



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

Há tempo para o luto?

O impacto da realização de tarefas pós-morte no
processo de luto.

Beatriz Soares Vilar

Orientador da Dissertação:

Doutor David Dias Neto

Professora de Seminário de Dissertação:

Prof. Doutora Isabel Leal

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do
Doutor David Neto, apresentada no ISPA – Instituto Universitário
para obtenção de grau de Mestre na especialidade
de Psicologia da Saúde.

Agradecimentos

Será impossível expressar o quão grata estou ao Professor David por me ter permitido realizar este trabalho, no qual acreditou desde o primeiro segundo, de uma forma tão positiva, guiando-me neste caminho, por vezes, montanhoso. Graças a todos os momentos de crítica construtiva, paciência e amparo encontramos-nos aqui! Espero que a minha gratidão se traduza no trabalho apresentado.

À Professora Isabel Leal, muito obrigada por todas as oportunidades que já tive de trabalhar ao seu lado. Entre Congressos, Colóquios e aulas de Dissertação, a sua disponibilidade, simpatia e honestidade fizeram-me querer ser mais e melhor. Foi uma honra!

Não poderia deixar de mencionar e de expressar o meu especial agradecimento a todos os que contribuíram para que este trabalho fosse possível, falo da Associação Nacional de Empresas Lutuosas (ANEL), da Servilusa e dos seus parceiros, da Reencontro – Agência Funerária, da Funerária da Freguesia e da Agência Funerária Centenária.

Aos meus pilares nesta luta, Cheila e Marta, encontro aqui a oportunidade para lhes declarar o orgulho imenso que tenho na nossa jornada. Vamos continuar a escrever história! Obrigada por este caminho bonito, que recordarei para sempre com todo o carinho e saudade.

Na minha família encontro o que preciso: aconchego e saudação. Obrigada por aplaudirem os meus sucessos, por fazerem de mim o que sou hoje, por terem criado uma sonhadora com os pés assentes no chão. Amo-vos, sempre!

A todos os que deste percurso fizeram parte, a vossa presença foi indispensável.

Nonô, a minha inspiração, sem saberes fazes com que todos os dias descubra forças que não sabia ter. Obrigada por não me cobrares todos os momentos que o dever me obrigou a não te dar a atenção que mereces.

A ti Pedro, meu amor, a minha constante ao longo destes duros anos. Foste sempre o meu porto seguro nos momentos em que achava não ser capaz, em que a frustração e o desespero falavam mais alto.

Por fim, e, por isso, mais importante, ao meu anjo da guarda, à razão de não ter desistido e deixado tudo para trás: à minha Mãe. Espero que o teu orgulho em mim seja tanto quantas as saudades que tenho em te ter ao meu lado. Sem ti, mesmo que no pensamento, esta conquista não faria sentido. Obrigada vida por me teres dado a oportunidade de aprender tanto com este ser maravilhoso a quem tenho o privilégio de chamar Mãe.

Resumo

O presente estudo visa colmatar a lacuna existente na área do luto referente às tarefas com as quais os enlutados se deparam após a morte do ente querido. Desta forma, o mesmo pretende concluir sobre o efeito que o número de tarefas realizadas pelos indivíduos tem no seu processo de luto, bem como averiguar qual a(s) categoria(s) com mais impacto nesse processo, aprofundando que tarefas, em específico, são preditoras do Luto Complicado.

Constituída por 202 participantes, a amostra, por meio de uma *checklist* de tarefas pós-morte e do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado (PG-13) e com recurso a regressões lineares simples e múltiplas, permitiu concluir que: i) quanto maior o número de tarefas realizadas, maior será o *score* do luto associado (assumindo que valores superiores a 25 indicam luto complicado clinicamente significativo); ii) são as tarefas Formais/Burocráticas e as Pessoais/Afetivas que se afirmam como preditores significativos do luto, podendo contribuir para uma experiência de Luto Complicado; iii) são cinco as tarefas (duas burocráticas e três afetivas) que se apresentam como preditores significativos do luto, o que leva a que a sua realização contribua para uma experiência de Luto Complicado.

Assim, perante os resultados obtidos, os mesmos poderão ser tidos em conta não só em contexto de terapia no âmbito do luto, mas também a nível governamental, nomeadamente no que às tarefas Formais/Burocráticas diz respeito, para que o número de tarefas a realizar pelos enlutados possa ser reduzido.

Palavras-Chave: Processo de Luto; Luto Complicado; Tarefas Pós-Morte.

Abstract

This study aims to bridge the gap in the area of grief regarding the tasks faced by bereaved people after the death of a loved one. Thus, it intends to conclude on the effect that the number of tasks performed by individuals has on their grieving process, as well as to ascertain which category(s) have the most impact on this process, deepening which tasks, in particular, are predictors of Complicated Grief.

Consisting of 202 participants, the sample, through a post-mortem checklist and the Prolonged Grief Disorder (PG-13) and using simple and multiple linear regressions, allowed us to conclude: i) the larger the number of tasks performed, higher will be the associated mourning score (assuming values greater than 25 indicate clinically significant complicated mourning); ii) Formal/Bureaucratic and Personal/Affective tasks assert themselves as significant predictors of grief and may contribute to Complicated Grief; iii) there are five tasks (two bureaucratic and three affective) that present themselves as significant predictors of grief, leading to its accomplishment contributing to a Complicated Grief experience.

Thus, given the results obtained, they can be taken into account not only in the context of bereavement therapy, but also at the governmental level, namely as regards the Formal/Bureaucratic tasks to be performed mourning may be reduced.

Key-Words: Mourning Process; Complicated Mourning; Post-Death Tasks.

Índice

Introdução.....	1
Método	9
Desenho do Estudo.....	9
Participantes	9
Materiais	9
Procedimento	12
Análise Quantitativa de Dados.....	12
Resultados	14
Discussão.....	16
Referências	20
Anexos.....	24

Lista de Outputs

Output 1 – ANOVA One-Way entre a origem das decisões sobre as tarefas com o Luto.

Output 2 – Estatística Descritiva das origens das decisões sobre as tarefas.

Lista de Anexos

Anexo A - Folheto Informativo do Luto.

Anexo B – Outputs ANOVA One-Way.

Lista de Figuras

Figura 1 – *Categorização das tarefas pós-morte.*

Figura 2 – *Frente do folheto informativo do luto.*

Figura 3 – *Verso do folheto informativo do luto.*

Lista de Abreviaturas

LC – Luto Complicado;

LP – Luto Prolongado;

LSC – Luto Sem Complicações;

PLCP – Perturbação de Luto Complexo Persistente;

PLP – Perturbação de Luto Prolongado;

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde incluiu a Perturbação de Luto Prolongado na Classificação Internacional de Doenças, visto que cerca de 10 a 30% deste grupo populacional apresenta um risco para o desenvolvimento tanto da sua família como, por conseguinte, da sociedade onde se insere (Despacho 3254/2018). Assim, as pessoas que experienciam uma perda significativa têm necessidades de resposta a eventuais complicações físicas e mentais, por essa perda desencadeadas, que contribuem para a degradação da sua qualidade de vida (Despacho 3254/2018).

Com o intuito de otimizar os cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde nesta área, o Departamento da Qualidade na Saúde e a Comissão de Acompanhamento da Implementação do Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado propuseram-se, até ao final de 2019, a garantir respostas adequadas, às necessidades de todos os cidadãos, a nível da prevenção e tratamento do luto prolongado, através da sua identificação precoce, da intervenção no período agudo e do apoio especializado em casos de grande complexidade (Despacho 3254/2018). Tendo em conta os objetivos descritos, têm vindo a ser desenvolvidas experiências iniciais de intervenção diferenciada no luto prolongado de forma a concluir sobre eficácia das práticas terapêuticas definidas – Intervenção Universal, Intervenção Seletiva e Intervenção Indicativa (DGS, 2019). Assim, sendo este um tópico, atualmente, de grande relevância, esta investigação compromete-se a contribuir para o mesmo, apurando em que medida as tarefas realizadas pelos enlutados, após uma perda significativa, influenciam o seu processo de luto.

Carecem de luto todos os acontecimentos que incluam distanciamento ou quebra de afetividade, anteriormente estabelecida, levando à necessidade de uma reestruturação emocional e racional do indivíduo face à mesma (Souza & Corrêa, 2009; Worden, 2009). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5) (2014), o luto é caracterizado por uma predominância de sentimentos de vazio e, naturalmente, de perda, sendo que a intensidade destas sensações poderá não ser constante ao longo do tempo. Assim, o enlutado tanto pode experienciar um humor deprimido como emoções positivas num intervalo de tempo próximo. Desta forma, assume-se o luto como um processo não linear, com constantes regressões nos padrões de comportamento do enlutado (Sanders, 1999).

Inicialmente, o luto era visto como um ‘processo de doença’ ou um ‘evento tóxico’ na vida da pessoa (Parkes, 2001), relacionando-se frequentemente esta temática à depressão e melancolia (Burton, 1621; Heberden, 1657). Bowlby apresenta-se como pioneiro ao dar a

conhecer o luto como um processo de mudança fazendo com que o mesmo seja encarado, atualmente, como uma fase de transição, tendo em conta uma perspectiva biopsicossocial (Parkes, 1971), visto que é influenciado por várias dimensões da vida humana (dimensão biológica, psicológica e meio social).

O processo de luto poderá ocorrer de forma adaptada, isto é, Luto Sem Complicações (LSC), em que os indivíduos apresentam uma reação ‘normal’ à perda, ou seja, balanceiam a necessidade de proximidade com a pessoa perdida e a desvinculação da mesma (APA, 2014), sendo este o grande desafio: o desapego da pessoa falecida e a construção de novas formas de manter o laço afetivo existente (Zisook & Shear, 2009). Mas, para que tal aconteça, terão de ser ultrapassadas três fases de luto até o último estágio ser alcançado: aceitação/reorganização (Bowlby, 2004). John Bowlby (2004) conceptualizou o luto em quatro fases, que o enlutado terá de superar para que se considere que o mesmo aceitou a perda da vinculação, sendo que é possível existirem situações em que nem todas as fases se verificam e podendo as mesmas ocorrer de forma não linear, mas sim oscilatória: 1) Entorpecimento; 2) Anseio e busca da figura perdida; 3) Desorganização e Desespero; 4) Aceitação/Reorganização.

Assim, no momento em que as pessoas se confrontam com a notícia da perda passam por uma fase de choque e negação da realidade, com a duração habitual de horas a semanas – Entorpecimento. Apesar do confronto com a realidade, o indivíduo ainda não aceitou a mesma pelo que inicia uma procura e espera ansiosa pela pessoa ‘desaparecida’, apresentando um desejo intenso de recuperar o ente querido, que se traduz em sonhos e inquietação – Anseio e busca da figura perdida. Após estas duas fases iniciais, o enlutado começa a perceber a permanência da perda, iniciando uma fase de desespero e desorganização, onde abundam sentimentos de raiva e tristeza devido à sensação de abandono e de incapacidade para reverter a situação atual – Desorganização e Desespero. Por fim, ultrapassados todos estes momentos de choque, negação, inquietação, tristeza e raiva, a capacidade de adaptação à perda e retoma do funcionamento habitual já se faz notar – Aceitação/Reorganização, apesar de a saudade estar sempre presente (Bowlby, 2004).

É importante ter em conta que, mesmo que o enlutado reaja de forma adaptada à situação em que se encontra, podem-se verificar sintomas característicos do Episódio Depressivo Maior. Neste caso, a pessoa em questão demonstra um humor predominantemente deprimido acompanhado de sentimentos de desvalorização e baixa autoestima. Também sintomas como insônia, apetite reduzido e perda de peso podem ocorrer. Todas estas emoções e sensações estão, maioritariamente, relacionadas com comportamentos que o enlutado acha que podia ter feito para que a sua situação atual fosse diferente (APA, 2014). Assim, Worden (1982) organiza

em quatro categorias as reações de luto normais: Sentimentos, Sensações físicas, Cognições e Comportamentos. Desta forma, considera-se que a perda foi superada quando é possível recordar o falecido sem que essa memória desencadeie uma reativação emocional intensa, permitindo a demonstração de sentimentos positivos face à vida (Bonanno, Wortman & Nesse, 2004).

Contrariamente à forma adaptada, o luto também pode ser vivido patologicamente. Neste caso, podem existir dois diagnósticos, em muito semelhantes, mas distintos, isto é, o enlutado poderá vivenciar uma Perturbação de Luto Prolongado (PLP) ou uma Perturbação de Luto Complexo Persistente (PLCP). Muito idênticos nas suas características e sensações, ou seja, em ambas existe *distress*, resultado da separação do ente querido, e dificuldade em aceitar a perda encontrando um novo significado para a vida sem a pessoa perdida (Allumbaugh & Hoyt, 1999). O que distingue estas duas perturbações do luto é o tempo: para que seja diagnosticado a PLP é necessário que, após seis meses, o enlutado ainda sinta as sensações referidas, ao invés da PLCP em que a janela temporal é de 12 meses (Allumbaugh & Hoyt, 1999).

Existem três critérios que conduzem ao diagnóstico da PLP, para além da existência da perda e de terem decorrido seis meses após a mesma (Prigerson, Horowitz, Jacobs, Parkes, Aslan, et al., 2009). O enlutado terá de sentir ansiedade de separação de forma diária, intensa e disruptiva; experienciar, diária ou disruptivamente, cinco de nove possíveis sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais (dificuldade em aceitar a perda; evitamento na lembrança da perda como real; dificuldade em confiar nos outros após a perda; revolta e amargura face à perda; dificuldade em continuar a sua vida; sensação de estagnação emocional; sensação de vida insatisfatória, vazia e sem significado desde a perda; sentimentos de choque; e confusão pela perda); e disfunção de funcionamento social e ocupacional (Prigerson, et al., 2009). Todos estes critérios, quando aferidos, para conduzirem a um diagnóstico de PLP não poderão estar relacionados com efeitos fisiológicos, consumo de substâncias ou outras condições médicas, nem deverão explicar melhor a Perturbação Depressiva Major, Perturbação de Ansiedade ou a Perturbação de Stress Pós-traumático (Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011).

O Luto Complicado (LC) pode apresentar diferentes variantes, entre os quais o luto crónico, o luto inibido, etc. (APA, 2014). Assim, Worden (1998) considera que existem quatro formas distintas de manifestação do LC: reações crónicas – constantes ao longo do tempo, verifica-se um ‘congelamento’ do percurso pessoal do indivíduo; reações retardadas – comportamentos que, à data, já se esperavam realizados; reações exageradas – refletem um claro evitamento da perda; reações mascaradas – ações impulsionadas pela perda, mas justificas

com outros assuntos. Em suma, no LC o enlutado apresenta confusão de identidade, diminuição da percepção de si e, muitas vezes, despersonalização (Jacobson, Zhang, Block, Maciejewski & Prigerson, 2010). Outra dificuldade sentida nesta patologia é a manutenção de relações que, antes da perda, eram próximas, devido à desconfiança e falta de segurança causada pela mesma e pelo conseqüente abalo do mundo interno do indivíduo enlutado, que pode resultar num estado de isolamento social (Zisook & Shear, 2009).

Naturalmente, um diagnóstico desta dimensão deverá ter em atenção o contexto cultural do indivíduo, pois rituais de luto, que fazem parte da cultura do enlutado, favorecem a compreensão e a forma como a pessoa enfrenta a perda (Calhoun, Tedeschi, Cann & Hanks, 2010). Para além dos rituais culturais, existem outros fatores protetores do luto, tais como: boas relações sociais mantidas; a personalidade (do enlutado), preferencialmente estável e equilibrada; bons recursos financeiros; autonomia; boa autoestima e autoimagem; vida ocupacional ativa; boas relações familiares; etc. (Stroebe & Schut, 2001; Barreto, Soler & Yi, 2008).

Existe, na literatura, referência a fatores de risco para o luto, isto é, situações ou características que ao existirem, à partida, poderão dificultar o processo de luto do indivíduo em questão. Stroebe e Schut (2001) organizaram estes preditores em duas grandes categorias: fatores de risco específicos do processo de luto, isto é, situações que influenciam o impacto do luto na vida da pessoa em causa e a superação da perda; e fatores de risco gerais do processo de luto, relacionados com variáveis sociais ou com características específicas do funcionamento do indivíduo. Estes autores defendem ainda a existência de três separadores, no que concerne aos fatores de risco do luto: os situacionais, os intrapessoais e os interpessoais.

Mais concretamente, os fatores de risco situacionais incluem o tipo de morte (Barreto, Soler & Yi, 2008). Nesta área, Sanders (1993) concluiu que existem quatro tipos de morte que fazem com que a probabilidade de o enlutado vivenciar um LC, em conjunto com outros problemas psicológicos, aumente. Fala-se de situações em que a morte ocorreu de forma inesperada, repentina e/ou prematura, pois tendem a despoletar processos de luto mais longos e complexos, devido à elevada carga emocional associada (Walsh & McGoldrick, 1998); morte dolorosa; morte violenta ou estigmatizante e a morte de uma criança. Considera-se também o luto parental, pelas inúmeras mudanças implicadas na forma como a pessoa compreende o mundo e o seu lugar no mesmo (Archer, 1999).

Algo que também poderá comprometer o processo de LSC são os traumas anteriores à referida morte, dando o exemplo de um diagnóstico de doença terminal (Prigerson, Cherlin, Chen et al., 2003), ou outras perdas prévias, podendo o indivíduo ter vivido perdas múltiplas

(Stroebe, Schut & Stroebe, 2007). Quando existe a vivência de perdas múltiplas o enlutado demonstra-se, por norma, mais angustiado no processo de luto recente (Silverman, Johnson & Prigerson, 2001). Apresentam-se, ainda, como fatores de risco situacionais a duração da doença do falecido (se tiver sido o caso), a existência de uma crise concorrente (e.g. término de uma relação), recursos materiais insuficientes e a impossibilidade de comprovar efetivamente a morte, devido a desaparecimento ou falta de condições para reconhecer o corpo (Barreto, Soler & Yi, 2008).

Nos fatores de risco intrapessoais, sabe-se que em pessoas mais jovens o luto vivido tende a provocar um maior número de consequências para o seu estado de saúde (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007), sendo, por isso, a idade do enlutado um dos fatores de risco intrapessoal. Também a insónia é um forte preditor do LC, relacionada com os eventuais sonhos com o morto e ruminações cognitivas sobre o mesmo (Hardison, Neimeyer & Lichstein, 2005). Tendo em conta que as mulheres demonstram valores mais frágeis nesta fase, o sexo do enlutado também se apresenta como fator de risco intrapessoal (Hardison, Neimeyer & Lichstein, 2005).

Naturalmente, pessoas que apresentem um historial médico ou psiquiátrico significativo, à partida, detêm menos recursos para ultrapassar, de forma positiva e autónoma, esta fase de adaptação à perda de alguém (Schum, Lyness & King, 2005). Outros fatores como a personalidade, a religião e perdas precoces e/ou lutos não resolvidos também fazem parte da categoria dos fatores de risco intrapessoais para o LP (Barreto, Soler & Yi, 2008). Contudo, relativamente à religião verifica-se que a mesma pode impactar no luto de duas formas: apresentando-se como um apoio social, em que o enlutado está integrado num grupo com quem partilha os mesmos interesses e necessidades religiosas e/ou constituindo, para o indivíduo, um sistema de crenças que auxiliam a sua busca de respostas no sentido de entender a ocorrência daquela morte (Stroebe & Schut, 2001).

Por fim, nos fatores de risco interpessoais destaca-se o grau de parentesco, verificando-se que os pais (principalmente as mães), as viúvas e irmãs do falecido sofrem mais com a sua morte comparativamente aos filhos (adultos) e irmãos (Cleiren, Diekstra, Kerkhof & Van der Wal, 1994), corroborando-se, assim, a vulnerabilidade do sexo feminino nestas situações. Outro fator preditor do LC é a impossibilidade de adaptação antecipada ao mesmo (Cleiren, Diekstra, Kerkhof & Van der Wal, 1994).

Nos fatores de risco interpessoais, são consideradas todas as variáveis que fazem parte da vivência humana a nível social, habitacional, etc., bem como a relação mantida com o falecido em vida (Barreto, Soler & Yi, 2008). Pelo que, a grande dependência que o enlutado apresenta face à pessoa falecida assume-se como fator de risco preponderante para o

desenvolvimento de um luto crónico e/ou complicado (Bonanno, Wortman, Lehman et al., 2002). Neste sentido, acredita-se que uma avaliação adequada do funcionamento sistémico será útil para prever a forma como o enlutado lidará com a perda, tendo em conta que a comunicação e a coesão se mostraram bons indicadores do luto (Traylor, Hayslip, Kaminski & York, 2003).

Sanders (1999) elaborou a Teoria Integrativa do Processo de Luto que engloba tudo o que foi enunciado, apresentando moderadores externos e internos do processo de luto. Estão abrangidos nos moderadores externos o tipo de morte, o papel que a pessoa que faleceu tinha na vida do indivíduo, o sistema de suporte social, o estatuto socioeconómico, etc. A nível interno, os fatores que vão moderar este processo são, por exemplo, a idade, o género, a força do ego, a personalidade, a vinculação que existia entre o enlutado e o falecido, entre outros.

Para além do referido anteriormente, a alteração emocional e comportamental do indivíduo face à perda dependerá, sobretudo, das suas crenças, apreendidas e internalizadas ao longo da vida (Remor, 1999). Essas crenças conduzem à construção de significados que estão intimamente associados a questões emocionais, entendidas através de privilégios, constrangimentos, obrigações e características pessoais. Assim, o luto é vivenciado de uma forma única tendo em conta os ganhos e as perdas que o enlutado considera na sua situação em particular.

É precisamente sobre essas crenças que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se debruça, demonstrando-se significativamente eficaz em casos de elaboração do luto de forma não adaptada (Matthews & Marwit, 2004; Stubenbort, Donnelly & Cohen, 2001). Os Esquemas Iniciais Disfuncionais resultam, justamente, das crenças globais e enraizadas a partir das quais o indivíduo constrói pressuposições e regras sobre o mundo, que exercem influência sobre o seu comportamento e, sobretudo, sobre o seu humor ao ponto de o alterar (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

Desta forma, a TCC, em conjunto com a predisposição do enlutado para a mudança, em contexto de LC, deve permitir a identificação e reestruturação cognitiva, por meio de técnicas comportamentais de modificação cognitiva, aquisição de competências pessoais e sociais e alteração de comportamentos que conduzam ao encarar da realidade (Basco, Thase & Wright, 2008; Beck, Freeman & Davis, 2004). Contudo, tendo em conta a forma díspar como diferentes pessoas experienciam o luto (Cutcliffe, 1998), antes de se dar início a qualquer intervenção, deverá ser feita uma avaliação cautelosa da situação do indivíduo em causa, averiguando os seguintes aspetos: fase do processo de luto em que a pessoa se encontra; presença de pensamentos disfuncionais; presença de sentimentos de culpa; significado e importância atribuída à perda; fatores psicológicos, sociais e fisiológicos que podem influenciar ou vir a

influenciar a resposta ao luto; historial de perdas anteriores; entre outras (Zissok & Shear, 2009).

Mais concretamente, tendo em conta a teoria de Worden (2009) para ultrapassar a perda de forma construtiva (e.g. trabalhar a dor da perda; ajustar-se a um ambiente em que o falecido está ausente), a intervenção psicológica no LC deverá ser guiada e orientada de forma a: reduzir a intensidade do luto; desenvolver a capacidade de apreciar memórias ternas do falecido (i.e. recordar sem ativação emocional disruptiva); promover o envolvimento em atividades quotidianas (profissionais) e promover o investimento nas relações com os outros (Shear, Frank, Foa, et. al, 2001).

Em paralelo, o enlutado deverá ser auxiliado no sentido de integrar a morte no seu percurso de vida e a gerir novas funções e papéis decorrentes da perda (Shear et. al, 2001), pois, quando não existe capacidade de reorganização do sistema familiar sem a pessoa perdida, podem-se verificar efeitos prejudiciais no bem-estar pessoal (Walsh & McGoldrick, 1995). Pelo que, o objetivo primordial da intervenção em contexto de perda é o fortalecimento das relações familiares (Walsh & McGoldrick, 1995), com o intuito de experienciarem um luto adaptativo e terem a capacidade de reinvestir nas suas vidas, através da normalização da perda e diminuição de sentimentos de mistificação, esclarecendo os factos que à morte dizem respeito. A envolvimento partilhada em rituais fúnebres e outras experiências que permitam a partilha do legado emocional da perda, como, por exemplo, rever fotografias e escrever uma carta, permitem o estabelecimento de uma ponte entre o presente e o futuro (Matthews & Marwit, 2004), possibilitam a integração da experiência de perda e promovem o sentido de continuidade e conexão familiar, cultural e humana. E, por fim, a reorganização familiar e reinvestimento em novos relacionamentos e projetos de vida, como habitualmente referido por outros autores.

Perante a morte de um ser humano, existe um leque de tarefas que são realizadas para que a sua ausência do mundo, na prática, se torne efetiva, não só para os órgãos de soberania do seu país de residência como, também, para a vida de todos aqueles que lhe são próximos. Posto isto, para a presente investigação, foram apuradas, tanto quanto possível, atendendo à pouca literatura existente sobre este tema, as tarefas que habitualmente são executadas após a morte de alguém, sendo comum que os responsáveis pelas mesmas tenham uma relação direta com o falecido. Identificadas todas as tarefas em causa, para que os resultados se apresentassem de uma forma mais organizada e tendo em conta a existência de denominadores comuns entre algumas tarefas, foi pertinente e possível a sua organização em três categorias. Desta forma, todas as tarefas pós-morte, habitualmente realizadas pelos enlutados, foram agrupadas em: Tarefas Formais/Burocráticas, Tarefas Pessoais/Afetivas e Tarefas Religiosas/Rituais.

Apesar de já termos conhecimento sobre a influência da religião em situações de perda (Stroebe & Schut, 2001), falta entender como tarefas a serem cumpridas num curto espaço de tempo, com conotação de obrigatoriedade associada – Formais/Burocráticas, e tarefas do foro mais privado e emocional – Pessoais/Afetivas – impactam no processo de luto. Através do Modelo de Processo Duplo, em que Stroebe e Schut (1999) defendem a existência de *coping* orientado para a perda e de *coping* orientado para o restabelecimento, acredita-se que existem tarefas que permitem ao enlutado lidar com a separação sentida e outras associadas à construção de novos significados sem a pessoa falecida (Matthews & Marwit, 2004; Stroebe & Schut, 2001). Resta saber se alguma delas não contribui, de forma adaptada, para nenhum *coping* apresentado, conduzindo, por isso, à vivência de LC.

Objetivos:

1. Averiguar se o número cumulativo de tarefas realizadas pelo indivíduo, ignorando as categorias estabelecidas, influencia a vivência do seu processo de luto e se essa relação é positiva ou negativa;
2. Explorar a(s) categoria(s) de tarefa(s) que mais impactam no processo de luto e em que sentido, isto é, se o seu efeito é facilitador ou prejudicial;
3. Apurar quais as tarefas específicas (das categorias que se demonstram significativas) que se poderão demonstrar preditores do LC.

Método

Desenho do Estudo

Considerando o objetivo desta investigação a mesma enquadra-se na categoria correlacional e descritiva, tendo em conta que não pretende intervir nos acontecimentos aqui utilizados, interessando apenas as situações vividas e descritas pelos participantes em questão.

Tendo em consideração a forma de recolha de dados, este estudo apresenta-se como um estudo quantitativo e transversal (Marôco, 2014).

Participantes

Para ingressar na amostra deste estudo cada participante teve de obedecer a cinco critérios de inclusão: 1) ser fluente em português; 2) idade ≥ 18 anos; 3) vivência de perda de um ente querido; 4) o espaço temporal desde a perda ser ≥ 6 meses; 5) preencher todos os itens do instrumento PG-13.

Durante a análise dos dados deparámo-nos com (sete) participações que não obedeciam ao critério '4)', referido anteriormente, pelo que foram excluídos da base de dados do estudo. Para além destas sete participações, cuja perda ocorrera há menos de seis meses, foram igualmente eliminados da amostra outros seis questionários, em que dois deles foram repetidamente submetidos e os restantes quatro não apresentaram resposta a todos os itens do instrumento PG-13, inviabilizando o alcance das conclusões pretendidas.

Os métodos de amostragem, neste estudo utilizados, incluem-se na amostragem não-probabilística objetiva ou intencional, visto que os participantes obedecem a critérios de inclusão específicos para ingressar na amostra (Marôco, 2018), e conveniente, uma vez que parte da amostra foi recolhida pela partilha online do protocolo.

Esta investigação contempla um total de 202 participantes, dos quais 158 são mulheres e 44 homens, com idades compreendidas entre os 18 e 93 anos, sendo a média das mesmas de 43 anos ($M = 42,64$), com um desvio-padrão de 17,354. Relativamente à perda, verificou-se que 35,6% ($N = 72$) viveram o luto do Pai/Mãe e 32,7% ($N = 66$) do Avô/Avó, tendo uma larga percentagem ($N = 160$; 79,2%) da amostra referido o nível de proximidade máximo da pessoa falecida. Mais de metade dos participantes ($N = 106$; 52,5%) referem-se a uma morte que ocorreu de forma inesperada (e.g. fruto de um acidente).

Materiais

- *Questionário de caracterização sociodemográfica e da perda*, composto por nove itens dos quais cinco se referem ao participante em questão, onde estão incluídas a idade,

sexo, habilitações literárias, profissão e religião. Os restantes quatro itens são de caracterização da perda em causa, onde é solicitado o tempo que decorreu desde a morte, o grau de parentesco/relação com a pessoa falecida e a proximidade do participante à mesma, através de uma escala tipo *Likert* de cinco pontos em que 1 é “Nada próximo” e 5 representa “Muito próximo”. A caracterização da perda termina com identificação da forma como a morte sucedeu, se foi uma morte inesperada ou devido a uma condição de saúde prolongada.

- *Checklist de identificação das tarefas realizadas após a morte*, criada no contexto do presente estudo, com o auxílio de dois peritos na área (o presidente da Associação Nacional de Empresas Lutuosas – ANEL e a técnica comercial do grupo de serviços funerários Servilusa S.A.). Esta *checklist* tem como objetivo a averiguação da responsabilidade do participante por alguma(s) da(s) tarefa(s) aqui em questão, de forma a alcançar as conclusões pretendidas. Esta *checklist* é composta por 23 itens, agrupados em três categorias, são elas:

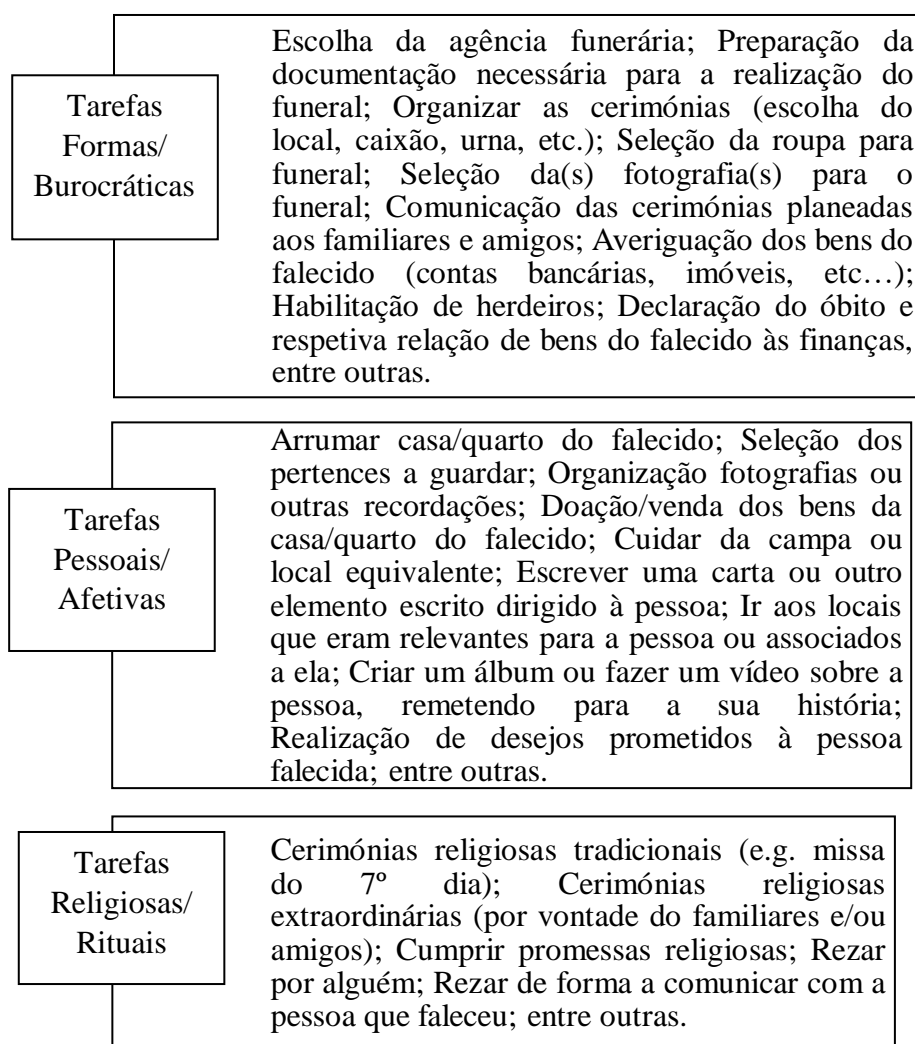


Figura 1 - *Categorização das tarefas pós-morte.*

- *Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado*, adaptação portuguesa do instrumento *Prolonged Grief Disorder (PG-13)* de Prigerson et al. (2009), traduzida e adaptada por Delalibera, Coelho e Barbosa (2011). É um questionário composto por 13 itens que espelham um conjunto de sintomas que, caso persistam por um período mínimo de seis meses, estão associados a um significativo distúrbio funcional. Este instrumento só é válido, portanto, para indivíduos cuja a perda ocorreu há, pelo menos, seis meses.

A primeira parte do questionário é constituída por três itens, em que os dois primeiros avaliam a frequência do sentimento de ansiedade de separação através de uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, onde o 1 representa “Quase nunca” e o 5 “Várias vezes por dia”. O terceiro item refere-se à duração deste sintoma através de uma resposta dicotômica, isto é, o participante responde de forma afirmativa caso se refira a um período igual ou superior a seis meses e de forma negativa se a manifestação do referido sintoma existe há menos de seis meses.

A segunda parte desta escala é composta por nove itens descritivos de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais em que a resposta é dada com recurso a uma escala tipo *Likert* de cinco pontos que permite avaliar a intensidade dos sentimentos referidos. A última questão refere-se à incapacidade funcional nas áreas social, ocupacional e outras áreas do funcionamento onde é solicitado aos participantes que respondam de forma dicotômica (sim ou não). Todas estas perguntas se referem ao funcionamento da pessoa durante o último mês (Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011).

Este instrumento de medida admite duas utilizações distintas para concluir sobre o Luto Prolongado (LP), isto é, as respostas dos inquiridos tanto podem ser usadas na validação de cinco critérios de diagnóstico da PLP (Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011) como para tratamento dos dados por meio de uma medida contínua. No último, o valor de cada participante é obtido através da soma das suas respostas a cada item, não incluindo os itens referentes à duração e ao funcionamento do indivíduo perante uma situação de luto (Prigerson et al., 2009), visto serem de resposta dicotômica. Denominados de *scores*, a soma das respostas do enlutado pode variar entre 11 e 55 e, apesar de não estar oficialmente estabelecido nenhum ponto de corte para esta escala (Pohlkamp, Kreicbergs, Prigerson, et al., 2018), admite-se que valores superiores a 25 indicam LC clinicamente significativo (Dionne-Odom, Azuero, Lyons, et al., 2016).

Avaliadas as qualidades psicométricas deste instrumento, atendendo à amostra aqui retratada, o mesmo demonstrou ótimos níveis de sensibilidade bem como de fiabilidade que, através do *Alpha* de Cronbach, apresenta uma elevada consistência interna (0.91). Apesar da estrutura fatorial distinta da utilizada por Delalibera, Coelho e Barbosa (2011), visto que, neste

estudo, foram tidos em conta apenas 11 itens na análise fatorial exploratória, a mesma indicou uma estrutura unidimensional com o fator a emergir com um valor próprio de 6.016 que explica uma variância total de 54.695%. Estes resultados vão ao encontro do relatado no estudo de adaptação ao contexto português (Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011).

Procedimento

Na construção do protocolo a aplicar aos participantes foram tidos em conta os aspetos referentes a características pessoais e da perda, que estão contemplados na literatura como preditores e fatores de risco do processo de luto. Foi ainda, neste momento, solicitado à autora da adaptação portuguesa do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado (PG-13) a autorização para o uso do mesmo, de forma a avaliar o luto patológico. Imediatamente antes do início da recolha de dados foi realizada, como preocupação ética, uma aplicação piloto a três pessoas diferentes, com vista a contabilizar o tempo de preenchimento do protocolo e averiguar eventuais erros ou dificuldades de resposta às perguntas solicitadas, onde se obteve um tempo de preenchimento de aproximadamente 10 minutos.

A recolha de dados começou por ser feita com recurso a alguns parceiros do grupo de serviços funerários Servilusa e a três agências funerárias dos concelhos de Odivelas e Oeiras. Perante a dificuldade sentida pelas agências funerárias parceiras nesta recolha de dados, devido à janela temporal imposta (perda \geq 6 meses), cerca de 72% (N = 146) da amostra foi recolhida com auxílio a uma plataforma digital (Google Formulários) e divulgada por meio das redes sociais.

Aquando do preenchimento dos questionários é apresentada uma breve explicação do objetivo da investigação, acompanhada do consentimento informado. Tanto nos questionários preenchidos online como nos preenchidos de forma presencial foi dada a possibilidade, a cada participante, de consultar o folheto informativo do luto (Anexo A) no final da sua participação. Elaborado no âmbito desta investigação, este folheto traduz a preocupação ética tida em conta durante a construção do protocolo aplicado, dando também a possibilidade às agências funerárias de oferecer aos seus clientes alguma informação sobre o tema.

Após a recolha dos dados, os mesmos foram introduzidos numa base de dados para serem processados pelo programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - versão 25).

Análise Quantitativa de Dados

Admitindo a inexistência de suporte literário para sustentar a categorização das tarefas pós-morte, houve necessidade de realizar uma Análise de Confiabilidade (Coeficiente *Kappa*

de Cohen) com o intuito de verificar se a atribuição de categorias às tarefas em causa é válida. Para isso, foi construída uma tabela que contempla um total de 12 tarefas, sendo cada categoria representada por quatro tarefas, e aplicada a três ‘juízes’ que fizeram corresponder cada uma das tarefas à categoria que, para eles, se demonstra mais indicada. Assim, neste caso, o coeficiente *Kappa* (k) apresentou um valor de 0.75, o que, de acordo com a proposta de Fleiss (1981), é um valor considerado satisfatório a bom (0.40-0.75). Desta forma, confirma-se que quase não existiram dúvidas interjuízes na atribuição dos três tipos de categoria às diferentes tarefas, o que permitiu o agrupamento das mesmas.

Em seguida, de forma a estudar os objetivos enunciados, foram realizadas Regressões Lineares, simples e múltipla, respetivamente, para testar a relação entre a variável N° de tarefas totais e a variável Luto e, posteriormente, a relação entre as variáveis N° de tarefas Formais, N° de tarefas Afetivas e N° de tarefas Religiosas com a mesma variável Luto, dando resposta aos dois primeiros objetivos delineados. Por fim, para estudar a relação entre as tarefas específicas e a variável Luto, recorreu-se novamente à ANOVA da regressão.

Resultados

Relativamente ao desempenho das tarefas em estudo nesta investigação, note-se que a tarefa mais executada pelos enlutados é a “Comunicação das cerimónias aos amigos e familiares” (N = 95; 47,0%) e a menos realizada é “Criar um álbum ou um vídeo sobre a pessoa falecida” (N = 8; 4,0%). No que concerne ao processo de luto, 60 (29,7%) participantes apresentam LC clinicamente significativo, visto que o seu *score* de luto é superior a 25.

O primeiro objetivo proposto prende-se com o efeito que o número de tarefas, realizadas pelo indivíduo, tem no seu processo de luto. Para tal, em cada participante, foi somado o número total de tarefas por ele executadas, independentemente da categoria a que pertencem cada uma, e criado um modelo de regressão linear simples do Luto em função do N° de tarefas. Tendo em conta os resultados obtidos, este modelo revelou-se estatisticamente significativo ($F(1,200)=29.886$; $R^2=0.13$; $p=.000$). A análise dos coeficientes de regressão e da sua significância estatística demonstra a existência de uma relação positiva significativa entre o N° de tarefas e o Luto ($b=.36$; $t(200)=5.467$; $p=.000$).

Atendendo ao segundo objetivo, averiguar se existe relação entre as categorias de tarefas estabelecidas e o processo de luto, revelando o impacto que essa relação tem no luto da pessoa, foi elaborado um modelo de regressão linear múltipla do Luto em função do N° de tarefas Formais/Burocráticas, N° de tarefas Pessoais/Afetivas e do N° de tarefas Religiosas/Rituais. Este modelo também se revelou estatisticamente significativo ($F(3,198)=10.214$; $R^2a=0.12$; $p=.000$) e a análise dos coeficientes de regressão e da sua significância estatística indica que tanto o N° de tarefas Formais/Burocráticas ($b=.158$; $t(198)=2.102$; $p=.037$), como o N° de tarefas Pessoais/Afetivas ($b=.218$; $t(198)=2.904$; $p=.004$) se apresentam como variáveis preditoras significativas do Luto, demonstrando uma relação positiva entre si.

Por último, o terceiro objetivo foi alcançado, pois apurámos quais as tarefas, das abrangidas nas categorias indicadas anteriormente como significativas, que influenciam o processo de luto e em que medida tal ocorre, através do modelo de regressão linear múltipla do Luto em função de cada tarefa das categorias “Formais/Burocráticas” e “Pessoais/Afetivas”. Este modelo demonstrou-se, igualmente, estatisticamente significativo ($F(18,183)=3.128$; $R^2a=0.16$; $p=.000$). Pela análise dos coeficientes de regressão e da sua significância estatística concluímos que as tarefas “seleção de roupa para funeral” ($b=.213$; $t(183)=2.416$; $p=.017$), “comunicação das cerimónias planeadas aos familiares e amigos” ($b=.159$; $t(183)=2.090$; $p=.038$), “cuidar da campa ou local equivalente” ($b=.175$; $t(183)=2.238$; $p=.026$), “criar um álbum ou fazer um vídeo sobre a pessoa, remetendo para a sua história” ($b=.143$; $t(183)=2.135$; $p=.034$) e “realização de desejos prometidos à pessoa falecida” ($b=.193$; $t(183)=2.636$; $p=.009$)

se demonstraram preditores significativos do Luto, mantendo uma relação positiva com o mesmo.

Discussão

O presente estudo visa colmatar a lacuna existente na área do luto referente às tarefas com as quais os enlutados se deparam após a morte do ente querido. Assim, foram explorados três modelos estatísticos com o intuito de concluir sobre o efeito que o número de tarefas realizadas pelos indivíduos tem no seu processo de luto, bem como averiguar qual a(s) categoria(s) com mais impacto nesse processo, aprofundando que tarefas, em específico, são preditoras do LC. De acordo com os resultados obtidos, é possível concluir que existe influência, não só da quantidade de tarefas realizadas, mas também da natureza das mesmas no processo de luto da pessoa. Tendo sido exequível identificar quais as tarefas específicas que impactam no luto, no sentido do LC.

O facto de se ter comprovado que quanto mais tarefas o enlutado realiza, após a morte do seu ente querido, maior tende a ser o valor de luto associado pode ser explicado com o facto de, numa situação de perda, a pessoa não só atravessar uma fase de negação da realidade como de procura ansiosa pela pessoa perdida (Bowlby, 2004), pelo que o contacto com tarefas que forcem o enlutado a confrontar uma realidade que o mesmo ainda não está preparado para aceitar demonstra uma implicação negativa no seu processo de luto. A isto, acrescenta-se a desorganização (Bowlby, 2004), também vivida como uma fase deste processo, e a possibilidade de o seu funcionamento, tanto social como ocupacional, ficar abalado (Prigerson, et al., 2009). Pelo que, se tal se confirmar, em conjunto com a gestão de novas funções e papéis decorrentes da perda (Shear et. al, 2001), leva a que o enlutado sinta uma dificuldade acrescida em articular o seu processo de luto com as funções que estão à sua responsabilidade. Tendo em conta o abalo do mundo interno que o indivíduo sofre numa situação de perda e verificando-se a morte de um familiar como o acontecimento de vida mais traumático (Pereira & Valentine, 2002), deste é possível que resulte um estado de isolamento social (Zisook & Shear, 2009). Visto que algumas das tarefas, neste estudo envolvidas, carecem do contacto com outras pessoas (e.g. Comunicação das cerimónias planeadas aos familiares e amigos), o isolamento social pode explicar a dificuldade, sentida pelo indivíduo, na gestão de realização das mesmas.

Relativamente ao tipo de tarefas que se apresentam como significativas para o processo de luto, destacam-se as Formais e as Pessoais, ou seja, quanto mais tarefas deste tipo os enlutados realizarem maior tende a ser o seu *score* de luto associado. Estes resultados poderão levantar algumas dúvidas devido à exclusão das tarefas religiosas que, mesmo não se demonstrando significativas, a sua relação com o luto se apresenta positiva. Tais dados não são esperados, visto serem conhecidos os benefícios deste tipo de atividades no processo de luto (Stroebe & Schut, 2001). Contudo, é de notar que cerca de 41% da amostra recolhida não se

identifica com qualquer tipo de religião existente, o que poderá explicar o valor positivo associado ao luto, pois, para esta percentagem da amostra, a variável Religião não apresenta o efeito protetor referido em estudos anteriores. Outro fator que poderá explicar os resultados obtidos é a existência de um maior número de tarefas Formais e Pessoais e comparação às tarefas Religiosas no protocolo aplicado, o que leva a que as tarefas com mais incidência de realização por parte dos enlutados se enquadrem nestas duas categorias, sendo a média de realização das tarefas Formais de, aproximadamente, três tarefas ($M = 2.73$; $DP = 2.802$) e das tarefas afetivas de duas ($M = 2.20$; $DP = 2.060$). Estes valores contrastam com a média das tarefas religiosas executadas ($M = 1,11$; $DP = 1,414$).

Para que a morte de um familiar ou amigo próximo possa desencadear, no enlutado, a presença da Perturbação de Stress Pós-traumático é necessário que a mesma tenha decorrido na sequência de um episódio violento ou acidental (APA, 2014). Visto que, na amostra em causa, mais de metade (52,5%; $N = 106$) das mortes abordadas foram inesperadas para os participantes, estes resultados poderão ser entendidos com recurso a esta matéria. Uma vez que, tanto as tarefas Formais como as Pessoais estão diretamente associadas à pessoa perdida e à sua morte (causa do trauma), a sua relação significativamente positiva com o processo de luto dos indivíduos pode ser explicada pelo desejo, que estes têm, de evitamento das mesmas que, em alguns casos, poderá não ser viável, nomeadamente nas tarefas do foro burocrático, devido à componente de obrigatoriedade associada. Assim, não sendo possível aos enlutados a não realização de algumas das tarefas aqui referidas, as mesmas podem despertar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes sobre este evento traumático que foi a morte do ente querido (APA, 2014).

Neste sentido, através da exploração das tarefas específicas que estão abrangidas pelos grupos mencionados anteriormente, foi possível concluir que existem cinco tarefas que, quando executadas, aumentam o valor do luto. Destas cinco tarefas, duas estão abrangidas pela categoria de tarefas Formais/Burocráticas e as restantes pertencem ao grupo de tarefas Pessoais/Afetivas. Estes resultados demonstram-se surpreendentes, uma vez que o objetivo último da terapia neste contexto é auxiliar o enlutado a encarar a realidade (Basco, Thase & Wright, 2008; Beck, Freeman & Davis, 2004) e algumas destas tarefas (e.g. Criar um álbum ou fazer um vídeo sobre a pessoa, remetendo para a sua história) poderão ser utilizadas com esse intuito. Pelo que, é importante que as mesmas sejam introduzidas no momento correto, respeitando o processo de luto vivido, tendo em conta que, no tempo indevido, poderão despoletar sentimentos angustiantes sobre este evento traumático. Estes sentimentos ou pensamentos podem permanecer por um período de tempo de, pelo menos, um mês (APA,

2014). Algo que poderá sustentar o efeito destas tarefas no processo de luto é o facto de, pelo menos duas delas (Seleção de roupa para funeral e Comunicação das cerimónias planeadas aos familiares e amigos), serem realizadas num prazo de 48 horas desde a morte, quando é possível que os enlutados ainda se encontrem na fase de Entorpecimento do processo de luto, caracterizada pelo choque e negação da realidade (Bowlby, 2004).

A análise de variância do efeito que as origens das decisões sobre as tarefas elaboradas têm no Luto é marginalmente significativo ($F(1,167) = 2.918, p = 0.089$), o que permite concluir que a manifestação de desejo verbal dado pelo falecido, em vida, sobre as tarefas em causa induz a um valor de luto superior ($M = 24.7500; DP = 9.29066$) do que quando as decisões referentes às tarefas são da inteira responsabilidade do enlutado ($M = 22.3933; DP = 8.64136$). De acordo com estes valores, e atendendo ao facto de que tanto a relação mantida com o falecido em vida (Barreto, Soler & Yi, 2008) como a morte parental (Archer, 1999) influenciam a forma como o indivíduo se posiciona face à perda, é possível que a dependência do enlutado em relação à pessoa ‘desaparecida’ seja característica da amostra estudada, visto que a perda de progenitores é a mais verificada ($N = 72; 35,6\%$) e o nível de proximidade máxima com o falecido o mais usualmente respondido ($N = 160; 79,2\%$) nesta amostra.

Assumindo o Modelo de Processo Duplo (Stroebe & Schut, 1999), ficará por estudar, no âmbito do último modelo testado, qual a forma de *coping* que estas tarefas não sustentam, isto é, se as mesmas não contribuem para o *coping* orientado para a perda ou para o *coping* orientado para o restabelecimento. Ainda no sentido de melhoria de estudos futuros dentro deste tema, seria interessante substituir a escala de medida PG-13 pelo Instrumento de Avaliação de Risco no Luto, utilizado pela Direção-Geral de Saúde no Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos, uma vez que este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por esta entidade e divulgado quando a recolha de dados do presente estudo já estava a decorrer. Tal melhoria permitiria uma otimização na recolha da amostra junto das Agências Funerárias parceiras, tendo em conta que a obrigatoriedade da janela temporal ≥ 6 meses dificultou a admissão de participantes por esta via. Sendo uma das limitações deste estudo o facto de a amostra também ter um carácter de conveniência, que poderá ter conduzido a grandes discrepâncias nos dados, sobretudo no que diz respeito ao tempo decorrente desde a perda.

Tendo sido esta uma abordagem original do luto, e devido à pouca literatura existente sobre o testado nesta investigação, existiram lacunas na avaliação de algumas dimensões. Assim, seria interessante controlar outros aspetos como o tempo, decorrente desde a perda, em que determinadas tarefas foram realizadas bem como o apoio social sentido pelo enlutado na sua execução. Para além disto, faltou averiguar, de forma mais precisa, o vínculo estabelecido

com a pessoa perdida, a fase de luto em que o participante se encontra, a existência de antecedentes psiquiátricos/psicológicos, a existência de perdas anteriores e, também, o apoio social, sentido no momento da perda e durante o processo de luto.

Desta forma, em jeito de conclusão, parece pertinente que os resultados aqui abordados sejam utilizados não só em contexto terapêutico, trabalhando com o enlutado a realização de algumas tarefas ou a sua preocupação pela execução das mesmas, mas também a nível governamental. Relativamente a este último, a preocupação governamental neste tema deverá incidir, naturalmente, sobre as tarefas de natureza Formal/Burocrática, de forma a agilizar, por exemplo, o processo de comunicação de óbito às diferentes entidades de interesse contribuindo, assim, para a diminuição do número de tarefas a realizar pelos enlutados. Assim, respondendo à pergunta que originou esta investigação (“Há tempo para o luto?”), é possível afirmar que, face à quantidade de tarefas que os indivíduos têm a seu cargo, perante a morte de alguém, o seu investimento no LSC ficará comprometido.

Referências

- Allumbaugh, D. L. & Hoyt, W. T. (1999). Effectiveness of Grief Therapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology, 46*(3),370-380.
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-V: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora.
- Archer, J. (1999). The nature of grief. The evolution and psychology of reactions to loss. London: Routledge.
- Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología, 5*(2), 383 - 400. [https://doi.org/-](https://doi.org/)
- Basco, M., Thase, M., & Wright, J. (2008). Aprendendo a terapia cognitivo comportamental. São Paulo: Artmed.
- Beck, A., Freeman, A., & Davis, D. (2004). Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford.
- Bonanno, G., Wortman, C. & Nesse, R. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychol Aging, 19*, 260-71.
- Bonanno, G., Wortman, C., Lehman, D., Tweed, R., Haring, M., et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from pre-loss to 18 months post-loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 1150–1164.
- Bowlby, J. (2004). Perda, Tristeza e Depressão. (3ªed). São Paulo: Martins Fontes Ed.
- Burton, R. (1621). The Anatomy of Melancholy.
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Cann, A., & Hanks, E. (2010). Positive Outcomes Following Bereavement: Paths to Posttraumatic Growth. *Psychologica Belgica, 50*(12), 125-143.
- Cleiren, M., Diekstra, R., Kerkhof, A., & van der Wal, J. (1994) Mode of death and kinship in bereavement: focusing on “who” rather than “how”. *Crisis, 15*, 22–36
- Cutcliffe, J. (1998). Hope, counselling and complicated bereavement reactions. *Journal of Advanced Nursing, 28*(4), 754-761

- Delalibera, M., Coelho, A. & Barbosa, A. (2011). Validação do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado para a População Portuguesa, *Acta Med Port.* 2011; 24(6):935-942
- Despacho n.º 3254/2018, 29 de março. Diário da República, 2.ª série — N.º 63, 9302 – 9303.
- DGS Circular Normativa 003/2019
- Dionne-Odom, J. N., Azuero, A., Lyons, K. D., Hull, J. G., Prescott, A. T., Tosteson, T., Frost, J., Dragnev, H. & Bakitas, M. A. (2016). Family Caregiver Depressive Symptom and Grief Outcomes From the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3), 378-380.
- Fleiss, J. (1981). *Statistical methods for rates and proportions* (2th Ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Graça Pereira, M. & Pam Valentine. (2002). Traumagraf: Uma Grelha de Avaliação de Acontecimentos Traumáticos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (2), 191-204.
- Hardison, H., Neimeyer, R., & Lichstein, K. (2005). Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. *Behavioral Sleep Medicine*, 3, 99-111.
- Heberden, J. (1657). *Bills of mortality of the city of London*. London.
- Jacobsen, J. C., Zhang, B., Block, S. D., Maciejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2010). Distinguishing symptoms of grief and depression in a cohort of advanced cancer patients. *Death studies*, 34(3), 257-73.
- Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais-Fundamentos teóricos, Software e Aplicações* (2ª ed.) Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 7ª edição. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda
- Mattews, L. & Marwit, J. (2004). Complicated grief and the trend toward cognitive behavioral therapy. *Death studies*, 28, 849 – 863
- Parkes, C. (1971). Psychosocial transitions: A field for study. *Social Science & Medicine* (1967), 5. 101-115.
- Parkes, C. (1990). Risk factors in bereavement: Implications for the prevention and treatment of pathologic grief. *Psychiatric Annals*, 20, 308-313.

- Parkes, C. M. (2001). A historical overview of the scientific study of bereavement. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Sroebe, & H. Schut (Ed.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, 25-47. Washington, DC: American Psychological Association
- Pohlkamp, L., Kreicbergs, U., Prigerson, H. G. & Sveen, J. (2018). Psychometric properties of the Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13) in bereaved Swedish parents. *Psychiatry Research*, 267, 560-565.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., et al. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSMV and ICD-11. *PLoS Med* 6(8): e1000121. doi:10.1371/journal.pmed.1000121
- Prigerson, H., Cherlin, E., Chen, J., Kasl, S., Hurzeler, R., & Bradley, E. (2003). The Stressful Caregiving Adult Reactions to Experiences of Dying (SCARED) scale: a measure for assessing caregiver exposure to distress in terminal care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 309–19.
- Remor, E. A. (1999). Abordagem psicológica da Aids através do enfoque cognitivo comportamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1),89-106.
- Sanders, C. (1993). Risk factors in bereavement outcome. In M. Stroebe, W. Stroebe, & R. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 255-267). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sanders, C. (1999). Grief. *The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Schum J., Lyness J., & King D. (2005). Bereavement in late life: risk factors for complicated bereavement. *Geriatrics*, 60, 18-24.
- Shear, M., Frank, M., Foa, E. et. al (2001). Traumatic Grief Treatment: A Pilot Study. *Am J Psychiatry*, 158, 1506-1508.
- Silverman, G., Johnson, J., & Prigerson, H. (2001). Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38(3-4), 202-215.
- Souza, A. M., & Corrêa, V. A. (2009). Compreendendo o pesar do luto nas atividades ocupacionais. *Revista do NUFEN*, 1(2), 131-148.

- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description. *Death Studies*, 23, 197-224. <http://web.ebscohost.com>
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370, 1960–1973.
- Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: a methodological and empirical review. In M. Stroebe, W. Stroebe, R. Hansson, H. Schut (eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care* (pp. 349-371). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stubenbort, K., Donnelly, G. R., & Cohen, J. A. (2001). Cognitive-behavioral group therapy for bereaved adults and children following and air disaster. *GroupDynamics: Theory, Research, and Practice*, 5, 261-276.
- Traylor, E., Hayslip, B., Kaminski, P., & York, C. (2003). Relationships between grief and family system characteristics: A cross-lagged longitudinal analysis. *Death Studies*, 27, 575–601.
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998). A Family Systems Perspective on Loss, Recovery and Resilience. In P. Sutcliffe, G. Tufnell & U. Cornish (Eds.), *Working with the Dying and the Bereaved*. London: MacMillan Press
- Walsh, F. e McGoldrick, M. (1995) *Living beyond loss; death in the family*. W.W. Norton E. Company, Nova York.
- Worden, J. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer.
- Worden, J. W. (1998). *Terapia do Luto. Um Manuel para o profissional de saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998
- Worden, J.W. (1982). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer Publishing Company.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2008) *Terapia do esquema. Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.
- Zisook, S. & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: What psychiatrists need to know. *World Psychiatry* 2009;8: 67-74.

Anexos