva perante a morte de alguém relaciona-se com os traços de personalidade mais dependentes e o luto complicado relaciona-se com características interpessoais.

Um outro estudo (O' Connor et al., 2002) composto por três grupos, cada um com 10 pessoas (1) grupo de pessoas enlutadas, (2) grupo de pessoas deprimidas e (3) grupo de controlo. O objetivo deste estudo era verificar as diferenças fisiológicas entre grupos e por isso antes e depois da entrevista (entrevista clínica estruturada segundo a APA) foram medidas as frequências cardíacas das pessoas e a variabilidade da frequência cardíaca foi analisada pela banda arritmia do seio respiratório. Verificou-se que pessoas do primeiro grupo apresentavam

maior frequência cardíaca que os restantes participantes e os níveis de depressão no grupo de enlutados estavam negativamente correlacionados com a variabilidade das frequências cardíacas.

Regulação Emocional

Definição

É através da comunicação verbal e não verbal que o ser humano se expressa e só assim os outros nos podem entender. As emoções são fundamentais na vida dos seres humanos, são facilitadoras da adaptação e orientadoras das relações com os outros. A emoção inicia pela avaliação de sinais emocionais e estes irão despoletar um conjunto de respostas comportamentais, fisiológicas e experienciais, estas últimas podem ser moduladas assim como acompanhadas por diferentes estratégias de regulação emocional. As autoras referem que a família esta altamente emocionalmente ligada entre si (Greenberg & Goldman, 2005). Estudos demonstram que pessoas com mais dificuldades na regulação emocional apresentam maior probabilidade de desenvolver perturbações psicológicas (Hofmann et al., 2012).

Existem várias definições de regulação emocional: um conjunto de processos heterógenos em que as emoções são reguladas com ajuda das cognições e comportamentos que influenciam a intensidade, consequências e duração da expressão das emoções (Gross & Thompson, 2007). A regulação das emoções é a tentativa de as pessoas entenderem as suas emoções, estar consciente das mesmas e ainda poder controlá-las e experimentá-las (Gross, 1998 b). Uma definição mais recente de regulação emocional é de Gratz e Roemer (2004), que refere a regulação emocional como um processo ao longo do desenvolvimento que de forma consciente ou inconsciente, transformam as suas emoções para dar respostas no seu meio ambiente. A regulação emocional envolve os seguintes aspetos: (1) a consciência e a compreensão das emoções (2) a aceitação das mesmas, (3) a capacidade de controlar comportamentos impulsivos nos casos de emoções negativas, (4) agir de acordo com os objetivos e a (5) utilização da regulação das emoções em função de estratégias que modulem as respostas emocionais fazendo face as circunstâncias. Se alguma destas quatro não estiver reunida ocorre a dificuldade de regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004; Thompson, 1994). Ao longo do crescimento do individuo este adquire padrões e estilos de regulação emocional que lhe permitem avançar segundo também o desenvolvimento da personalidade (não se pode esperar o mesmo entre uma criança e um adulto). Podemos afirmar que a regulação

emocional não é estática vai desenvolvendo com o desenvolvimento do indivíduo, desta forma espera-se que pessoas mais velhas tenham mais regulação emocional que os mais novos. A regulação emocional pode sofrer influencia de fatores como o meio ambiente (Vaz et al., 2008). Podemos afirmar que a regulação emocional sobre influencia do meio em que nos encontramos, ou seja, falamos de regulação emocional intrínseca quando o sujeito regula as próprias emoções e falamos de regulação intrapessoal quando alguém de fora influencia o estado e a regulação emocional (Gross & John, 2003).

A regulação emocional parece ser uma variável de extrema importância no processo de luto visto que interliga com as emoções vivenciadas num momento stressante e angustiante. Quando uma pessoa consegue regular as emoções através de estratégias estão ao mesmo tempo a promover o funcionamento social e capacidade de resolução de problemas, por outro lado indivíduos que tentam reprimir as emoções podem apresentar um processo de luto prolongado o que acarreta comportamentos desadequados e prejudiciais a saúde física e mental (Barrett, 2006; Bonanno et al., 2002; Kaufman et al., 2015). Para uma melhor adaptação ao luto devem valorizar-se as emoções positivas e regular as negativas, isto traz ao individuo um funcionamento equilibrado e que se traduz na compreensão de que a morte é algo natural e que a vida continua (Coutinho et al., 2010). De importante realçar que a regulação emocional adaptativa não são só emoções positivas, mas sim a capacidade de experienciar emoções sinceras positivas e negativas expressando de modo a alcançar objetivos, este tipo de regulação emocional esta associada a melhores níveis de saúde, melhores relações interpessoais e um melhor desempenho académico e profissional (Diamond & Aspinwall, 2003; Kring & Bachorowski, 1999). O individuo pode apresentar em momentos diferentes emoções com mais ou menos duração e intensidade (Gross, 2002).

Segundo (Gross, 1998 a) podemos considerar três estratégias de regulação emocional como adaptativas sendo: (1) reavaliação positiva, (2) resolução de problemas e (3) aceitação. A primeira implica a interpretação e pensamentos positivos de um momento stressante e o uso das interpretações como método de diminuir o sofrimento do momento. Esta estratégia permite a reprodução de respostas emocionais e físicas positivas a estímulos considerados negativos. A resolução de problemas consiste na tentativa plena para a mudança do momento stressante ou para moderar as implicações. Esta estratégia não se dirige ao problema, mas sim à sua resolução pois não apresenta diretamente um impacto nas emoções. O seu objetivo é eliminar stressores para que ocorram emoção positiva. Indivíduos como menor capacidade de resolver problemas apresentam maior probabilidade de desenvolver perturbações psicológicas como a depressão.

A aceitação relaciona-se com as consequências positivas obtidas ao regular as emoções. Pessoas que apresentam menos aceitação tem maior probabilidade de apresentar perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de personalidade borderline e uso de substâncias (Hofmann et al., 2012).

Podemos considerar em oposição três estratégias de regulação emocional como desadaptativas sendo: (1) o evitamento, (2) a supressão e a (3) ruminação sendo que estas podem potenciar o desenvolvimento de perturbações mentais como a depressão. O evitamento consiste no evitamento de um conjunto de pensamentos, emoções, memórias, sensações e vontades que o sujeito as considera negativas. ao evitar pensamentos negativas estamos a atrair esses mesmos pensamentos o que pode conduzir a uso de substâncias e alterações de humor. A supressão emocional diminui as emoções negativas podendo ser eficaz no momento, mas não a longo prazo. Quanto maior o controle das emoções maior será a probabilidade de desregulação emocional isto pode ser explicado pela dificuldade de controlar a atividade fisiológica. Em alguns momentos, os indivíduos permanecem focados nas experiências emocionais e suas consequências que se caracteriza por ruminação, a ruminação está interligada com a diminuição de resolução de problemas fazendo com que o individuo se sinta preso ou indeciso (Gross & Thompson, 2007). Por desregulação emocional podemos entender a utilização de forma repetida e não flexível de estratégias que irão prejudicar a adaptação do sujeito aos contextos (Santana & Gondim, 2016). Segundo um outro autor a desregulação emocional é entendida quando o individuo apresenta erros em regular as emoções, não havendo regulação emocional quando é esperado e ainda quando adota estratégias de regulação emocional desadequadas tendo em consideração o ambiente (Garrido, 2020). A desregulação emocional fica caracterizada por processo cognitivo como a ruminação, supressão e a catastrofização, estes processos estão interligados com perturbações mentais tais como a depressão e a ansiedade (Hughes & Gullone, 2011).

Segundo Gratz e Roemer (2004) a tendência para apresentar emoções negativas em relação às próprias emoções reflete uma não aceitação das emoções o que se traduz por dificuldades na regulação emocional. Por dificuldades de regulação emocional podemos entender as “falhas” que ao longo do desenvolvimento do indivíduo não foram adquiridas e por isso em certos momentos o indivíduo não é capaz de responder de forma adequada no que diz respeito as emoções. Quando estas falhas acontecem repetidamente falamos de psicopatologia e quando são “falhas” esporádicas falamos de momentos de ansiedade ou sofrimento com comportamentos de fuga (Garber & Dodge, 1991; Kaufman et al., 2016; Veloso et al., 2011).

Os estudos têm demonstrado que quanto maior as dificuldades, maior a probabilidade de ter patologia como depressão, ansiedade entre outras (Aldao et al, 2010). Existe evidência que há comorbidade entre depressão e luto e esse fato pode ser justificado pela dificuldade na regulação emocional (Coutinho et al., 2010).

Um estudo de Garnefski e Kraaij (2007) verificou que pessoas com sintomas depressivos apresentavam também maiores valores nas subescalas dificuldade em agir de acordo com os objetivos e acesso limitado as estratégias de regulação emocional.

A adaptação á perda é difícil, mas pode ser facilitada pela regulação emocional. A regulação emocional no processo de luto passa por valorizar as emoções positivas e a regulação das emoções negativas (Bonanno & Kaltman, 1999). Um estudo de Boelen et al., (2003) verificou que os enlutados dão significados negativos às emoções e evitam estímulos relacionados com o luto, o que se verificou estratégias de regulação emocional desadaptativas como por exemplo a supressão, o evitamento e a ruminação. Conclui-se que quando os indivíduos mantêm estas estratégias desadaptativas passam por um processo de luto prolongado e em alguns casos depressão. É característico num processo de luto emoções tais como a raiva, a culpa e a tristeza que exigem mais do indivíduo a nível emocional, pois acarretam mais intensidade.

Quando maior a intensidade das emoções maior é a probabilidade de as estratégias de regulação emocional serem desadequadas e desadaptativas como por exemplo a supressão. Podemos afirmar que uma emoção é desadequada quando não ocorre no momento certo nem no contexto certo e ainda quando a intensidade é em demasia ou o tempo é prolongado no tempo (Dixon et al., 2015). Para a escala dificuldades na regulação emocional os autores tiveram em conta as funcionalidades das emoções, sendo que regulação e controle emocional não são iguais e que consciência e compreensão emocional podem ser estratégias (Coutinho et al, 2010).

Regulação emocional e luto

Bonanno e Kaltman (1999) dedicaram-se a entender a regulação das emoções no luto e verificaram que regular emoções adequadamente estava correlacionado com emoções positivas o que ajuda os indivíduos no seu processo de luto, por outro lado emoções negativas estavam associadas a maiores níveis de depressão (Witlink et al., 2011). A regulação emocional sendo entendida como a capacidade de nos regularmos perante situações adversas da vida sendo, assim, central no contexto do luto. Um estudo comparou dois grupos: (1) grupo de enlutados

que perderam o seu cônjuge, (2) adultos casados e verificou que metade do grupo dos enlutados tinha luto complicado. Foi solicitado aos participantes que melhorassem ou suprimissem as emoções ou que se comportassem normalmente perante imagens apresentadas num computador. Foi verificado que os enlutado com luto complicado tinham mais défices na flexibilidade expressiva, ou seja, estes eram menos capazes de melhorar e suprimir as emoções em relação aos restantes participantes (Gupta & Bonanno, 2011).

Um estudo semelhante aos anteriores contou com um (1) grupo de enlutados com luto complicado e um (2) grupo de enlutados saudável. Os participantes visualizaram excertos de filmes emocionais e através do autorrelato foram medidas as respostas emocionais assim como o ritmo cardíaco e arritmia do seio respiratório. Verificou-se que eram poucas as diferenças emocionais e fisiológicas entre os dois grupos, mas que o primeiro grupo apresentava menos reatividade de arritmia do seio respiratório a alguns excertos de filmes, sugerindo por isso, que a reatividade do sistema nervoso parassimpático está diminuída em pessoas enlutadas com luto complicado (Leblanc et al., 2016).

Outro estudo (Freed et al., 2009) contou com uma amostra de 20 indivíduos e o objetivo era de classificar os pensamentos intrusivos do falecido e a capacidade de evitar pensamentos, para o objetivo foi realizado a tarefa de Stroop emocional e uma ressonância magnética. Através das imagens obtidas através da ressonância magnética conclui-se que a amígdala está relacionada com a tristeza sentida no luto, que os indivíduos demonstraram maior atenção a palavras relacionadas com o falecido e que as memórias no luto estão relacionadas com a área cerebral que medeia o núcleo atencional e emocional. Em concordância, outro estudo com 28 indivíduos adultos demonstrou com ajuda de imagens de ressonâncias magnéticas que quem apresenta luto complicado tem menor atividade neuronal (Córtex cingulado anterior) o que significa que quem apresenta luto complicado tem mais dificuldades na parte emocional. A prevalência de luto complicado era de 6,7% e que aumenta perante a morte do conjugue ou de uma criança (Arizmendi et al., 2016).

Luto, Depressão e Regulação emocional

Um estudo de Peña- Vargas et al. (2021) analisou a depressão e a regulação emocional no luto com base no modelo biopsicossocial que refere que as pessoas devem ser entendidas como tendo uma parte biológica, social e psicológica estando inseridas num contexto. Este estudo demonstra que o processo de luto não ocorre apenas quando alguém morre, mas também quando alguém perde um emprego ou uma casa ou há um divórcio. Tal situação pode estar associada à

depressão, a ansiedade, a diabetes e a obesidade. Estes autores concluíram através de neuroimagens que o luto inibe o sistema de retransmissão o que significa mais sintomas de depressão e que a regulação emocional pode funcionar como prevenção à depressão, ou seja, que pessoas com maiores capacidades de autorregulação tem menos sintomas de depressão. Outro estudo vem reforçar a ideia de que quanto maior é a depressão maior é a angústia sentida pelas pessoas e que pelo contrário emoções positivas se associam a menos sintomas de depressão (Boelen & Lenferink, 2020). Um estudo de Lund et al. (2008) concluiu que os enlutados que tinham perdido o seu conjugue e que nos seus casamentos experimentaram emoções positivas como o riso, felicidade e humor tinham uma maior satisfação no casamento e por isso menos sintomas de luto e de depressão. Estudos desenvolvidos em Portugal verificaram o luto, a regulação das emoções e a depressão numa população de toxicodependentes (Gonçalves, 2011) e como resultados obtiveram que as dificuldades em agir de acordo com os objetivos explicavam 20.3% do luto e que as dificuldades no controlo de impulsos e acesso limitado às estratégias de regulação emocional explicavam 51.1% da variável depressão. A correlação entre luto e a dificuldade em agir de acordo com os objetivos foi de (.45), entre luto e dificuldade no controle dos impulsos foi de (.37) e a correlação entre luto e a falta de clareza emocional foi de (.30). A correlação entre a depressão e as subescalas das dificuldades de regulação emocional foram as seguintes: não aceitação das respostas emocionais (.49), dificuldades em agir de acordo com os objetivos (.56), dificuldades no controle de impulsos (.64), acesso limitado às estratégias de regulação emocional (.62) e a falta de clareza emocional (.47), a subescala falta de consciência emocional não apresentou correlação com a depressão. Outro estudo (Silva, 2010) verificou o luto, a regulação emocional e a depressão numa população de doentes psiquiátricos e concluirão que a não aceitação das respostas emocionais, a dificuldade em agir de acordo com os objetivos e a falta de clareza emocional explicavam aproximadamente 40% do luto e que as dificuldades em agir de acordo com os objetivos, o acesso limitado às estratégias de regulação emocional e a falta de clareza emocional explicavam aproximadamente 53% da variável depressão. O luto apresentava correlação positiva com a dificuldade em agir de acordo com os objetivos (.54), dificuldade no controle de impulsos (.46), acesso limitado às estratégias de regulação emocional (.42) e falta de clareza emocional (.46). A depressão apresentava correlação com a não aceitação das respostas emocionais (.50), dificuldade em agir de acordo com os objetivos (.61), dificuldade no controle dos impulsos (.63), falta de consciência emocional (.21), acesso limitado às estratégias de regulação emocional (.68) e falta de clareza emocional (.57).

Atitudes perante a morte:

Definição

No contexto do luto é também importante considerar as atitudes perante a morte das pessoas que acabam de ter uma perda de alguém. As atitudes dos seres humanos são condicionadas pela parte afetiva (sentimentos e emoções), cognitiva (pensamentos, cognições, crenças e valores) e comportamental (as ações perante uma situação). As atitudes são a postura como cada pessoa encara o mundo (Neiva & Mauro, 2011). Por atitudes podemos entender a organização de sentimentos, de pensamentos e de valores assim como da forma como a pessoa se comporta em determinadas situações que se reflete na forma como o indivíduo se comporta ou age na sociedade. As atitudes são inatas e relacionadas com a motivação assim como do ambiente em que o sujeito se encontra (relações interpessoais, objetivos, crenças e instituições). Assim podemos afirmar que conhecendo as atitudes do indivíduo podemos prever o seu comportamento e desenvolvimento. As escalas de atitudes são originalmente feitas medindo as ideologias, valores e percepções (Tomer, 2000). As atitudes perante a morte podem ser percebidas como crenças e conhecimentos adquiridos ao longo da vida, posto isto, perante a morte os indivíduos podem reagir de várias formas como por exemplo: neutralidade, ameaça, medo ou agitação (Neimeyer et al., 2004).

A escala de avaliação do perfil de atitudes acerca da morte apresenta uma abordagem multidimensional e existencial e com subescalas (1) o medo, (2) o evitamento, (3) a aceitação neutral, (4) a aceitação aproximação e (5) aceitação escape (Loureiro, 2010). O medo da morte implica pensamentos e sentimentos sobre a morte e o processo de morrer. O evitamento de falar ou pensar sobre a morte de modo a diminuir o medo e ansiedade, podemos então entender que o evitamento é um mecanismo de defesa. A aceitação neutral acarreta uma compreensão que a morte faz parte da vida dos seres humanos, a aceitação aproximação implica a crença que existe uma vida mais feliz depois da morte, este tipo de aceitação está interligada com crenças religiosas e por fim, a aceitação escape como o nome indica é como uma escapatória ao sofrimento, as pessoas acreditam que a morte é a única solução para acabar com a dor, com os problemas e com o sofrimento (Wong et al., 1994). Segundo os autores o medo, o evitamento e a aceitação escape são atitudes perante a morte negativas ao contrário a aceitação neutral e a aceitação aproximação são atitudes perante a morte positivas (Wong et al., 1994).

As atitudes perante a morte podem variar de cultura para cultura por exemplo pessoas mais velhas caucasianas apresentam mais medo do processo da morte por outro lado afro

americanos apresentam mais medo do desconhecido. Em estudos que tenham a idade como variável é importante termos em consideração variáveis moderadores e mediadoras (por exemplo isolamento, estilos de lidar, experiência de luto) para não cometer erros nas conclusões (Andrade, 2007). Um estudo de Lin (2003) concluiu ao comparar uma amostra de americanos e uma amostra de chineses que apesar das diferenças culturais a espiritualidade influencia atitudes negativas perante a morte e que a religiosidade influencia atitudes positiva perante a morte.

Segundo Gesser et al. (1988) defendem que quando se envelhece as pessoas começam a pensar na sua morte porque sabem que vai ser uma realidade acabando por a aceitar com menos sofrimento, claro que existe sempre pessoas que não seguem a norma, isto porque, pessoas que passaram ou passam por doenças físicas e psicológicas, crenças religiosas mais fracas, menos satisfação com a vida, o lugar em que residem podem contribuir para mais medo da morte (Fortner & Neimeyer, 1999). Um indivíduo que apresente menos medo de morrer e ao mesmo tempo apresente aceitação escape é possivelmente um indivíduo que não teme a morte, mas que se encontra doente ou saturado da vida, por outro lado, um indivíduo com igual nível de medo da morte e maior nível de aceitação neutra possivelmente quer aproveitar a vida não temendo a morte, mas sabendo que é uma realidade (Wong et al., 1994).

Esta variável, atitudes perante a morte, ainda tem poucos estudos, mas os que existem afirmar que profissionais de saúde obtiveram que pessoas adultas mais velhas tem menos medo da morte e apresentam aceitação como escape do que os mais adultos mais jovens. Os adultos mais velhos conseguem atribuir sentimentos mais positivos e encontrar objetivos de vida. Os adultos mais jovens aceitam a crença de que existe uma vida depois da morte. Estes resultados podem ser justificados pelo fator idade e experiência, ou seja, pessoas mais adultas tem mais experiência de vida e conseqüentemente da morte (mais perdas de amigos e familiares). Verificou-se que os homens apresentavam mais evitamento e que por outro lado as mulheres apresentavam mais aceitação aproximação e aceitação escape. Segundo os estudos anteriores afirmam que as mulheres apresentam mais medo da morte e aceitação aproximação o que as leva a acreditar numa vida depois da morte, mas pelo contrário neste estudo verificou-se que as mulheres não apresentavam valor significativo em relação ao medo da morte. Outro resultado deste estudo foi a correlação positiva entre o medo da morte e a depressão nos adultos mais velhos, também existe correlação positiva entre o evitamento e a depressão nos adultos, verificou-se correlação negativa entre a aceitação neutra e a depressão nos adultos mais novos,

correlação negativa entre a aceitação aproximação e depressão nos adultos mais velhos (Lopes, 2010).

Luto e Atitudes perante a morte

Um estudo de Asatsa (2020) verificou as atitudes perante a morte como fator de preparação para a morte e ainda as diversas atitudes perante a morte assim como as suas razões ao longo da vida no Quênia. Este estudo dividiu os participantes em três grupos: os adultos mais jovens (com idades entre 20-34 anos), os da meia-idade (com idades entre 35- 64 anos) e os mais idosos (com idades igual ou superior a 65 anos).O grupo de adultos jovens (20-34 anos) relatam mais atitudes negativas perante a morte isto porque ainda não cumpriram todos os seus objetivos de vida, experiências de outras mortes que podem ter sido traumáticas, crença de que a morte está associada à dor e doença e por se sentirem ligados aos seus familiares e não os quererem perder. Para os adultos (35-64 anos) relatam também atitude negativas perante a morte, mas em menor intensidade, isto porque existe um medo perante o desconhecido e a separação com a família e os filhos que são pequenos. Na faixa etária mais velha (igual ou superior a 65 anos) encontram-se atitudes positivas perante a morte porque existe uma consciência do envelhecimento, objetivos de vida cumpridos, o reencontro com outros familiares que já faleceram, o encontro com Deus e para outros que a vida não tem valor e por isso é melhor morrer. Podemos então concluir que as atitudes perante a morte se relacionam com a idade, que pessoas mais velhas apresentam atitudes positivas perante a morte. Segundo Asatsa (2020) a aceitação neutra, aceitação de aproximação e aceitação de fuga foi menor em adultos jovens (20-34 anos), depois aumentado para adultos (35-64 anos) e depois para adultos mais velhos (igual ou superior a 65 anos).

Pertinência do estudo

A presente dissertação pretende abordar um tema de grande relevância social e científica sendo crucial conhecer o papel das variáveis psicossociais no processo de luto. A revisão da literatura leva-nos a verificar o papel de variáveis como a depressão, as dificuldades na regulação emocional e as atitudes perante a morte no contexto do luto. Assim com este trabalho, pretendemos contribuir para um maior entendimento sobre como o luto se relaciona com a regulação das emoções, os sintomas de depressão e as atitudes perante a morte, podendo,

assim, revelar importantes informações a ter em conta no desenvolvimento de programas de intervenção psicológica nesta população.

Objetivo geral

Esta dissertação tem como objetivo geral contribuir para uma melhor compreensão sobre o luto. Pretende explorar o papel de variáveis psicossociais como a depressão, atitudes perante a morte e regulação emocional no processo de luto comparando dois grupos de participantes (luto saudável vs luto patológico) e, ainda, verificar quais os fatores sociodemográficos e características relativas à perda que se relacionam com o luto.

Objetivos específicos

Especificamente, com este trabalho pretende-se: (1) descrever e verificar se existem diferenças significativas nos níveis de depressão, nas atitudes perante a morte e nas dificuldades na regulação emocional entre os participantes do grupo de luto saudável e de participantes de grupo de luto prolongado (luto saudável vs. luto patológico), (2) explorar as associações entre o luto e as variáveis psicológicas (depressão, atitudes perante a morte e regulação emocional), as variáveis sociodemográficas (sexo, idade) e ainda, características relativas à perdas com por exemplo há quanto tempo faleceu, em meses.

Hipóteses

Desta forma, as hipóteses deste estudo são:

H1: Espera-se que se verifiquem diferenças entre os participantes do grupo de luto saudável e os participantes do grupo de luto prolongado, ou seja, que os participantes do grupo de luto saudável apresentam significativamente menos níveis de depressão, atitudes perante a morte mais adaptativas (aceitação neutral e aceitação aproximação) e menos dificuldades na regulação emocional comparando com os participantes de grupo de luto prolongado. Por outro lado, prevê-se que as pessoas no grupo de luto prolongado apresentam níveis significativos mais altos de depressão, atitudes perante a morte menos adaptativas e maiores dificuldades na regulação emocional (desadaptativa) tal como se verifica na literatura (Asatsa, 2020; Boelen & Lenferink, 2020; Gonçalves, 2011; Peña- Vargas et al., 2021; Silva, 2010) que demonstram evidência neste sentido.

H2: Espera-se que as variáveis sociodemográficas (idade e sexo) e características relativas à perda (há quanto tempo faleceu) se associem positivamente com o luto (Chiu et al., 2010; Walsh & Mcgoldrick, 2013; Prigerson et al., 1997). Espera-se igualmente que a depressão, as dificuldades de regulação emocional e as atitudes perante a morte predigam significativamente o de luto (Asatsa, 2020; Boelen & Lenferink, 2020; Gonçalves, 2011; Peña-Vargas et al., 2021; Silva, 2010).

Método

Questão de investigação

Será que existem diferenças significativas nas variáveis depressão, dificuldades de regulação emocional e atitudes perante a morte entre o grupo de luto saudável e o grupo de luto prolongado?

Dentro das variáveis do estudo (depressão, dificuldades de regulação emocional e atitudes perante a morte), qual será a que melhor prediz o luto prolongado?

Design

Este estudo segue um desenho quantitativo com corte transversal onde foram aplicados instrumentos como escalas e questionários para avaliar as variáveis de estudo apenas uma vez. A variável independente (VI) é o luto e as variáveis dependentes (VD) são a depressão, as atitudes perante a morte e as dificuldades na regulação emocional.

Participantes

Os participantes deste estudo eram 108 adultos. Os critérios de inclusão para participação no estudo destacam-se os seguintes: (1) ter nacionalidade portuguesa (podendo ter mais nacionalidades além da portuguesa), (2) ter idade igual ou superior a 18 anos, (3) ter perdido um familiar próximo (ex.: pai, mãe, filho/a, avô/ avó, neto/a, marido/mulher, tio/a, sobrinho/a) e por isso estar em processo de luto. Os participantes foram divididos em dois grupos (luto saudável vs. Luto complicado) tendo em conta os resultados obtidos no inventário de luto complicado (luto saudável pontuação igual ou inferior a 24; luto prolongado pontuação igual ou superior a 25).

Instrumentos

Os instrumentos que foram aplicados aos participantes tiveram a finalidade de medir as variáveis do estudo e variáveis sociodemográfico para a caracterização da amostra.

Questionário Sociodemográfico e características relativas à perda

Foi aplicado um questionário sociodemográfico de modo a caracterizar a amostra quanto ao sexo, idade, nacionalidade, nível escolar e estado civil. Foram introduzidas, ainda, duas

questões sobre se já havia algum diagnóstico de perturbação psicológica prévio e se já tinha recebido ajuda psicológica profissional. Igualmente, obteve-se informação sobre características relativas à perda, como o grau de parentesco com o falecido, a causa de morte, o tempo de luto e se anteriormente já tinham perdido alguém.

Regulação Emocional

Para avaliar a variável regulação emocional foi aplicada a escala de dificuldades na regulação emocional (EDRE-VR) originalmente construída por Kaufman et al. (2016) e validada para a população portuguesa por Morreira et al. (2020). A EDRE é uma escala de autorrelato constituída por 36 itens e a versão reduzida, que foi a utilizada neste trabalho, contém 18 itens. A escala avalia seis dimensões: (1) a dimensão acesso limitado às estratégias de regulação emocional é medida por 3 itens (16, 28, 35 um exemplo é “*quando estou chateado, acredito que vou acabar por ficar muito deprimido/a*”), (2) a dimensão não aceitação das respostas emocionais é medida por 3 itens (12, 25, 29 um exemplo é “*quando estou chateado, fico envergonhado por me sentir assim*”), (3) a dimensão falta de consciência emocional é medida por 3 itens (2, 8, 10, um exemplo é “*costumo prestar atenção àquilo que estou a sentir*”), (4) a dimensão dificuldades no controlo de impulsos é medida por 3 itens (14, 27, 32 um exemplo é “*quando estou chateado, fico fora de controlo*”), (5) a dimensão dificuldades em agir de acordo com os objetivos é medida por 3 itens (13, 18, 26 um exemplo é “*quando estou chateado, tenho dificuldades em concluir tarefas ou trabalhos*”) e (6) a dimensão falta de clareza emocional é medida por 3 itens (4, 5, 9 um exemplo é “*tenho muita dificuldade em perceber como me estou a sentir*”). As respostas foram avaliadas numa escala Likert de 5 pontos, em que 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre). Segundo Moreira et al. (2020) a pontuação total não deve incluir a escala de consciência. As pontuações de cada subescala e da pontuação total consistem na média dos itens e só as pontuações da subescala de consciência devem ser invertidas. Quanto maior as pontuações obtidas maiores serão as dificuldades de regulação emocional. Quanto à consistência interna do instrumento na sua versão original, verifica-se que os valores de alfa de cronbach variam entre .90 a .98, mesmo sendo uma versão reduzida os valores psicométricos continuam excelentes (Kaufman et al., 2016). A EDRE apresenta valores psicométricos de consistência interna ($\alpha = .904$), estabilidade temporal ($r = .841$), boa fidelidade teste-reteste, validade preditiva e de construto Veloso et al. (2011).

Neste estudo, a escala de dificuldades na regulação emocional apresentou uma boa consistência interna tendo um alfa de cronbach de .88 e as subescalas variam entre .59 e .87: escala acesso limitado as estratégias de regulação emocional (.74), não aceitação das respostas emocionais (.77), falta de consciência emocional (.59), dificuldades no controle impulsos (.86), dificuldades em agir de acordo com os objetivos (.87) e falta de clareza emocional (.74).

Atitudes acerca da morte

Outra escala utilizada foi a escala de avaliação do perfil de atitudes acerca da morte (EAPAM), uma medida multidimensional, elaborada com 32 itens de autorrelato e que correspondem a cinco dimensões: (1) medo, (2) evitamento, (3) aceitação neutral, (4) aceitação com aproximação e (5) aceitação como escape. O medo da morte acarreta pensamentos, sentimentos e o processo da mesma. O evitamento é verificado em pessoas que evitam o tema da morte, de modo, a ter menos medo e ansiedade. A obtenção de valores na aceitação neutral significa que a pessoa considera a morte como um fenómeno natural da vida. Quanto à aceitação aproximação é verificada em pessoas que acreditam na vida depois da morte, o que acaba por estar interligado com a religião. A aceitação escape como o nome indica é verificada em pessoas que encaram a morte como um escape para os problemas e o sofrimento. Cada item foi analisado numa escala de Likert 7 pontos que varia entre 1 (discordo completamente) e 7 (concordo completamente).

A dimensão medo é medida através de 7 itens (1, 2, 7, 18, 20, 21, 32 um exemplo é: “*a morte é sem dúvida uma experiência cruel*”) e apresentou um alfa de cronbach de .84. A dimensão evitamento é medida através de 5 itens (3, 10, 12, 19, 26 um exemplo é “*evito a todo o custo pensamentos relacionados com a morte*”) é apresentou um alfa de cronbach de .87. A aceitação neutra é medida por 5 itens (6, 14, 17, 24, 30 um exemplo é “*a morte deve ser vista como um acontecimento natural, inegável e inevitável*”) apresentou o valor mais baixo de alfa de cronbach .64. A aceitação como aproximação é medida através de 10 itens (4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31 um exemplo é “*acredito que depois de morrer irei para o céu*”) e apresentou um alfa de cronbach de .91. A aceitação como escape é medida através de 5 itens (5, 9, 11, 23, 29 um exemplo é “*a morte traz um fim para todos os meus problemas*”) apresentou um alfa de cronbach de .82 (Loureiro, 2010). A pontuação máxima desta escala é de 224 e a mínima é de 32 pontos. Pontuações maiores nas subescalas de aceitação neutra e aceitação como aproximação indicam atitudes positivas perante a morte e pontuações mais elevadas nas

subescalas de medo, evitamento e aceitação como escape indicam atitudes negativas perante a morte.

Neste estudo a escala de atitudes perante a morte apresenta um bom alpha de cronbach de .87 e as subescalas variam entre .69 e .94 sendo: medo (.78), evitamento (.82), aceitação neutral (.69), aceitação aproximação (.94) e aceitação escape (.81).

Depressão

Uma outra escala que foi utilizada é a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) validada e adaptada por Pais- Ribeiro et al. (2004). É constituída por 21 itens que avaliam os níveis de ansiedade, depressão e stress na semana anterior ao preenchimento desta escala. Cada resposta foi analisada numa escala de Likert de 4 pontos onde 0 corresponde “a não se aplica nada a mim” e 3 onde se aplica “a mim a maior parte do tempo”. Para esta escala temos como pontuação máxima 63 pontos e pontuação mínima 0 pontos, quanto maior for a pontuação maior será a sintomatologia depressiva. Um exemplo de item é “*não consegui sentir nenhum sentimento positivo*”. As subescalas no que toca à consistência interna varia entre boa a excelente (α : .93, .83, .88 (depressão, ansiedade e stress, respetivamente). Esta escala foi originalmente elaborada por Lovibond & Lovibond (1995) com 42 itens. Para fins deste estudo apenas foi entregue aos participantes os itens que medem a depressão que são (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21).

Neste estudo esta escala apresenta um excelente alpha de cronbach de (.93).

Luto

Para medir o luto foi utilizado o inventário de luto complicado que foi originalmente criado por Prigerson. et al (1995) e depois adaptada e validada para a população portuguesa por Frade (2010). É uma escala de autorrelato constituída por 19 itens em que cada item é avaliado numa escala de Likert de 5 pontos em que 0 corresponde a “nunca” e 4 a “sempre”. Esta escala avalia cinco dimensões: (1) a dimensão dificuldades traumáticas é medida por 5 itens (11, 10, 9, 12, 2 um exemplo é “*eu sinto dor na mesma parte do corpo ou tenho alguns dos sintomas da pessoa que morreu...*”), (2) a dimensão dificuldades de separação é medida por 5 itens (4, 13, 5, 1, 19 um exemplo é “*eu dou por mim a sentir a falta da pessoa que morreu...*”), (3) a dimensão negação e revolta é medida por 4 itens (6, 7, 8, 3 um exemplo é “*não consigo evitar sentir-me zangado com a sua morte*”), (4) a dimensão psicótica é medida por 2 itens (15, 14 um exemplo é “*eu vejo a pessoa que morreu diante de mim...*”), (5) a dimensão depressiva é

medida por 3 itens (itens 18, 17, 16 um exemplo é “*eu sinto inveja daqueles que não perderam ninguém próximo*”). Esta escala tem como pontuação máxima 76 e pontuação mínima 0. Segundo o autor uma pontuação igual ou superior a 25 indica luto complicado e uma pontuação igual ou inferior a 24 indica luto saudável. Na validação na população português apresentou um alfa de cronbach de .91 (Frade, 2010). Neste estudo, a escala apresenta um excelente alfa de cronbach de (.95).

Procedimento

Após a validação e aprovação da Comissão de Ética (CE) do CIP-UAL (Centro de Investigação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa – UAL), procedeu-se ao contato com as instituições Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Centro de Apoio ao luto de Lisboa e Laços Eternos- Associação de Apoio a Pais e Irmãos em luto para potencial participação no estudo. Apresentaram-se os objetivos do estudo às várias instituições e após a sua aprovação passou-se ao recrutamento dos participantes. De modo a ter uma amostra representativa procedeu-se à recolha na Universidade Autónoma de Lisboa e no Centro Hospital Barreiro- Montijo, onde existe na Unidade de Psicologia grupos de luto. Relativamente ao tempo de preenchimento das escalas foi aproximadamente 15 minutos. Esta recolha procedeu-se entre Maio a Julho de 2022. Todos os participantes interessados em participar no estudo deram o seu consentimento. Neste consentimento foi feita uma breve apresentação do estudo assim como os objetivos. Foi reforçado que a participação neste estudo era de carácter voluntário, que todos os princípios de confidencialidade e anonimato foram considerados e a possibilidade de desistência. Feita a primeira apresentação presencial do projeto e esclarecimento de dúvidas aos participantes. Para a aplicação dos instrumentos os respetivos autores das validações portuguesas tiveram conhecimento. Tendo em conta que este tema “o luto” pode ser sensível para algumas pessoas teve em consideração a extensão dos instrumentos assim como o tempo de resposta. Os resultados do estudo irão ser divulgados aos participantes através da instituição e da divulgação da dissertação.

Análise de dados

Após a recolha de dados da amostra procedeu-se à introdução dos mesmos no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão (IBM SPSS Statistics 28.0) onde foi possível analisar quantitativamente os dados obtidos. Foram calculados valores da estatística descritiva como as frequências absolutas e relativas, valores mínimos, valores máximos, médias e respetivos desvios-padrão. Para a análise da consistência interna dos instrumentos usados neste trabalho foi utilizado o coeficiente de Alfa de Cronbach . Tendo em conta os objetivos do estudo e comparar dois subtipos de luto (luto saudável e luto prolongado) utilizou-se um teste paramétrico T- Student ($n > 30$) (Spiegel & Stephens, 2000; Sigel, 1975). De modo a complementar o estudo realizou-se uma Regressão Hierárquica Múltipla para verificar o caráter preditivo das variáveis de estudo ao explicar a variável luto. Antes de levar a cabo a Regressão Hierárquica Múltipla, verificaram-se os pressupostos para a sua realização, desta forma analisou-se a distribuição (curtose e enviesamento) e a (multicolinearidade) verificando-se que se cumpria os pressupostos para as análises planeadas. Na regressão hierárquica múltipla testamos associações para verificar qual a variável que melhor explicava o luto. Começamos por introduzir no bloco 1 variáveis sociodemográficas como a idade e o sexo, no bloco 2 introduzimos há quanto tempo faleceu, no bloco 3 a depressão, no bloco 4 as dificuldades na regulação emocional (subescalas) e, por último, as atitudes perante a morte (subescalas). O modelo de regressão que testámos tinha como variáveis independentes variáveis sociodemográficas e de luto, a depressão, as dificuldades na regulação emocional e as atitudes perante a morte e como variável dependente o luto. Hipotetizámos que quanto maior o luto maior seriam as variáveis independentes. Estas variáveis apresentaram independência entre si como indicam os Fatores de Inflação da Variância (VIF) (≥ 10) e da Tolerância (≥ 0.1) posto isto a multicolinearidade foi assegurada. De forma a interpretar as correlações entre variáveis utilizou-se os critérios de Cohen (1988) que afirma que existem correlações fracas ($< .30$), moderadas ($\geq .30$) e fortes ($\geq .50$), assim como correlações positivas e negativas, sendo que na primeira quando uma variável aumenta a outra variável também aumenta e correlações negativa significa que quando uma variável aumenta a outra variável diminui.

Resultados

Participantes

A amostra deste estudo foi composta por 108 participantes, sendo que estes foram divididos em dois grupos: (1) luto saudável e (2) luto prolongado. Quanto aos participantes do grupo de luto saudável, tal como se pode verificar na Tabela 1, este foi constituído maioritariamente pelo sexo feminino (64.3%). Os participantes tinham uma média de 47.74 anos ($SD = 12.9$) eram maioritariamente casadas (55.7%) e com licenciatura (48.6%). A ambas as perguntas se anteriormente já recorreu a ajuda psicológica e se já foi diagnosticado com alguma perturbação psicológica a grande maioria respondeu que não (85.7% e 90%, respetivamente). Quanto aos participantes do grupo de luto patológico este foi constituído por 38 pessoas sendo também a maioria do sexo feminino (78.9%). A média de idades foi de 55.55 anos ($SD = 13.8$), sendo a sua maioria, tal como no outro grupo, casados (42.1%). Ao contrário do outro grupo, a maioria dos participantes (39.5%) deste grupo tinha o ensino secundário. À semelhança do primeiro grupo de participantes, a maioria não recorreu a ajuda psicológica ou já tinha sido diagnosticado alguma perturbação psicológica a maior parte respondeu que não (65.8% e 65.8%, respetivamente).

Tabela 1*Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas dos participantes*

| | Grupo saudável | | Grupo prolongado | |
|----------------|----------------|------|------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 45 | 64.3 | 30 | 78.9 |
| Masculino | 25 | 35.7 | 8 | 21.1 |
| Estado civil | | | | |
| Solteiro | 19 | 27.1 | 4 | 10.5 |
| Casado | 39 | 55.7 | 16 | 42.1 |
| Viúvo | 5 | 7.1 | 9 | 23.7 |
| Divorciado | 7 | 10.1 | 9 | 23.7 |
| Habilitações | | | | |
| literárias | | | | |
| Primária | 1 | 1.4 | 8 | 21.1 |
| Básico | 4 | 5.7 | 5 | 13.2 |
| Secundário | 23 | 32.9 | 15 | 39.5 |
| Licenciatura | 34 | 48.6 | 9 | 23.7 |
| Mestrado | 8 | 11.4 | 1 | 2.6 |
| Ajuda | | | | |
| psicológica | | | | |
| Sim | 10 | 14.3 | 13 | 34.2 |
| Não | 60 | 85.7 | 25 | 65.8 |
| Perturbação | | | | |
| psicológica | | | | |
| Sim | 1 | 1.4 | | |
| Não | 63 | 90 | 25 | 65.8 |
| Sim, depressão | 5 | 7.1 | 12 | 31.6 |
| Sim, ansiedade | 1 | 1.4 | | |
| Sim, burnout | | | 1 | 2.6 |

Tabela 2

Estatística descritiva da variável idade e há quanto tempo faleceu

| | Grupo saudável | | Grupo prolongado | |
|-------------------------|----------------|-------|------------------|-------|
| | Min- Máx | M | Min- Máx | M |
| Idade | 19-69 | 47.74 | 23-78 | 55.55 |
| Há quanto tempo faleceu | 2-564 | 87.93 | 5-276 | 50.87 |

Variáveis relativas à perda

Quanto as variáveis relativas à perda, nomeadamente, à relação com o falecido (parentesco) no grupo de luto saudável, a maioria referiu a perda de um dos progenitores (mãe e pai) $n= 22$ correspondendo a 31.4% do grupo sendo a causa de morte mais referida a doença (70%) como se pode verificar na tabela 3. À pergunta há quanto tempo perdeu o falecido verificou-se uma média, em meses, de 87.93 (SD = 100.05). Neste grupo 80% dos participantes respondeu que já tinha perdido alguém anteriormente. Quanto aos participantes do grupo de luto prolongado verificou-se que a maioria tinha perdido um filho/a (39.5%), tal como se verificou nos participantes de grupo de luto saudável a maioria neste grupo também apresentou a doença como a causa de morte (47.4%). À pergunta há quanto tempo perdeu o falecido a média, em meses, foi de 50.87 (SD = 64.6). À semelhança com os participantes de grupo de luto saudável, também se verificou que uma grande parte dos participantes deste grupo já tinham anteriormente perdido alguém (73.7%).

Tabela 3*Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas de luto*

| | Grupo saudável | | Grupo prolongado | |
|------------------------|----------------|------|------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Relação com o falecido | | | | |
| Pai | 12 | 17.1 | 5 | 13.2 |
| Mãe | 10 | 14.3 | 7 | 18.4 |
| Avó | 14 | 20.0 | 1 | 2.6 |
| Avô | 2 | 2.9 | 1 | 2.6 |
| Filho | 4 | 5.7 | 7 | 18.4 |
| Filha | 8 | 11.4 | 8 | 21.1 |
| Marido | 3 | 4.3 | 3 | 7.9 |
| Mulher | | | 1 | 2.6 |
| Irmã | 1 | 1.4 | 4 | 10.5 |
| Irmão | 3 | 4.3 | | |
| Sobrinha | 6 | 8.6 | 1 | 2.6 |
| Sobrinho | 2 | 2.9 | | |
| Primo | 2 | 2.9 | | |
| Prima | 3 | 4.3 | | |
| Causa de morte | | | | |
| Doença | 28 | 40.0 | 10 | 26.3 |
| Doença oncológica | 21 | 30.0 | 8 | 21.1 |
| Natural | 8 | 11.4 | 3 | 7.9 |
| AVC | 2 | 2.9 | 3 | 7.9 |
| COVID-19 | 3 | 4.3 | 2 | 5.3 |
| Acidente | 5 | 7.1 | 5 | 13.2 |
| Desconhecida | 2 | 2.9 | 2 | 5.3 |
| Suicídio | 1 | 1.4 | 3 | 7.9 |
| Homicídio | | | 2 | 5.3 |
| Já perdeu alguém | | | | |
| Sim | 56 | 80.0 | 28 | 73.7 |
| Não | 14 | 20.0 | 10 | 26.3 |

Diferenças entre os grupos: luto saudável vs luto patológico

Dificuldades de Regulação Emocional

Quanto às dificuldades de RE, verificaram-se várias diferenças significativas entre os dois grupos. Concretamente, ao comparar a subescala *acesso limitado às estratégias de regulação emocional* verificaram-se diferenças significativas ($t(106) = -6,525$; $p < .001$) em que o grupo do luto patológico ($M = 2,69$; $SD = 1,075$) demonstrou mais acesso limitado às estratégias de RE comparando com o grupo de luto saudável ($M = 1,65$; $SD = .585$). A magnitude das diferenças nas médias foi igual a $-1,041$; [95% CI: $-1,357$ a $-.724$]. Relativamente ao d de Cohen que significa o tamanho da diferença entre médias dos dois grupos verificamos um efeito médio (.791). Igualmente, encontraram-se diferenças significativas entre os grupos na subescala *não aceitação das respostas emocionais* ($t(63,944) = -2,578$; $p = .006$) em que o grupo de luto patológico demonstrou uma maior pontuação ($M = 2,31$; $SD = 1,069$) comparando com o grupo de luto saudável ($M = 1,79$; $SD = .870$). A magnitude das diferenças nas médias foi igual a $-.521$ [95% CI: $-.925$ a $-.177$]. No que se refere ao d de Cohen verificou-se um tamanho de efeito grande (.944).

Encontraram-se, também, diferenças significativas entre os dois grupos na subescala *dificuldade no controle dos impulsos* ($t(106) = -3,605$; $p < .001$). O grupo de luto saudável demonstrou menos dificuldades no controlo de impulsos ($M = 1,53$; $SD = .789$) comparando com o grupo de luto prolongado ($M = 2,18$; $SD = 1,053$). A diferença entre as médias foi igual a $-.647$; [95% CI: $-1,003$ a $-.291$]. Em relação ao d de Cohen verificou-se um tamanho de efeito grande (.890).

Os resultados na subescala *dificuldade em agir de acordo com os objetivos* demonstram, igualmente, a existência de diferenças significativas entre os dois grupos ($t(106) = -4,188$; $p < .001$) sendo que o grupo de luto saudável apresentou menores *dificuldades em agir de acordo com os objetivos* ($M = 2,06$; $SD = .911$) comparando com o grupo de luto prolongado ($M = 2,9$; $SD = 1,154$). A diferença entre as médias foi igual a $-.846$; [95% CI: $-1,247$ a $-.446$]. Quanto ao valor d de Cohen, verificou-se um tamanho de efeito grande (1,053).

Finalmente, verificaram-se diferenças significativas entre os grupos na subescala *falta de clareza emocional* ($t(69,897) = -4,417$; $p < .001$). O grupo de luto saudável demonstrou menos falta de clareza emocional ($M = 1,64$; $SD = .704$) comparando com o grupo de luto prolongado ($M = 2,31$; $SD = .776$). A diferença das médias foi igual a $-.669$ [95% CI: $-.971$ a $-.367$]. Relativamente ao d de Cohen verificou-se um tamanho do efeito médio (.730).

Contrariamente aos resultados anteriores, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na subescala *falta de consciência emocional* ($t(62,128) = -.766$; $p = .223$) entre os participantes do grupo de luto saudável ($M = 1,84$; $SD = .427$) e os participantes do grupo de luto patológico ($M = 1,92$; $SD = .545$). A magnitude das diferenças nas médias foi igual a $-.078$ [95% CI: $-.282$ a $.126$]. Verificou-se, assim, um tamanho do efeito pequeno ($.472$). Aceita-se, assim, a hipótese nula que refere que não existem diferenças significativas entre os dois grupos na subescala *falta de consciência emocional*.

Por conseguinte, rejeitou-se a hipótese nula, parcialmente, que refere que não há diferenças significativas entre os dois grupos. Encontram-se diferenças significativas entre os dois grupos de luto em quase todas as subescalas, à exceção da subescala falta de consciência emocional.

Depressão

Ao analisar e comparar os níveis de depressão entre os grupos de luto saudável e luto patológico verificaram-se diferenças significativas ($t(106) = -9,137$; $p < .001$). Os participantes do grupo de luto saudável ($M = 2,07$; $SD = 2,742$) demonstraram níveis muito mais baixos que os participantes do grupo de luto prolongado ($M = 9,53$; $SD = 5,741$). A diferença das médias foi igual a $-7,455$; [95% CI: $-9,073$ a $-5,837$] e relativamente ao d de Cohen verificou-se um tamanho de efeito grande ($4,049$). Desta forma, rejeita-se a hipótese nula que previa a inexistência de diferenças entre os dois grupos na depressão.

Atitudes perante a morte

Os resultados obtidos nas cinco subescalas demonstraram diferenças estatisticamente significativas em quatro destas. Concretamente, encontramos diferenças significativas na subescala *medo* ($t(71,749) = -2,013$; $p = .024$) em que o grupo de luto saudável demonstrou menos medo ($M = 3,69$; $SD = 1,302$) comparando com o grupo de luto prolongado ($M = 4,24$; $SD = 1,394$). A diferença das médias foi igual a $-.553$; [95% CI: $-1,100$ a $-.005$]. Relativamente ao d de Cohen verificou-se um tamanho de efeito grande ($1,335$). Encontramos, também, diferenças significativas entre os dois grupos na subescala *aceitação neutral* ($t(63,871) = 2,317$; $p = .012$) em que o grupo de luto saudável demonstrou mais atitudes de aceitação neutral perante a morte ($M = 5,48$; $SD = .992$) comparando com o grupo de luto prolongado ($M = 4,94$; $SD = 1,221$). A magnitude das diferenças nas médias foi igual a $.535$; [95% CI: $.074$ a $.966$]. No que se refere ao d de Cohen verificou-se um tamanho de efeito grande ($1,078$). Ainda, verificaram-se diferenças significativas na subescala *aceitação por aproximação* ($t(66,809) =$

-3,127; $p = .001$). Os participantes do grupo de luto saudável apresentaram menos atitudes de aceitação por aproximação ($M = 3,15$; $SD = 1,437$) comparando com os participantes do grupo de luto patológico ($M = 4,15$; $SD = 1,673$). A magnitude das diferenças nas médias foi igual a $-1,004$; [95% CI: $-1,645$ a $-.396$]. Por conseguinte, o d de Cohen registou um tamanho de efeito grande (1,523). Também se obtiveram diferenças significativas na subescala *aceitação escape* ($t(68,693) = -5,234$; $p < .001$) em que os participantes do grupo de luto patológico apresentaram mais atitudes de aceitação escape ($M = 4,57$; $SD = 1,506$) comparando com o grupo luto saudável ($M = 3,05$; $SD = 1,337$). A magnitude das diferenças nas médias foi igual a $-1,528$; [95% CI: $-2,110$ a $-.945$]. Relativamente ao d de Cohen verificou-se um tamanho de efeito grande (1,398).

Por último, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos na subescala *evitamento* ($t(84,383) = .301$; $p = .382$) nas atitudes de evitamento perante a morte o grupo de luto saudável ($M = 4,37$; $SD = 1,602$) e o grupo luto prolongado ($M = 4,28$; $SD = 1,417$). A magnitude das diferenças nas médias foi igual a $.090$; [95% CI: $-.505$ a $.685$]. Verificou-se um d de Cohen com um tamanho de efeito grande (1,540).

Desta forma, rejeitou-se a hipótese nula, parcialmente, que refere que não há diferenças significativas entre os dois grupos. Encontram-se diferenças significativas entre os dois grupos de luto em quase todas as subescalas, à exceção da subescala *evitamento*. Estas informações podem ser consultadas nas tabelas 4, 5 e 6.

Tabela 4*Estatística descritiva das variáveis de estudo Grupo saudável*

| | M | SD | Min- Máx | Cronbach's α |
|------------------------|------|-------|----------|---------------------|
| Acesso limitado | 1.65 | .585 | 1-4 | .74 |
| Não aceitação | 1.79 | .870 | 1-4 | .77 |
| Falta consciência | 1.84 | .427 | 1-3 | .59 |
| Dificuldades controle | 1.53 | .789 | 1-5 | .86 |
| Dificuldades objetivos | 2.06 | .911 | 1-5 | .87 |
| Falta de clareza | 1.64 | .704 | 1-4 | .74 |
| Depressão | 2.07 | 2.742 | 0-15 | .93 |
| Medo | 3.69 | 1.302 | 1-7 | .78 |
| Evitamento | 4.37 | 1.602 | 1-7 | .82 |
| Aceitação neutral | 5.48 | .992 | 3-7 | .69 |
| Aceitação aproximação | 3.15 | 1.437 | 1-6 | .94 |
| Aceitação escape | 3.05 | 1.337 | 1-6 | .81 |

Tabela 5*Estatística descritiva das variáveis de estudo Grupo prolongado*

| | M | SD | Min- Máx | Cronbach's α |
|------------------------|------|-------|----------|---------------------|
| Acesso limitado | 2.69 | 1.075 | 1-5 | .74 |
| Não aceitação | 2.31 | 1.069 | 1-5 | .77 |
| Falta consciência | 1.92 | .545 | 1-3 | .59 |
| Dificuldades controle | 2.18 | 1.053 | 1-5 | .86 |
| Dificuldades objetivos | 2.90 | 1.154 | 1-5 | .87 |
| Falta de clareza | 2.31 | .776 | 1-4 | .74 |
| Depressão | 9.53 | 5.741 | 0-21 | .93 |
| Medo | 4.24 | 1.394 | 2-7 | .78 |
| Evitamento | 4.28 | 1.417 | 2-7 | .82 |
| Aceitação neutral | 4.94 | 1.221 | 2-7 | .69 |
| Aceitação aproximação | 4.15 | 1.673 | 1-7 | .94 |
| Aceitação escape | 4.57 | 1.506 | 2-7 | .81 |

Tabela 6*Resultados do Teste t*

| | Grupo saudável | | Grupo prolongado | | t | p | Cohen |
|-----------------------|----------------|-------|------------------|-------|--------|--------|-------|
| | M | SD | M | SD | | | |
| Acesso limitado | 1.65 | .585 | 2.69 | 1.075 | -6.525 | <.001* | .791 |
| Não aceitação | 1.79 | .870 | 2.31 | 1.069 | -2.578 | .006* | .944 |
| Falta consciência | 1.84 | .427 | 1.92 | .545 | -.766 | .223 | .472 |
| Dificuldade controle | 1.53 | .789 | 2.18 | 1.053 | -3.605 | <.001* | .890 |
| Dificuldade objetivos | 2.06 | .911 | 2.9 | 1.154 | -4.188 | <.001* | 1.053 |
| Falta clareza | 1.64 | .704 | 2.31 | .776 | -4.417 | <.001* | .730 |
| Depressão | 2.07 | 2.742 | 9.53 | 5.741 | -9.137 | <.001* | 4.049 |
| Medo | 3.69 | 1.302 | 4.24 | 1.394 | -2.013 | .024* | 1.335 |
| Evitamento | 4.37 | 1.602 | 4.28 | 1.417 | .301 | .382 | 1.540 |
| Aceitação neutral | 5.48 | .992 | 4.94 | 1.221 | 2.317 | .012* | 1.078 |
| Aceitação aproximação | 3.15 | 1.437 | 4.15 | 1.673 | -3.127 | .001* | 1.523 |
| Aceitação escape | 3.05 | 1.337 | 4.57 | 1.506 | -5.234 | <.001* | 1.398 |

Nota: *. $p < .05$ é significativo

Análise da Regressão

A regressão hierárquica múltipla foi usada para testar a associação entre o luto e as variáveis de estudo. Concretamente, pretendeu-se testar se as variáveis demográficas (idade e sexo), variável relativa à perda (há quanto tempo faleceu) e as variáveis psicossociais (dificuldades na regulação emocional, atitudes perante a morte e a depressão) prediziam significativamente a variável luto.

Verificou-se que a idade e sexo (step 1), juntos, não explicam significativamente a variância do luto ($B = 12.778$, $p = 0.085$), no entanto, separadamente tanto a idade ($B = .388$, $p = 0.001$) como o sexo ($B = - 8.98$, $p = 0.007$) predizem o luto. Quando se introduz a variável do luto há quanto tempo faleceu (step 2) verificou-se que esta não explica a variância na variável luto de forma significativa ($B = -.031$, $p = .066$). Contrariamente, a depressão (step 3) explicou uma variância muito significativa adicional de 35% ($B = 1.912$, $p = .000$), enquanto as dificuldades em RE (step 4) ($B = 6.655$, $p = .442$) e as atitudes perante a morte (step 5) não explicaram uma variância no luto ($B = 9.547$, $p = .450$) tal como se pode verificar na tabela abaixo. Desta forma, tanto o sexo, como a idade e ainda a depressão se manifestaram variáveis predictoras do luto.

Tabela 7*Regressão Hierárquica Múltipla*

| Step | | R ² | Mudança R ² | F | b | t | p | Tolerância | VIF |
|------|-------------------------------|----------------|---------------------------|--------|--------|------------|-------|------------|-------|
| 1 | Constante | .169 | .169 | 10.662 | 12.778 | 1.741 | .085 | | |
| | Sexo | | | | -8.980 | - 2.759 | .007* | .996 | 1.004 |
| | Idade | | | | .338 | 3.533 | .001* | .996 | 1.004 |
| 2 | Constante | .195 | .027 | 8.424 | 12.611 | 1.738 | .085 | | |
| | Há quanto tempo faleceu | | | | -.031 | - 1.858 | .066 | .961 | 1.041 |
| 3 | Constante | .545 | .350 | 30.870 | 9.339 | 1.700 | .092 | | |
| | Depressão | | | | 1.912 | 8.900 | .000* | .941 | 1.063 |
| 4 | Constante | .559 | .014 | 12.319 | 6.655 | .772 | .442 | | |
| | Acesso limitado | | | | 2.347 | 1.223 | .224 | .405 | 2.469 |
| | Nao aceitação | | | | -.396 | -.301 | .764 | .790 | 1.265 |
| | Falta consciencia | | | | -1.391 | -.552 | .582 | .920 | 1.087 |
| | Dificuldades controle | | | | -.562 | -.308 | .759 | .440 | 2.271 |
| | Dificuldades objetivos | | | | .253 | .170 | .866 | .504 | 1.983 |
| | Falta clareza | | | | 1.396 | .736 | .463 | .573 | 1.747 |
| 5 | Constante | 5.86 | 0.27 | 8.687 | 9.547 | .758 | .450 | | |
| | Medo | | | | 1.717 | 1.339 | .184 | .425 | 2.350 |
| | Evitamento | | | | -.941 | -.860 | .392 | .456 | 2.192 |
| | Aceitação neutral | | | | -1.281 | - 1.047 | .298 | .706 | 1.417 |
| | Aceitação aproximação | | | | -.224 | -.219 | .827 | .485 | 2.063 |
| | Aceitação escape | | | | 1.469 | 1.342 | .183 | .433 | 2.307 |

Nota: *. p < .05 é significativo

Análise das correlações

Luto, variáveis psicossociais e sociodemográficas

O Luto apresentou correlações positivas moderadas com a idade ($r = .329$, $p = .000$) o que indica que quanto maior for a idade (ou seja, quanto mais velhos os participantes) maior foi o risco em apresentar luto prolongado já que se relacionada com maiores níveis de sintomatologia associada ao luto. Igualmente, a dificuldade no controle de impulsos ($r = .380$, $p = .000$) apresentou correlação positiva moderada, o que significa que pessoas que não controlaram os seus impulsos apresentaram maior risco de luto prolongado, a dificuldade em ir de acordo com os objetivos ($r = .373$, $p = .000$) significa que pessoas que apresentaram dificuldades em atingir os seus objetivos apresentaram maior o risco de luto prolongado, a falta de clareza emocional ($r = .411$, $p = .000$) que significa que quanto mais falta de clareza emocional maior a probabilidade de desenvolver luto prolongado. A aceitação escape ($r = .435$, $p = .000$) significa que as pessoas encaram a morte como um escape ao sofrimento que a vida lhes traz e por isso a morte é a solução o que se traduz em maiores riscos de luto prolongado. A aceitação aproximação ($r = .301$, $p = .001$) acredita que existe uma vida mais feliz depois da morte, esta atitudes devia apresentar uma correlação negativa com o luto prolongado de acordo com os autores da escala (Wong et al., 1994).

Para além destas correlações, o luto apresenta ainda correlações positivas fortes com a depressão ($r = .677$, $p = .000$) e o acesso limitado às estratégias de regulação emocional ($r = .544$, $p = .000$) que significa que quanto mais depressão e acesso limitado às estratégias de regulação emocional maiores o risco de vir a desenvolver processo de luto prolongado todas as correlações podem ser consultadas na tabela 8.

Tabela 8 Tabela das Correlações

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|-------------------------------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|------|----|
| 1. Luto | - | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Sexo | .26* | - | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Idade | .32* | -.05 | - | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Há quanto tempo faleceu | -.17* | .16* | .09 | - | | | | | | | | | | | | |
| 5. Depressão | .67* | -.09 | .21* | -.06 | - | | | | | | | | | | | |
| 6. Acesso limitado | .54* | -.10 | .14* | -.05 | .68* | - | | | | | | | | | | |
| 7. Não aceitação | .26* | -.11 | .11 | -.00 | .35* | .32* | - | | | | | | | | | |
| 8. Falta consciência | .04 | .01 | -.15 | -.11 | .14 | .12 | .05 | - | | | | | | | | |
| 9. Dificuldade controle | .38* | .03 | .02 | .00 | .58* | .64* | .28* | .15 | - | | | | | | | |
| 10. Dificuldade objetivos | .37* | -.03 | .00 | -.02 | .53* | .58* | .26* | .12 | .64* | - | | | | | | |
| 11. Falta clareza | .41* | -.11 | -.00 | -.15 | .51* | .53* | .40* | .19* | .46* | .48* | - | | | | | |
| 12. Medo | .18* | -.39* | -.08 | -.01 | .05 | .07 | .08 | .07 | .01 | -.00 | .06 | - | | | | |
| 13. Evitamento | -.02 | .30* | -.02 | .04 | -.10 | -.13 | .03 | .00 | -.01 | -.14 | -.13 | .67* | - | | | |
| 14. Aceitação neutral | -.26* | .18* | -.01 | -.08 | - | - | -.08 | -.04 | -.07 | -.07 | -.13 | - | -.13 | - | | |
| 15. Aceitação aproximação | .30* | -.29* | .09 | -.4* | .26* | .37* | .22* | .06 | .33* | .12 | .27* | .16* | .09 | .10 | - | |
| 16. Aceitação escape | .43* | -.09 | .36* | -.08 | .38* | .40* | .24* | .05 | .33* | .22* | .38* | .10 | -.04 | .14 | .59* | - |

Nota: *. $p < .05$ é significativo

Discussão

Este trabalho debruçou-se sobre o estudo de variáveis psicológicas (depressão, atitudes perante a morte e dificuldades de regulação emocional) em pessoas em processo de luto. Especificamente, pretendeu-se verificar diferenças entre dois tipos de lutos (saudável vs patológico) antecipando um melhor funcionamento psicossocial nos participantes no grupo de luto saudável. O objetivo principal deste trabalho foi caracterizar os níveis de depressão, as atitudes perante a morte e as dificuldades na regulação emocional nos dois tipos de luto e, ainda, testar o papel preditor das variáveis dependentes e as variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e características relativas à perda (há quanto tempo faleceu) no luto. Iremos apresentar os resultados obtidos e a sua discussão, finalizando com as limitações deste trabalho, sugestões para estudos futuros e, ainda, implicações do estudo.

Como primeira hipótese do estudo (H1: "*Espera-se que se verifiquem diferenças entre os participantes do grupo de luto saudável e os participantes do grupo de luto prolongado nomeadamente nas variáveis dependentes (depressão, dificuldades de regulação emocional e atitudes perante a morte)*") verificaram-se diferenças significativas em quase todas as variáveis dependentes ao comparar os dois grupos. Isto leva-nos a rejeitar a hipótese nula, parcialmente, pois foram encontradas diferenças significativas na depressão, em 5 das 6 subescalas das dificuldades de regulação emocional e 4 das 5 subescalas das atitudes perante a morte. Estes resultados vão ao encontro da literatura que destaca que as pessoas em luto prolongado apresentam maior sintomatologia depressiva, maiores dificuldades de regulação emocional e mais atitudes negativas perante a morte quando comparados com pessoas em luto saudável (Asatsa, 2020; Boelen & Lenferink, 2020; Gonçalves, 2011; Peña- Vargas et al., 2021; Silva, 2010). A literatura sugere que a duração e intensidade de sintomas podem afetar negativamente o processo de luto (APA, 2022; OMS, 2020). A duração e intensidade dos sintomas de luto associado à sua persistência podem explicar um pior funcionamento psicossocial em pessoas que se encontram num processo de luto patológico. Na amostra de participantes o estudo verificou que no grupo de luto patológico apresentavam maiores dificuldades na regulação emocional mais concretamente apresentavam um acentuado acesso limitado às estratégias de regulação emocional, não aceitação das respostas emocionais, dificuldade no controle de impulsos, dificuldades em agir de acordo com os objetivos e a falta de clareza emocional comparando com o grupo de luto saudável. Estes dados vão de encontro com a literatura que

refere, por exemplo, que o luto prolongado apresenta menos atividade do sistema nervoso parassimpático o que se traduz em menos flexibilidade emocional assim como menos estratégias de regulação emocional adaptativas, não aceitação de respostas emocionais, dificuldades em controlar os impulsos, incapacidade de atingir objetivos e falta de transparência emocional, (Gonçalves, 2011; Gupta & Bonanno, 2011; Peña- Vargas et al., 2021; Silva, 2010).

Ainda, os resultados obtidos demonstraram que os participantes do luto patológico apresentaram maiores níveis de sintomatologia depressiva que os participantes do luto saudável. Estes resultados têm suporte em estudos prévios que revelam que a maioria das pessoas em processo de luto demonstram níveis altos de depressão (Boelen et al., 2003; Holland & Neimeyer, 2011; Mash, 2014). A depressão poderá ser uma resposta afetiva à perda de alguém sendo um importante fator de risco do luto prolongado (Zara, 2019), mas também as pessoas podem apresentar uma predisposição mais depressiva em momentos de stress, como a morte de alguém e isso contribuir para o desenvolvimento de um processo de luto patológico, ou seja, apesar de serem diagnósticos diferentes estes podem existir separadamente, em comorbilidade tendo uma relação bidirecional (Boelen et al., 2003). Esta diversidade de hipóteses pode contribuir para a explicação da depressão no processo de luto.

Em relação às atitudes perante a morte verificaram-se diferenças nos dois grupos de luto, nomeadamente, nas dimensões medo, aceitação neutral, aceitação aproximação e aceitação escape. Contrariamente, não foram encontradas diferenças significativas na subescala evitamento. Os autores da escala (Loureiro, 2010; Wong et al., 1994) consideraram que o medo, o evitamento e a aceitação escape são atitudes perante a morte mais negativas e por outro lado, a aceitação neutral e a aceitação aproximação são atitudes perante a morte mais positivas. Nesta amostra, os participantes do grupo de luto saudável registaram, não significativamente, mais evitamento do que o grupo de luto prolongado e registaram, significativamente, mais aceitação neutral comparando com o grupo de luto prolongado o que vai de acordo com a literatura (Wong et al., 1994). O grupo de luto prolongado registou mais medo, aceitação aproximação e aceitação escape. O medo e a aceitação escape estão de acordo com a literatura visto que são atitudes perante a morte mais negativas e se encontram em maior no grupo de luto prolongado, mas por outro lado, a aceitação aproximação que é uma atitude perante a morte positiva era esperado em maior número no grupo de luto saudável o que não aconteceu (Wong et al., 1994). Posto isto, são necessários mais estudos com esta escala para se poder fazer comparações e afirmações. Uma possível explicação para este resultado pode dever-se ao fato de que como as

peessoas se encontram em processo de luto prolongado encararem a vida com emoções mais negativas como por exemplo a tristeza e o sentimento de que a vida já não vale nada sem a pessoa falecida, o que pode contribuir para a não visualização de uma vida mais feliz depois da morte (Boelen et al., 2003). Estas pessoas encontram-se muitas vezes sem capacidades para se adaptarem à perda (Prigerson & Jacobs, 2011).

Como segunda hipótese deste estudo, (H2: “*Pretendeu-se verificar o caráter preditivo das variáveis dependentes, variáveis sociodemográficas e características relativas à perda ao explicar o luto*”) verificou-se que a depressão, o sexo e a idade explicam significativamente o luto. Isto leva-nos a rejeitar a hipótese nula, parcialmente, pois nem todas as variáveis explicam de modo significativo o luto). Os resultados obtidos da regressão hierárquica múltipla demonstraram que a depressão é o fator com maior valor preditivo tendo um impacto na explicação do luto (explica 35% da sua variância). Este resultado era esperado de acordo com a literatura que aponta que a depressão pode ser uma condição prévia ao processo de luto e que também pode ser causada pelo processo de luto (Boelen et al., 2003; Fujisawa et al., 2010; Neimeyer, 2001; Thomas et al., 2014). Esta relação bidirecional tem sido explorada na literatura. De facto, detetamos que as pessoas com luto patológico demonstravam níveis mais altos de sintomatologia depressiva sendo este um fator de risco na transição entre luto saudável e patológico, mas também na sua persistência (Zara, 2019; Walsh & Mcgoldrick, 2013). Este resultado é de grande pertinência pondo em destaque a necessidade de considerar o estado de humor depressivo como um importante preditor do luto complicado associando a um pior funcionamento psicossocial.

Quanto às variáveis sociodemográficas (sexo feminino e ter mais idade) estas não explicaram, separadamente, o luto. Este resultado está de acordo com a literatura, que menciona o sexo feminino e a idade como fatores de risco ao luto prolongado (Prigerson et al., 1997). No entanto, tal como verificamos nos resultados, quando analisadas em conjunto não explicam significativamente o luto, mas apenas separadamente. Isto quer dizer que ser mulher e ter mais idade são fatores de risco ao desenvolvimento de processo de luto prolongado, mas que ser mulher mais velha não é fator de risco ao desenvolvimento de risco de luto prolongado.

Isto demonstra, tal como a literatura evidencia, que o sexo feminino expressa mais as suas emoções e são mais emocionais que os homens (Chiu et al., 2010; Walsh & Mcgoldrick, 2013). Relativamente à idade, pessoas mais velhas já perderam mais entes queridos que segundo a literatura é um fator de risco ao luto prolongado (Walsh, 2019).

Por outro lado e ao contrário do que se esperava, pois os autores indicavam evidência nesse sentido (Asatsa, 2020; Boelen & Lenferink, 2020; Gonçalves, 2011; Peña- Vargas et al., 2021; Silva, 2010), tanto as dificuldades de RE como as atitudes perante a morte não se manifestaram, de forma significativa, como importantes preditores do luto. De facto, os nossos resultados demonstram que apenas a idade, sexo e depressão foram importantes preditores na nossa amostra. Mais estudos são necessários para explorar os papéis destas variáveis no processo do luto.

Ao explorar as relações entre o luto e as variáveis de estudo verificou-se que o luto e a depressão se associaram positivamente e muito significativamente. Igualmente, verificou-se que o luto e o acesso limitado às estratégias de regulação emocional se associaram positivamente e muito significativamente. Verificou-se que as pessoas com mais níveis de depressão apresentam mais dificuldades na regulação emocional mais concretamente nas dificuldades em agir de acordo com os objetivos, mais dificuldades em aceder as estratégias de regulação emocional, maiores dificuldades em controlar impulsos e a apresentam maior falta de clareza emocional. Uma justificação para este resultado pode dever-se a existência de uma perturbação psicológica que afeta as pessoas a vários níveis (comportamental, emocional, cognitivo, social) segundo a APA (2014). De facto, estas alterações contribuem para o desenvolvimento de perturbações psicológicas que afetam a qualidade de vida dos indivíduos, os estudos apontam para uma associação positiva entre as dificuldades de regulação emocional e a existência de perturbação psicológica (Hofmann et al., 2012). Verificou-se que as dificuldades de regulação emocional explicam mais a variável depressão que propriamente o luto o que a literatura também evidenciou (Garnefski & Kraaij, 2007; Gonçalves, 2011; Silva, 2010).

Verificamos que a nossa amostra apresentava determinadas características que vão de acordo com a literatura como por exemplo: o grupo de luto prolongado apresentou menos habilitações literárias que o grupo de luto saudável, o que sugere que menos habilitações literárias estão associadas a maiores dificuldades no processo de luto (Prigerson et al., 1997).

Também a maioria no grupo de luto prolongado tinha perdido um dos filhos enquanto no grupo de luto saudável tinha perdido um dos pais, o que vai no sentido da literatura que afirma que a perda de um dos filhos é sentida com mais sofrimento (Rubin et al., 2009).

Há várias limitações que devem ser consideradas neste trabalho. Uma limitação importante diz respeito ao tipo de estudo de corte transversal que não permite estabelecer

relações de causalidade. Também uma limitação foi o tamanho da amostra sendo importante, em futuros estudos, um número maior de participantes para poder generalizar e replicar os dados de forma mais fiável. Igualmente, a amostra era maioritariamente do sexo feminino limitando a generalização dos resultados para a população masculina. Seria interessante contar com uma amostra maior e mais heterogénea em termos de sexo para esta ser mais representativa. Igualmente, uma outra limitação deve-se ao facto de os grupos não terem um número idêntico de participantes (grupo de luto saudável $n = 70$ e grupo de luto prolongado $n = 38$). Estudos futuros deveriam ter em conta um número idêntico de participantes por grupo de forma a permitir uma comparação mais adequada. Seria interessante, ainda, a realização de futuros estudos para analisar com melhor detalhe o efeito da idade no processo do luto procedendo à estratificação da amostra por faixas etárias e à utilização mais sistemática de uma medida ainda pouco explorada, ou seja, a escala de atitudes perante a morte pois é uma escala que pode ser pertinente para melhor entendimento da morte assim como das crenças associadas. Apesar das limitações antes mencionadas, o presente trabalho tem importantes implicações teóricas e implicações práticas que devem igualmente ser referidas. Este trabalho pretende contribuir para um melhor entendimento do luto e a sua relação com as variáveis psicológicas como a depressão, as dificuldades de regulação emocional e atitudes perante a morte. Pretende dar visibilidade a um tema pouco explorado, sendo essencial a promoção de um melhor funcionamento psicossocial da pessoa a passar por um processo de luto. Um importante contributo teórico deste trabalho deve-se à exploração de uma variável pouco investigada neste âmbito do luto, tal como as atitudes perante a morte. No entanto e apesar de não se ter revelado como um preditor significativo do luto, as atitudes refletem a postura de cada pessoa perante o mundo e as mesmas são condicionada pela parte afetiva, cognitiva e comportamental de cada um (Neiva & Mauro, 2011). Posto isto, perante a morte de alguém, as pessoas podem reagir de diversas formas com neutralidade, ameaça, medo e agitação (Neimeyer et al., 2004). Mais estudos são necessários para explorar o papel preditor das atitudes perante a morte e o luto. As implicações práticas deste estudo referem-se ao contributo que os dados podem dar para o desenvolvimento de programas de intervenção psicológica nesta população onde se tenham em consideração os fatores de risco do luto mais complicado, tal como o funcionamento psicossocial da pessoa em luto. Não só a prática clínica pode beneficiar destes resultados, como também a pessoa em luto que, conseqüentemente, terá um melhor ajustamento psicológico ao luto ao ver atendidas as suas necessidades psicológicas.

Conclusão

O presente trabalho explorou sobre o tema do luto assim com as dificuldades na regulação emocional, a depressão e as atitudes perante a morte. Na vida dos seres humanos é natural que se passem por processos de luto, visto que a morte é um acontecimento natural. No entanto, nem sempre o processo de luto é saudável, pelo que se torna relevante o acompanhamento psicológico para as pessoas nesta situação. De modo geral, verificou-se que os resultados vão de acordo com as investigações anteriores que apontam que realmente existem diferenças significativas entre pessoas que se encontram a fazer um luto saudável e outras que estão a passar por um luto prolongado. A depressão foi onde se verificou maior diferença entre os dois grupos apresentando o maior carácter preditivo do luto. Verificou-se, ainda, que a depressão apresentou mais correlações com as dificuldades de regulação emocional, o que vai de acordo com a literatura já existente (Gonçalves, 2011; Silva, 2010). Este trabalho poderá ter importantes implicações práticas pois poderá ajudar profissionais de saúde a detetar precocemente (observando algumas das características que predizem um luto prolongado) casos de luto que podem vir a complicar e evitar que as pessoas desenvolvam perturbações psicológicas que baixam a qualidade de vida das mesmas (Burke & Neimeyer, 2013). O presente estudo apresenta características importantes do processo de luto tais como fatores de risco como por exemplo a idade, o sexo, as habilitações literárias, a presença de perturbação psicológica, o grau de parentesco e a causa de morte (Prigerson et al., 1997). De realçar que são necessários mais estudos assim como mais intervenções nesta população ainda mais importante depois da pandemia que veio alterar a vida de todos.

Referências

Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2020). Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Acta medica portuguesa*, 33(9), 543–545. <https://doi.org/10.20344/amp.14345>

Alcântara, M. L. P., & Silva, P. A. S. (2021). O LUTO ATRAVÉS DE PERSPECTIVAS DA PSICOLOGIA. <http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/18836>

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>

American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Climepsi Editores.

American Psychiatric Association (2022). *The Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision*.

Andrade, T. A. M. (2007). Atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais de saúde. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. <http://hdl.handle.net/10451/975>

Arizmendi, B., Kaszniak, A. W., & O'Connor, M. F. (2016). Disrupted prefrontal activity during emotion processing in complicated grief: An fMRI investigation. *NeuroImage*, 124, 968-976. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.09.054>

Asatsa, S. (2020). Death Attitudes as Possible Predictors of Death Preparedness across Lifespan among Nonclinical Populations in Nairobi County, Kenya. *Indian Journal of Palliat Care*, 26(3), 287–294. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_127_19

Barbosa, A. (2010). Processo de Luto. In Barbosa, A. & Neto, I. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª ed), 487- 532. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Barreto P., Yi P. y Soler C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2), 383-400. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220383A>

Barrett L. F. (2006). Solving the emotion paradox: categorization and the experience of emotion. *Personality and social psychology review: an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 10(1), 20–46. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1001_2

Boelen, P. A., Bout, J., Keijser, J. (2003). Traumatic Grief as a Disorder Distinct From Bereavement Related Depression and Anxiety: A Replication Study With Bereaved Mental Health Care Patients. *American journal of psychiatry*, 160 (7), 1339-1341. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1339>

Boelen, P. A., Lenferink, L. I. M. (2020). Associations of depressive rumination and positive affect regulation with emotional distress after the death of a loved one. *Clin Psychol Psychother*, 27 (6), 955–964. <https://doi.org/10.1002/cpp.2482>

Bonanno, G. A. (2011). Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of abnormal psychology*, 120 (3), 635-643. <https://doi.org/10.1037/a0023541>

Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological bulletin*, 125(6), 760. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.6.760>

Boss, P. (1999). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Cambridge: Harvard University Press.

Boss, P. (2010). The trauma and complicated grief of ambiguous loss. *Pastoral psychology*, 59 (2), 137-145. <https://doi.org/10.1007/s11089-009-0264-0>

Bowlby, J., & Parkes, C. M. (1970). Separation and loss within the family. In E. J. Anthony & C. Koupornik (Eds.), *The child in his family: International Yearbook of Child Psychiatry and Allied Professions* (pp. 197-216). Wiley.

Bryant, R. (2012). Grief as a psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 201 (1), 9-10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.102889>

Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature. In *Complicated grief: scientific foundations for healthcare professionals* (145-161). Routledge.

Cavalcanti, A. K. S., Samczuk, M. L., & Bonfim, T. E. (2013). O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. *Psicólogo informação*, 17(17), 87-105. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v17n17p87-105>

Chiu, Y. W., Huang, C. T., Yin, S. M., Huang, Y. C., Chien, C. H., & Chuang, H. Y. (2010). Determinants of complicated grief in caregivers who cared for terminal cancer patients. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 18(10), 1321–1327. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0756-6>

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>

Combinato, D. S., & Queiroz, M. D. S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11, 209-216. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200010>

Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37, 145-151. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>

Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death studies*, 30 (5), 403-428. <https://doi.org/10.1080/07481180600614351>

Da Silva, H. S., Zemuner, M. N., da Silva Rodrigues, P. H., de Andrade, T. B., Martiniano, V., & da Silva Falcão, D. V. (2012). As representações da morte e do luto no ciclo de vida. *Revista Kairós-Gerontologia*, 15, 185-206. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15iEspecial12p185-206>

Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 561–574. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.2.561>

Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (2003). Emotion Regulation across the Life Span: An Integrative Perspective Emphasizing Self-Regulation, Positive Affect, and Dyadic Processes. *Motivation and Emotion*, 27, 125-156. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1024521920068>

Direção Geral Saúde. (2019). *Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos*. (Norma nº 003: 2019).

Dixon-Gordon, K. L., Aldao, A., & De Los Reyes, A. (2015). Emotion regulation in context: Examining the spontaneous use of strategies across emotional intensity and type of emotion. *Personality and Individual Differences*, 86, 271–276. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.011>

Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death studies*, 23(5), 387–411. <https://doi.org/10.1080/074811899200920>

Frade, B. M. A. (2010). *Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Inventory of Complicated Grief*. (Master s thesis, Instituto Superior de Ciências de Saúde- Norte). Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, CRL (CESPU). <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/32>

Franco, M. H. P. (2002). Estudos avançados sobre o luto. Campinas, Livro Pleno.

Franco, M. H. P. (2009). Luto como experiência vital. Em: Santos, F. S. (org.). Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. (pp. 245-256). Ateneu, São Paulo. (Cap.15)

Freed, P. J., Yanagihara, T. K., Hirsch, J., Mann, J, J. (2009). Neural mechanisms of grief regulation. *Biol Psychiatry*. 66 (1), 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.01.019>

Freitas, A. M. O. (2018). Luto e morte e suas manifestações no adulto. *SOMANLU: Revista de Estudos Amazônicos – UFAM*, 18 (1), 8-21. <https://doi.org/10.29327/233099.18.1-1>

Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of affective disorders*, 127(1-3), 352–358. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.008>

Fukumitsu, K. O. (2004). Uma visão fenomenológica do luto. Um estudo sobre as perdas no desenvolvimento humano. Editora Livro Pleno.

Gabriel, S. Paulino, M. Mourinho, T. (2021). *Luto: Manual de intervenção psicológica*. 1ed. PACTOR.

Garber, J., & Dodge, K. A. (Eds.). (1991). *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511663963>

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141–149. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>

Garrido, F. (2020). Escala de dificuldades de regulação emocional: comparação entre as diferentes versões reduzidas. (Dissertação de Mestrado). Escola de Psicologia da Universidade do Minho: Braga. <https://hdl.handle.net/1822/68595>

Gesser, G., Wong, P. e Reker, G. (1988). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega*, 18: 109-124

Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Pos, A. E. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research*, 15(3), 248–260. <https://doi.org/10.1080/10503300512331385188>

Gomes, L. B & Gonçalves, J. R. (2015). Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica. *Revista de Ciências HUMANAS*, 49 (2), 118- 139. <https://doi.org/10.5007/2178-4582.2015v49n2p118>

Gonçalves (2011). *Luto complicado e regulação emocional em população toxicodependente*. (Master s thesis, Instituto Superior de Ciências de Saúde- Norte). Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, CRL (CESPU). <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/112>

Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Gross J. J. (1998 a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224–237. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.1.224>

Gross, J. J. (1998 b). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39 (3), 281-291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

Gross, R. (2018). *The Psychology of Grief* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315110127>

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). The Guilford Press.

Gupta, S., & Bonanno, G. A. (2011). Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of abnormal psychology*, 120(3), 635–643. <https://doi.org/10.1037/a0023541>

Haggerty, R., McKenna, S. A., & Meigs, L. C. (2000). On the late-time behavior of tracer test breakthrough curves. *Water Resources Research*, 36(12), 3467-3479. <https://doi.org/10.1029/2000WR900214>

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 29(5), 409–416. <https://doi.org/10.1002/da.21888>

Hogan, N. S., Greenfield, D. B., & Schmidt, L. A. (2001). Development and validation of the Hogan Grief Reaction Checklist. *Death studies*, 25(1), 1–32. <https://doi.org/10.1080/07481180125831>

Holland, J. M., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Meaning reconstruction in the first two years of bereavement: The role of sense-making and benefit-finding. *Omega: Journal of Death and Dying*, 53(3), 175–191. <https://doi.org/10.2190/FKM2-YJTY-F9VV-9XWY>

Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2011). Separation and traumatic distress in prolonged grief: The role of cause of death and relationship to the deceased. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(2), 254–263. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9214-5>

Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American journal of psychiatry*, 154(7), 904–910. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.7.904>

Howarth, R. (2011). Concepts and controversies in grief and loss. *Journal of mental health counseling*, 33(1), 4-10. <https://doi.org/10.17744/mehc.33.1.900m56162888u737>

Hughes, E. K., & Gullone, E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body Image*, 8(3), 224–231. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.04.001>

Jacobs, S., Mazure, C., & Prigerson, H. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies*, 24(3), 185-199. <https://doi.org/10.1080/074811800200531>

Jakoby N. R. (2012). Grief as a social emotion: theoretical perspectives. *Death studies*, 36(8), 679–711. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.584013>

Kaufman, E. A., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., Skidmore, C. R., & Crowell, S. E. (2016). The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(3), 443–455. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9529-3>

Keesee, N. J., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: the contribution of finding meaning. *Journal of clinical psychology*, 64(10), 1145–1163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20502>

Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of affective disorders*, 131(1-3), 339-343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>

Kovács, M.J. (1996). *Vida e morte: Laços da existência*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

Kring, A. M., & Bachorowski, J.-A. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and Emotion*, 13(5), 575–599. <https://doi.org/10.1080/026999399379195>

Kübler-Ross, E. (1965). *On Death and Dying*, trad. it. *La morte e il morire*.

Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Tavistock Publications, London, UK.

Kübler-Ross, E. (1975). *Morte, estágio final de evolução*. Record. Rio de Janeiro.

Leblanc, N. J., Unger, L. D., & McNally, R. J. (2016). Emotional and physiological reactivity in Complicated Grief. *Journal of affective disorders*, 194, 98–104. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.024>

Lin, A, H, M, H. (2003). Factors Related to Attitudes Toward Death among American and Chinese Older Adults. *OMEGA- Journal of Death and Dying*, 47(1), 3-23. <https://doi.org/10.2190/G66E-F3UD-6RHX-6QQG>

Lopes, T. P. A. V. (2010). *Atitudes perante a morte e ansiedade e depressão em cuidadores profissionais de cuidados paliativos* (Master s thesis, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal). <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/2638>

Loureiro, L. M. J. (2010). Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). *Revista de enfermagem*, 3 (1), 101-108. <https://doi.org/10.12707/RH1012>

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)

Lund, D. A., Utz, R., Caserta, M. S., & De Vries, B. (2008). Humor, laughter, and happiness in the daily lives of recently bereaved spouses. *Omega*, 58(2), 87–105. <https://doi.org/10.2190/om.58.2.a>

Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 212, 138–149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>

Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 266–275. <https://doi.org/10.1002/wps.20348>

Maciejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2017). Prolonged, but not complicated, grief is a mental disorder. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 211(4), 189–191. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.196238>

Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA*, 297(7), 716–723. <https://doi.org/10.1001/jama.297.7.716>

Mash, H. B., Fullerton, C. S., Shear, M. K., & Ursano, R. J. (2014). Complicated grief and depression in young adults: personality and relationship quality. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(7), 539–543. <https://doi.org/10.1097/NMD.000000000000155>

Moreira, H., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2020). A bifactor analysis of the Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form (DERS-SF) in a sample of adolescents and adults. *Current Psychology* 1-26. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00602-5>

Näppä, U., Lundgren, A., Axelsson, B. (2016). The effect of bereavement groups on grief, anxiety, and depression - a controlled, prospective intervention study. *BCM Palliative Care*. 15(58), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0129-0>

Neimeyer, R. A. (1999). Narrative strategies in grief therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 12(1), 65–85. <https://doi.org/10.1080/107205399266226>

Neimeyer, R. A. (Ed.). (2001). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10397-000>

Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death studies*, 28(4), 309–340. <https://doi.org/10.1080/07481180490432324>

Neiva, E.R. & Mauro, T.G. (2011). Atitudes e mudanças de atitudes. In: C. V. Torres & E. R. Neiva (Eds.), *Psicologia Social: Principais Temas e Vertentes* (171- 203). Porto Alegre: Artmed.

Ordem dos psicólogos (outubro, 2011). Evidência Científica sobre o CustoEfetividade de Intervenções Psicológicas em Cuidados de Saúde. <https://www.ordemospsicologos.pt/pt/noticia/432>

Ordem dos psicólogos (2020). COVID-19 Todos estaremos de luto. <https://recursos.ordemospsicologos.pt/repositorio/estudo/covid-19-todos-estaremos-de-luto-versao-2>

Organização Mundial de Saúde – OMS (2020). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (11th ed.). WHO. <https://icd.who.int/>

Pais- Ribeiro, J. L., Honrado, A., Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239. <http://hdl.handle.net/10400.12/1058>

Parkes, C. M. (1998). *Luto estudos sobre a perda na vida adulta* (Vol. 56). Summus editorial.

Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2013). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Routledge.

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>

Peña-Vargas, C., Armaiz-Peña, G., Castro-Figueroa, E. (2021). A Biopsychosocial approach to grief, depression, and the role of emotional regulation. *Behavioral sciences*, 11 (110), 1-12. <https://doi.org/10.3390/bs11080110>

Periyakoil, V. S., & Hallenbeck, J. (2002). Identifying and managing preparatory grief and depression at the end of life. *American family physician*, 65(5), 883–890.

Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Day, N., Beery, L. C., Newsom, J. T., & Jacobs, S. C. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154(5), 616-623. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.5.616>

Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., 3rd, Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J., & Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *The American journal of psychiatry*, 152(1), 22–30. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.22>

Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G. A., Block, S. D.,

Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>

Prigerson, H. O., & Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 613–645). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10436-026>

Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newsom, J., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59 (1-2), 65-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)

Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., & Maciejewski, P. K. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in *DSM-V*. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 165–186). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14498-008>

Ramos, V. A. B., (2016). O processo de luto. *Psicologia.pt. O portal dos psicólogos*. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1021.pdf> ISSN 1646-6977

Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Research Press.

Rebelo, J. E., (2005). Importância da entreajuda no apoio a pais em luto. *Análise psicológica*. 23 (4), 373-380. <https://doi.org/10.14417/ap.555>

Rotter, J. C. (2000). Family Grief and Mourning. *The Family Journal*, 8(3), 275–277. <https://doi.org/10.1177/1066480700083010>

Rubin S. S. (1999). The two-track model of bereavement: overview, retrospect, and prospect. *Death studies*, 23(8), 681–714. <https://doi.org/10.1080/074811899200731>

Rubin, S. S., Nadav, O. B., Malkinson, R., Koren, D., Goffer-Shnarch, M., & Michaeli, E. (2009). The two-track model of bereavement questionnaire (TTBQ): development and validation of a relational measure. *Death studies*, 33(4), 305–333. <https://doi.org/10.1080/07481180802705668>

Sanders, C. M. (1993). Risk factors in bereavement outcome. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 255–267). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511664076.018>

Santana, V. S., & Gondim, S. M. G. (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo [Emotion regulation, psychological well-being and subjective well-being]. *Estudos de Psicologia*, 21(1), 58–68. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160007>

Servaty-Seib, H. L., & Pistole, M. C. (2007). Adolescent Grief: Relationship Category and Emotional Closeness. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 54(2), 147–167. <https://doi.org/10.2190/M002-1541-JP28-4673>

Shear M. K. (2015). Complicated grief. *The New England journal of medicine*, 372(2), 153–160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>

Silva, T. M. M. D. (2010). Luto complicado e regulação emocional em doentes psiquiátricos (Master s thesis, Instituto Superior de Ciências de Saúde- Norte). Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, CRL (CESPU). <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/56>

Silva, S., Carneiro, M. I. P., Zandonadi, A. C. (2017). O luto patológico e a atuação do psicólogo sob o enfoque da psicoterapia dinâmica breve. *Revista Farol*. 3(3), 142-157.

Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2021). Perturbações depressivas ou depressões. <https://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacoes-depressivas-ou-depressoos/>

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death studies*, 23(3), 197–224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>

Stroebe, M., & Schut, H. (2005). To continue or relinquish bonds: a review of consequences for the bereaved. *Death studies*, 29(6), 477–494. <https://doi.org/10.1080/07481180590962659>

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2006). Who benefits from disclosure? Exploration of attachment style differences in the effects of expressing emotions. *Clinical psychology review*, 26(1), 66-85. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.06.009>

Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged grief disorder: course, diagnosis, assessment, and treatment. *Focus*, 19(2), 161-172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>

Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2014). Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. *Journal of pain and symptom management*, 47(3), 531–541. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022>

Thompson R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25–52.

Toftagen, C., McAllister, R. D., & McMillan, S. C. (2011). Peripheral neuropathy in patients with colorectal cancer receiving oxaliplatin. *Clinical journal of oncology nursing*, 15(2), 182–188. <https://doi.org/10.1188/11.CJON.182-188>

Tomer, A. (2000). *Death Attitudes and the Older Adult: Theories Concepts and Applications* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315784489>

Vaz, F. M., Martins, C., & Martins, E. C. (2008). Diferenciação emocional e regulação emocional em adultos portugueses. *PSICOLOGIA*, 22(2), 123–135. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v22i2.350>

Veloso, M., Gouveia, J. P., & Dinis, A. (2011). Estudos de validação com a versão portuguesa da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE). *Psychologica*, (54), 87-110. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_4

Walsh, F. (2019). Loss and bereavement in families: A systemic framework for recovery and resilience. In B. H. Fiese, M. Celano, K. Deater-Deckard, E. N. Jouriles, & M. A. Whisman (Eds.), *APA handbook of contemporary family psychology: Foundations, methods, and contemporary issues across the lifespan* (pp. 649–663). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000099-036>

Walsh, F., & Mcgoldrick, M. (2013). Bereavement: A family life cycle perspective. *Family Science*, 4(1), 20-27. <https://doi.org/10.1080/19424620.2013.819228>

Widera, E., & Block, S. D. (2012). Managing grief and depression at the end of life. *American family physician*, 86(3), 259-264.

Wittkowski, J., Scheuchenpflug, R. (2021). Evidence on the Conceptual Distinctness of Normal Grief From Depression. *European Journal of Health Psychology*, 28 (3), 101-110. <https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000077>

Wong, P.; Reker, G.; Gesser, G. (1994). Death attitude profile revised: a multidimensional measure of attitude toward death. In Neimeyer, R. A., (ed) *Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application* (pp. 121-148). Washington: Taylor & Francis.

Worden, J. W. (2004). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner* (4th ed.). Springer Publishing Company.

Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer publishing Company.

Young, B., Parkes, C. M., & Laungani, P. (1997). Death and bereavement across cultures. *London: Routledge*, 191-205. <https://doi.org/10.4324/9780203435199>

Zara, A. (2019). Loss, grief and depression: potential risk factors in grief-related depression. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 20 (2), 159-165. <https://doi.org/10.5455/apd.2390>

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>

Anexos



Consentimento informado

Caro senhor (a)

No âmbito do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento lecionado na Universidade Autónoma de Lisboa irei realizar um estudo sobre o luto mais em concreto o “Impacto da regulação emocional e das atitudes perante a morte na depressão em pessoas em luto” onde o objetivo principal é estudar o luto em Portugal e analisar a correlação entre estas variáveis. Asseguro que a sua participação é confidencial e em anónimo.

- Declaro que todos os procedimentos relativos à investigação foram claros e respondem de forma satisfatória a todas as questões,
- Compreendo que tenho o direito de colocar questões em qualquer momento da investigação,
- Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos da minha participação no estudo,
- Asseguro que todos os dados e informações serão guardados de modo confidencial e anonimato e apenas para fins do estudo,
- Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.
- Em caso de dúvidas contacte: stephanie.stephaniegalvao@gmail.com ou cpires@autonoma.pt

Depois de devidamente informado (a) autorizo a participação neste estudo.

Data _/_/_

Assinatura do participante:

Questionário socio demográfico

Sexo: ___F ___M

Nacionalidade:

Idade: _____anos

Estado civil: ___solteiro/a ___casado/a ___viúvo/a ___divorciado/a

Habilitações literárias: ___primária ___básico ___secundário ___licenciatura ___mestrado
___doutoramento

Anteriormente já recorreu a ajuda psicológica? ___ não ___ sim

Já foi diagnosticado/a com alguma perturbação psicológica? ___não__ sim. Se sim qual?

Relação com o falecido:

À quanto tempo faleceu:

Morte por:

Anteriormente já tinha perdido alguém:

Escala de dificuldades de regulação emocional (EDRE-VR)

Por favor, indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------|---------------|------------------|---------------------|--------------|
| Quase nunca | Algumas vezes | Metade das vezes | A maioria das vezes | Quase sempre |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Costumo prestar atenção àquilo que estou a sentir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tenho muita dificuldade em perceber como me estou a sentir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tenho dificuldade em entender os meus sentimentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Dou importância àquilo que sinto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sinto-me confuso em relação àquilo que sinto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quando estou chateado, apercebo-me das minhas emoções | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quando estou chateado, fico envergonhado por me sentir assim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quando estou chateado, tenho dificuldade em concluir tarefas ou trabalhos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quando estou chateado, fico fora de controlo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quando estou chateado, acredito que vou acabar por ficar muito deprimido/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quando estou chateado, tenho dificuldade em focar a minha atenção noutras coisas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quando estou chateado, sinto-me culpado por me sentir assim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Quando estou chateado, tenho dificuldade em concentrar-me | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quando estou chateado, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quando estou chateado, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quando estou chateado, fico irritado comigo mesmo por me sentir assim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quando estou chateado, perco o controlo sobre os meus comportamentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quando estou chateado, demoro muito tempo até me sentir melhor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Escala de Avaliação do perfil de atitudes acerca da morte (EAPAM)

Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte – EAPAM^a Loureiro, 2010

São apresentadas afirmações relativas à morte. Solicitamos que leia cada uma delas e a seguir assinale na grelha a sua opinião colocando um cruz sobre o número que melhor corresponde à sua opinião.

| Discordo completamente 1 | Discordo 2 | Discordo moderadamente 3 | Não concordo nem discordo 4 | Concordo moderadamente 5 | Concordo 6 | Concordo completamente 7 | |
|---|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|---------------|-----------------------------|---|
| 1. A morte é sem dúvida uma experiência cruel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. A perspectiva da minha própria morte provoca-me ansiedade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Evito a todo o custo pensamentos relacionados com a morte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Acredito que depois de morrer irei para o céu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. A morte traz um fim para todos os meus problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. A morte deve ser vista como um acontecimento natural, inegável e inevitável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Incomodo-me com a finalidade da morte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. A morte é a entrada num lugar último de satisfação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. A morte providencia um escape para este mundo terrível | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Sempre que um pensamento relacionado com a morte me vem à cabeça tento afastá-lo a todo o custo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. A morte é a libertação da dor e do sofrimento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Tento sempre não pensar na morte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Acredito que o céu será um lugar muito melhor do que este mundo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. A morte é um aspecto natural da vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. A morte é a união com Deus e a felicidade eterna | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. A morte traz a promessa de uma vida nova e gloriosa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Eu não temo a morte nem a desejo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Tenho um intenso medo da morte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Evito a todo o custo pensar acerca da morte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. O assunto da vida depois da morte perturba-me muito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Assusta-me o facto da morte significar o fim de tudo o que eu conheço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Olho para o futuro, depois da morte, como a reunião com as pessoas que amei | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Vejo a morte como um alívio para o sofrimento terreno | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. A morte é simplesmente uma parte do processo da vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. Vejo a morte como uma passagem para um lugar eterno e santo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. Tento não fazer nada que esteja relacionado com o assunto da morte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27. A morte oferece uma maravilhosa libertação da alma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28. Uma coisa que me dá conforto face à morte são as minhas crenças | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29. Vejo a morte como alívio do fardo desta vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30. A morte não é boa nem má | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 31. Olho antecipadamente para a vida depois da morte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 32. A incerteza de nada saber ao que acontece depois da morte, preocupa-me | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

^a Death Attitude Profile – Revised (Wong, P.; Reker, G.; Gesser, T., 1994)

Escala de ansiedade, depressão e stress EADS-21

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|
| Não se aplicou nada a mim | Aplicou-se a mim algumas vezes | Aplicou-se a mim muitas vezes | Aplicou-se a mim a maior parte das vezes |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Tive dificuldades em me acalmar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Senti a minha boca seca | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Não consegui sentir nenhum sentimento positivo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Senti dificuldades em respirar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Senti tremores (por ex., nas mãos) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Senti que estava a utilizar muita energia nervosa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Senti que não tinha nada a esperar do futuro | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Dei por mim a ficar agitado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Senti dificuldade em me relaxar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Senti-me desanimado e melancólico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Senti-me quase a entrar em pânico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Não fui capaz de ter entusiasmo por nada | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Senti que não tinha muito valor como pessoa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Senti que por vezes estava sensível | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Senti que a vida não tinha sentido | 0 | 1 | 2 | 3 |

Inventário de luto complicado

A seguir encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após acontecimentos de vida difíceis. Por favor, leia cada um dos itens e indique, com um círculo, a resposta que melhor descreve como se sente em relação a uma situação de luto atualmente:

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------|-----------|----------------|--------------|--------|
| Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Regularmente | Sempre |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Eu penso tanto nesta pessoa que é difícil fazer as coisas que normalmente faço... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| As memórias da pessoa que morreu perturbam-me... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Eu sinto que não aceito a morte da pessoa que morreu... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Eu dou por mim a sentir a falta da pessoa que morreu... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Eu sinto-me atraído às coisas e lugares associados à pessoa que morreu... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Não consigo evitar sentir-me zangado com a sua morte... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Eu sinto descrença sobre o que aconteceu... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Eu sinto-me atordoado ou confuso com o que aconteceu... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Desde que ele(a) morreu é-me difícil confiar nas pessoas... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Desde que ele(a) morreu, sinto que perdi a capacidade de me interessar com outras pessoas ou sinto-me distante das pessoas de que gosto... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Eu sinto dor na mesma parte do corpo ou tenho alguns dos sintomas da pessoa que morreu... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Eu desvio-me do meu caminho para evitar lembranças da pessoa que morreu... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sinto a minha vida vazia sem a pessoa que morreu... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Eu ouço a voz da pessoa que morreu falar-me... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Eu vejo a pessoa que morreu diante de mim... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Eu sinto que é injusto que eu deva viver enquanto esta pessoa morreu... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Eu sinto-me amargo sobre a morte desta pessoa... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Eu sinto inveja daqueles que não perderam ninguém próximo... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Eu sinto-me só grande parte do tempo desde que ele(a) morreu... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |