



FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

SIMONÍ CROCHI DOS SANTOS

**COVID-19 E LUTO: RESTRIÇÕES DA PANDEMIA E O IMPACTO NOS
FAMILIARES DAS VÍTIMAS - ESTUDO TRANSVERSAL REALIZADO EM UM
HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE**

PORTO ALEGRE

2023

SIMONÍ CROCHI DOS SANTOS

**COVID-19 E LUTO: RESTRIÇÕES DA PANDEMIA E O IMPACTO NOS
FAMILIARES DAS VÍTIMAS - ESTUDO TRANSVERSAL REALIZADO EM UM
HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Medicina: Ciências
Médicas, Programa de Pós-Graduação em Medicina:
Ciências Médicas, pela Universidade Federal do Rio
Grande do Sul (UFRGS).

Orientador: Prof. Dr. Wolnei Caumo.

PORTO ALEGRE

2023

CIP - Catalogação na Publicação

dos Santos, Simoní Crochi
COVID-19 e luto: restrições da pandemia e o impacto
nos familiares das vítimas - estudo transversal
realizado em um hospital público de Porto Alegre /
Simoní Crochi dos Santos. -- 2023.
78 f.
Orientador: Wolnei Caumo.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto
Alegre, BR-RS, 2023.

1. luto. 2. transtorno de luto prolongado. 3.
COVID-19. 4. pandemia. I. Caumo, Wolnei, orient. II.
Título.

SIMONÍ CROCHI DOS SANTOS

**COVID-19 E LUTO: RESTRIÇÕES DA PANDEMIA E O IMPACTO NOS
FAMILIARES DAS VÍTIMAS - ESTUDO TRANSVERSAL REALIZADO EM UM
HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Medicina: Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Aprovado em 18 de Julho de 2023.

Banca Examinadora

Prof. Dr. José Roberto Goldim
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Prof^ª. Dra. Maria Helena da Silva Pitombeira Rigatto
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Prof^ª. Dra. Cláudia Simone Silveira dos Santos
Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA

Prof^ª. Dra. Rosa Maria Martins de Almeida
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Prof. Dr. Wolnei Caumo (Orientador)
Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela proteção e saúde de cada dia, pela conclusão de mais uma etapa e pelas inúmeras e indescritíveis oportunidades de aprendizado e crescimento adquiridos nesta jornada, tanto a nível pessoal quanto profissional.

Ao professor Wolnei, pelo aceite em me orientar nesta trajetória tão diferente e desafiadora para mim como mestrande e pesquisadora. Os aprendizados que me proporcionaste estão para além da academia e vou levar para a vida.

À professora Sidia, por todo o apoio na parte de estatística, sempre disposta e paciente ao ensinar e esclarecer as inúmeras dúvidas.

Aos meus familiares que, mesmo distantes, me incentivavam e procuravam me dar forças para continuar meu trabalho. Em especial à minha mãe e à minha irmã que, sempre encontravam um jeito de me ajudar e me acolher.

Ao meu marido que, mesmo diante de mais de oito meses de intensa privação de sono, tirou forças de algum lugar “desconhecido” para me auxiliar em tudo o que foi possível para que eu pudesse concluir esta etapa. Meu companheiro e meu maior incentivador. Literalmente és *“quem me acalma e me traz força pra encarar tudo!”*.

Ao Pedro (*“meu coração dourado de olhos azuis e cabelos cacheados”*) que me fez mãe no meio desta jornada, trazendo novos desafios e aprendizagens. Teu sorriso e olhar ao me encontrar são fonte de energia e de amor puro. A vida ficou mais bela com a tua chegada. Eu te amo profundamente!

À Renata e ao Vinícius da secretaria do PPGCM, pela paciência em fornecer informações, esclarecimentos e por todo o apoio para a conclusão dentro do prazo.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas (PPGCM) por me proporcionar tantos conhecimentos e a participação em um programa com formação de excelência.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES por me conceder a bolsa de mestrado.

Em especial, aos familiares enlutados que, mesmo diante de tanto sofrimento e dor, aceitaram participar desta pesquisa, compartilhando comigo suas dores e as histórias de seus amores. Sem a disponibilidade de vocês, este trabalho e tantos aprendizados não seriam possíveis. Meus sinceros agradecimentos e respeito a vocês e a todos que contatei, mas que, por tamanha dor, não conseguiram participar.

“We can seek to understand the sources of distress for patients and families. We can seek to be creative in how we deliver family-centred care during a pandemic. We can learn from colleagues, local and international. It is no easy feat to balance individual and societal needs. But we must not lose sight of the individual”.

Naomi T Katz, Maureen McInerney, Ganan Ravindran, Michelle Gold (2021)

RESUMO

Introdução: Embora a morte seja uma etapa do ciclo vital, o sofrimento gerado pela perda de um familiar pode representar um dos maiores desafios emocionais experimentados no curso da vida. Aproximadamente 10% dos enlutados podem apresentar dificuldades significativas na elaboração do luto, manifestando sintomas clínicos de Transtorno de Luto Prolongado (TLP) que não melhoram com o passar do tempo, necessitando de intervenções especializadas. Um possível fator complicador na atual pandemia é de que as mortes decorrentes da COVID-19, devido ao contexto e as características, possuem o potencial de aumentar os casos graves de reações do luto. **Objetivo:** avaliar os fatores associados com o luto prolongado provocado pelo falecimento de familiar com COVID-19, ou em decorrência desta, ocorrido no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **Métodos:** este estudo transversal incluiu 203 familiares enlutados, com idades entre 18 e 72 anos que responderam, pelo menos 6 meses após o óbito, de forma *on-line* ou por meio de ligação telefônica, a um questionário sociodemográfico, para caracterização da amostra, e ao instrumento de Avaliação do Luto Prolongado PG-13, para mapeamento de risco do TLP. **Resultados:** o sexo feminino teve uma participação majoritária na pesquisa, representando 79,8% (162/203). Da amostra total, 50,2% (102/203) dos respondentes concluíram o ensino médio, enquanto 27,1% concluíram o ensino superior (55/203). O grau de parentesco com o familiar falecido mais prevalente foi o de filho(a), 64,5% (131/203). O tempo desde o óbito e a entrevista teve uma mediana de 7 meses (IQR = 1), com mínimo de 6 e máximo de 12 meses. O modelo de regressão logística identificou o nível de escolaridade do entrevistado e a presença de uma doença crônica pré-existente no falecido como fatores associados a um provável TLP em parentes de vítimas da COVID-19. Esse modelo identificou que os indivíduos com menor escolaridade apresentaram razão de chances 7 vezes maior (RC = 7,1; IC95% 1,8 - 27,9) para provável TLP, quando comparados àqueles com ensino superior completo. Por sua vez, no caso de o falecido apresentar uma doença crônica anterior, foi observado uma redução no risco de provável TLP (RC = 0,34; IC95% 0,12 - 0,99). Por fim, um total de 12,8% (n = 26) dos participantes apresentaram sintomas de um provável TLP, conforme os critérios avaliativos do PG-13. **Conclusão:** nesta amostra de familiares enlutados de vítimas de COVID-19 que faleceram em CTI, durante um período de restrição de circulação por motivos de saúde, identificou-se que um menor nível de escolaridade aumentou o risco para provável TLP,

enquanto a existência de doenças crônicas no falecido reduziu esse risco, sendo considerado um fator protetor.

Palavras-chave: luto; transtorno de luto prolongado; COVID-19; pandemia.

ABSTRACT

Background: Although death is a stage of the life cycle, the suffering generated by the loss of a loved one can be one of the greatest emotional challenges experienced in the course of life. Approximately 10% of the bereaved individuals may present significant difficulties in the process of grieving, manifesting clinical symptoms of Prolonged Grief Disorder (PGD) that do not improve over time, requiring specialized interventions. A possible complicating factor in the current pandemic is that deaths resulting from COVID-19, due to their context and characteristics, have the potential to increase severe cases of grief reactions. **Objective:** To evaluate the factors associated with PGD caused by the death of a family member with COVID-19, or as a result of it, in the Intensive Care Unit (ICU) at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **Methods:** This cross-sectional study included 203 bereaved family members, aged 18 to 72 years, who responded, at least 6 months after the death, either online or via telephone call, to a sociodemographic questionnaire, to characterize the sample, and to the Prolonged Grief Disorder Scale (PG-13 Scale), to assess the risk of PGD. **Results:** The female sex had the majority participation in the study, accounting for 79.8% (162/203) of the participants. Among the sample, 50.2% (102/203) had completed high school, while 27.1% (55/203) had completed higher education. The most prevalent degree of kinship among the bereaved individuals that participated in the research was that of son/daughter, representing 64.5% (131/203) of the participants. The median time between the death and the interview was 7 months (IQR = 1), ranging from a minimum of 6 to a maximum of 12 months. The logistic regression model identified the level of education of the respondent and the presence of a pre-existing chronic illness in the deceased as predictors for probable PGD in relatives of COVID-19 victims. This model identified that individuals with lower levels of education presented a 7 times higher odds ratio (OR = 7.1; 95% CI 1.8 - 27.9) for probable PGD when compared to those with a completed higher education. On the other hand, if the deceased had a previous chronic illness, a reduced risk for probable PGD was observed (OR = 0.34; 95% CI 0.12-0.99). Finally, a total of 12.8% (n = 26) of the participants manifested symptoms of probable PGD according to the assessment criteria of the PG-13 Scale. **Conclusion:** In this study of bereaved family members of COVID-19 victims who passed away while in an ICU during a period of restricted movement due to health reasons, it was found that a lower level of education is associated with an increased risk of probable PGD. Conversely, the presence of a chronic illness in the deceased lowered this risk, emerging as a protective factor against PGD.

Keywords: grief; prolonged grief disorder; COVID-19, pandemic.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estratégia de busca de referências bibliográficas na literatura	1919
Figura 2 - Modelo do Processo Dual de Luto.....	300
Figura 3 - Mapa conceitual Teoria do Apego e Luto	377

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-11	Classificação Internacional de Doenças – 11ª revisão
COVID-19	<i>Coronavirus Disease-2019</i>
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DSM-V-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª revisão
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IOS	<i>Inclusion of the Other in the Self Scale</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PG-13	<i>Prolonged Grief Disorder-13 scale</i>
PG-13-R	<i>Prolonged Grief-13-Revised</i>
PGD	<i>Prolonged Grief Disorder</i>
SARS-CoV-2	Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
SATEPSI	Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
SCIP	<i>Structured Clinical Interview for Prolonged Grief Disorder</i>
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLP	Transtorno de Luto Prolongado
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA	18
2.1	ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR AS INFORMAÇÕES	18
2.2	PANDEMIA DA COVID-19	19
2.2.1	UTIs e as restrições na pandemia	21
2.2.2	Rituais fúnebres e despedidas	24
2.3	LUTO	27
2.3.1	Fatores de risco e de proteção TLP	31
2.3.2	Relação TLP x cérebro	34
3	MARCO CONCEITUAL	37
4	JUSTIFICATIVA	38
5	OBJETIVOS	39
5.1	OBJETIVO PRIMÁRIO	39
5.2	OBJETIVO SECUNDÁRIO	39
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
7	ARTIGO	Erro! Indicador não definido.
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
9	PERSPECTIVAS FUTURAS	48
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	49
	APÊNDICE B – PG-13	51
	APÊNDICE C – STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies	52

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 surgiram os primeiros casos daquela que, três meses depois, se tornaria a mais recente pandemia do século XXI - a pandemia do novo coronavírus (COVID-19). Causada pelo vírus SARS-CoV-2 (Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2), a COVID-19 foi, inicialmente, caracterizada como uma pneumonia que afetava múltiplos órgãos. A principal forma de contágio é de pessoa para pessoa, onde o indivíduo infectado pelo vírus passa a ser um vetor da infecção, cuja via principal de transmissão é a respiratória, ao espirrar, tossir ou falar (WIERSINGA *et al.*, 2020). Embora a maioria das pessoas infectadas apresentem sintomas respiratórios leves a moderados, uma minoria significativa desenvolve a forma grave da doença e precisa de cuidados médicos. Idosos e pessoas com doenças crônicas, por exemplo, apresentam maior risco de complicações. No entanto, vale ressaltar que qualquer pessoa que contrair o vírus pode ter seu quadro agravado e até morrer da doença (WHO, 2020).

Com uma alta taxa de transmissão, o vírus rapidamente se espalhou pelo mundo, resultando em um número crescente de casos e mortes. De repente, os hospitais do mundo inteiro se encontraram com suas salas de emergência e Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) operando no limite máximo de capacidade, lutando para atender aos novos casos que chegavam. Para fazer frente a esta emergência sanitária, foi preciso aumentar não só os recursos materiais, mas também os recursos humanos, especialmente nas UTIs. Médicos e outros profissionais recém-formados, aposentados ou de outros setores, foram recrutados para reforçar os atendimentos. Diversos serviços, como cirurgias eletivas e consultas ambulatoriais, foram cancelados. Enfermarias comuns e até salas de cirurgias foram adaptadas para aumentar o número de leitos. Além disso, em alguns locais, estruturas provisórias foram construídas rapidamente para tentar suprir a elevada demanda (SIMONE *et al.*, 2023).

Tendo em vista o crescente número de casos, várias restrições foram implementadas com o intuito de tentar conter a disseminação do vírus. Um exemplo de tais restrições foi o Decreto Nº 55.128, de 19 de março de 2020 (RIO GRANDE DO SUL, 2020), que declarava estado de calamidade pública em todo o território do Rio Grande do Sul e, dentre tantas outras medidas, determinava o fechamento dos serviços não essenciais em *shopping centers* e a proibição de entrada e circulação de veículos coletivos interestaduais de passageiros. Tais medidas acabaram por, também, alterar repentina e radicalmente a forma de viver e de conviver da sociedade. Além das restrições impostas por força de decretos e leis, diversas normas e regramentos foram alterados para tentar diminuir o alcance do vírus. Por exemplo, entre as

tantas medidas adotadas, destacam-se as restrições e proibições de visitas aos pacientes internados nos hospitais e, principalmente, em UTIs.

Apesar da necessidade crucial de adequação das normas que regem essas visitas, especialmente por se tratar de um ambiente onde os pacientes estão mais vulneráveis, é importante mencionar que a ausência de entes queridos durante a internação se revela como um fator de sofrimento significativo (KENTISH-BARNES *et al.*, 2021a) e afeta profundamente a experiência de morte dos enlutados (HANNA *et al.*, 2021). A presença e o apoio dos familiares são essenciais para o bem-estar emocional e mental dos pacientes. Acompanhados pelos entes queridos, os pacientes têm a sensação de conforto, segurança e conexão, fatores que podem influenciar positivamente no processo de recuperação (KENTISH-BARNES *et al.*, 2021a).

Cabe lembrar que, diante do impedimento da presença física dos familiares, buscou-se melhorar os cuidados centrados na família e no paciente dentro das UTIs. Uma das medidas adotadas em algumas instituições de saúde, para tentar minimizar o sofrimento gerado pela impossibilidade das visitas, foi a realização de chamadas de vídeo coordenadas por equipes especializadas. Em muitos casos, essas chamadas virtuais se tornaram a única possibilidade de “encontro visual” entre pacientes e familiares, o que, apesar de não ser o ideal, possibilitou alguma forma de conexão entre eles em um momento tão delicado (HANNA *et al.*, 2021).

Além das restrições impostas às visitas em hospitais, os serviços funerários também foram impactados com fortes medidas restritivas. Visando evitar aglomerações, o Ministério da Saúde recomendou limitar o tempo e o número de pessoas nos velórios e enterros, independentemente da causa de morte. Já nos casos de óbito por suspeita ou confirmação de COVID-19, as limitações anteriores eram ainda acrescidas da ordem de manter os caixões lacrados, como medida de proteção. Outra recomendação emitida pelo governo, era para que se evitasse o sepultamento em túmulos familiares com múltiplas vagas (BRASIL, 2020). Com tudo isso, obviamente, o conforto emocional característico dos encontros presenciais nestes momentos ficou comprometido (PETRY; HUGHES; GALANOS, 2021) de forma que, aquelas famílias que conseguiam, optavam por realizar a transmissão dos atos fúnebres pela internet, numa tentativa de tornar concreto para os demais familiares o que parecia não ser real.

Embora se entenda a intenção das restrições, elas impactaram fortemente os momentos de despedida, normalmente realizados ainda em vida no hospital e, após a morte, nos velórios. Assim sendo, embora a COVID-19 tenha provocado mortes em massa, o luto foi vivido na solidão dos lares com os abraços e encontros proibidos, tendo em vista as medidas de contenção da transmissão. Nesse ponto, é importante destacar que, quando não se consegue expressar e

elaborar o luto, há um risco potencial de se desenvolver problemas emocionais que se distinguem das manifestações normais, podendo desencadear um luto complicado¹ (PARKES, 2009). As mortes ocorridas, especialmente no início da pandemia, quando não se tinha muitas informações a respeito da doença, possuem elevado fator de risco para aumento de casos de luto complicado (PALLOTTINO *et al.*, 2022).

Dado esses aspectos singulares de uma pandemia e os impactos que ela causa nas diferentes esferas da vida e na sociedade, há a necessidade de se investigar mais a respeito de seus prejuízos emocionais a curto e longo prazo, bem como a melhor forma de trabalhar e tratar essa dor. Além disso, cabe ressaltar que todo esse contexto pandêmico fez com que o entendimento sobre o luto conhecido até então, parecesse não dar conta de tanto sofrimento, do grande número de mortes, das perdas múltiplas em um mesmo grupo familiar, sem tempo para recomposição, e do rompimento do mundo presumido (PALLOTTINO *et al.*, 2022).

Tendo em vista todas essas situações complexas, decidiu-se investigar mais a respeito do luto de familiares das vítimas da COVID-19 convidando os enlutados de pacientes que estiveram internados no CTI do HCPA para participar de uma pesquisa. Pensando nos diversos fatores que poderiam impactar no processo de luto desses familiares, foi elaborado um questionário sociodemográfico abordando fatores sociais, relacionais e que também solicitava alguns dados dos pacientes para a análise de correlações. Para mapeamento dos sintomas do luto prolongado nesses familiares, foi aplicada uma avaliação já existente na literatura.

No que diz respeito a essa avaliação, é importante mencionar que, apesar dos inúmeros instrumentos de aferição e mensuração do luto e suas complicações existentes na literatura internacional (*Hogan Reaction Grief Checklist; Structured Clinical Interview for Complicated Grief; Inventory of Complicated Grief*), no Brasil existem apenas dois instrumentos disponíveis - *Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)* e *Prolonged Grief Disorder (PG-13) scale*. Decidiu-se por utilizar o instrumento PG-13 (PRIGERSON *et al.*, 2008, traduzido e validado por DELALIBERA *et al.*, 2017) (APÊNDICE B), por se tratar de um questionário curto, composto de 13 itens descritivos de fácil aplicação, e por já estar traduzido e validado para a população brasileira, ainda que não esteja aprovado pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI).

¹ Há uma grande variedade de adjetivos para descrever o luto, seja ele normal ou não, assim como há também a preferência dos autores por determinadas nomenclaturas. Neste estudo, serão mantidos os termos utilizados nas fontes citadas, ainda que atualmente a disfunção do luto seja denominada oficialmente de Transtorno de Luto Prolongado, conforme a classificação nos manuais oficiais de diagnóstico e avaliação CID-11 e DSM-V-TR.

Assim, com base no exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar fatores associados com o luto prolongado nos familiares das vítimas da COVID-19, após o sexto mês do óbito, utilizando o PG-13. Espera-se que os resultados aqui encontrados contribuam, de alguma forma, com a literatura e os estudos a respeito dos impactos da pandemia da COVID-19 no luto. Embora cientes de que o horror vivenciado durante estes tempos sombrios pode ter impactos significativos não apenas no luto, mas também na saúde mental em geral, é importante reconhecer que esses efeitos podem não ser imediatamente aparentes e podem se manifestar anos após os eventos. Portanto, é crucial que sejam realizadas mais pesquisas para entender melhor essas implicações e desenvolver estratégias eficazes para ajudar as pessoas a lidar com esses desafios.

Por fim, destaca-se que a apresentação desta dissertação segue as normas do Programa de Pós-Graduação em Medicina - Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Deste trabalho originou-se um artigo, o qual está apresentado de acordo com as normas da revista a que foi submetido - *Death Studies*.

2 REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA

2.1 ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR AS INFORMAÇÕES

Na revisão sistematizada da literatura buscou-se investigar os fatores associados ao luto prolongado nos familiares das vítimas da COVID-19. A estratégia de busca envolveu as seguintes bases de dados: MEDLINE (PubMed), EMBASE e PsycINFO. Foram realizadas buscas através dos descritores [MeSH (MEDLINE/PubMed), Emtree (EMBASE) e APA Thesaurus (PsycINFO)] e suas combinações. Utilizou-se os operadores booleanos *OR* e *AND* para combinar os termos e os componentes da estratégia de busca, conforme apresentados na Figura 1. Os resultados foram inseridos na ferramenta de gerenciamento de referências Zotero e os artigos duplicados foram descartados. Entre os que restaram, foram selecionados aqueles que tinham relação com a temática de pesquisa a partir dos títulos e resumos. Um total de 54 artigos foram selecionados para a leitura completa. Destes, 12 artigos foram incluídos na revisão por descreverem sobre o luto de adultos e as diversas percepções, sentimentos e experiências dos familiares enlutados por COVID-19, assim como características do luto na pandemia devido às restrições de rituais e despedidas. Além desta busca sistematizada, também foram consultados livros, textos relacionados aos temas de estudo, artigos mediante busca ativa e os referenciados nos artigos selecionados. Por fim, destaca-se que esta revisão foi elaborada apenas para embasar o referencial teórico deste trabalho, não sendo essa submetida à publicação.

Figura 1 - Estratégia de busca de referências bibliográficas na literatura

Base de dados	Estratégia de busca	Resultado da busca	Itens selecionados
PubMed	(Bereavement[mh] OR Attitude to Death[mh] OR Death/psychology[mh] OR Funeral Rites/psychology[mh] OR Attitude to Death[tiab] OR Grief*[tiab] OR Grieving[tiab] OR Mourn*[tiab] OR Bereav*[tiab] OR Dying[tiab] OR Funeral*[tiab] OR Burial*[tiab] OR Bury[tiab] OR Farewell*[tiab] OR Cremat*[tiab] OR PG-13[tiab]) AND (Nuclear Family[mh] OR Famil*[tiab] OR Relatives[tiab] OR Kinship*[tiab] OR Parent*[tiab] OR Father*[tiab] OR Paternal[tiab] OR Parental[tiab] OR Maternal[tiab] OR Sibling*[tiab] OR Sister*[tiab] OR Brother*[tiab] OR Daughter*[tiab] OR Son[tiab] OR Sons[tiab] OR Spouse*[tiab]) AND covid-19	378	30
EMBASE	('bereavement'/exp OR 'bereavement support'/exp OR 'grief'/exp OR 'attitude to death'/exp OR (('death'/exp OR 'posthumous care'/exp) AND ('psychology'/exp OR 'psychological aspect'/exp)) OR ('Attitude to Death' OR Grief* OR Grieving OR Mourn* OR Bereav* OR Dying OR Funeral* OR Burial* OR Bury OR Farewell* OR Cremat* OR PG-13):ti,ab,kw) AND ('nuclear family'/exp OR Famil* OR Relatives OR Kinship* OR Parent* OR Father* OR Paternal OR Parental OR Maternal OR Sibling* OR Sister* OR Brother* OR Daughter* OR Son OR Sons):ti,ab,kw) AND ('coronavirus disease 2019'/exp OR (coronavirus OR covid-19 OR sars-cov-2):ti,ab,kw)	198	9
PsycINFO	((IndexTermsFilt: ("Covid-19")) OR (title: (coronavirus) OR title: (covid-19) OR title: (sars-cov-2)) OR (abstract: (coronavirus) OR abstract: (covid-19) OR abstract: (sars-cov-2)) OR (Keywords: (coronavirus) OR Keywords: (covid-19) OR Keywords: (sars-cov-2))) AND ((IndexTermsFilt: ("Family") OR IndexTermsFilt: ("Biological Family") OR IndexTermsFilt: ("Family Members") OR IndexTermsFilt: ("Family of Origin") OR IndexTermsFilt: ("Family Structure") OR IndexTermsFilt: ("Nuclear Family") OR IndexTermsFilt: ("Couples") OR IndexTermsFilt: ("Family Crises") OR IndexTermsFilt: ("Kinship") OR IndexTermsFilt: ("Widowers") OR IndexTermsFilt: ("Widows") OR IndexTermsFilt: ("Daughters") OR IndexTermsFilt: ("Parents") OR IndexTermsFilt: ("Siblings") OR IndexTermsFilt: ("Sons") OR IndexTermsFilt: ("Spouses")) OR (title: (Famil*) OR title: (Relatives) OR title: (Kinship*) OR title: (Parent*) OR title: (Father*) OR title: (Paternal) OR title: (Parental) OR title: (Maternal) OR title: (Sibling*) OR title: (Sister*) OR title: (Brother*) OR title: (Daughter*) OR title: (Sons)) OR (abstract: (Famil*) OR abstract: (Relatives) OR abstract: (Kinship*) OR abstract: (Parent*) OR abstract: (Father*) OR abstract: (Paternal) OR abstract: (Parental) OR abstract: (Maternal) OR abstract: (Sibling*) OR abstract: (Sister*) OR abstract: (Brother*) OR abstract: (Daughter*) OR abstract: (Son) OR abstract: (Sons)) OR (Keywords: (Famil*) OR Keywords: (Relatives) OR Keywords: (Kinship*) OR Keywords: (Parent*) OR Keywords: (Father*) OR Keywords: (Paternal) OR Keywords: (Parental) OR Keywords: (Maternal) OR Keywords: (Sibling*) OR Keywords: (Sister*) OR Keywords: (Brother*) OR Keywords: (Daughter*) OR Keywords: (Son) OR Keywords: (Sons))) AND ((IndexTermsFilt: ("Bereavement") OR IndexTermsFilt: ("Grief") OR IndexTermsFilt: ("Parental Death") OR IndexTermsFilt: ("Partner Death") OR IndexTermsFilt: ("Death and Dying") OR IndexTermsFilt: ("Death Attitudes") OR IndexTermsFilt: ("Death Rites") OR IndexTermsFilt: ("Terminally Ill Patients") OR IndexTermsFilt: ("Traumatic Loss")) OR (title: ("Attitude to Death") OR title: (Grief*) OR title: (Mourn*) OR title: (Bereav*) OR title: (Dying) OR title: (Funeral*) OR title: (Burial*) OR title: (Bury) OR title: (Farewell*) OR title: (Cremat*) OR title: (PG-13)) OR (abstract: ("Attitude to Death") OR abstract: (Grief*) OR abstract: (Grieving) OR abstract: (Mourn*) OR abstract: (Bereav*) OR abstract: (Dying) OR abstract: (Funeral*) OR abstract: (Burial*) OR abstract: (Bury) OR abstract: (Farewell*) OR abstract: (Cremat*) OR abstract: (PG-13)) OR (Keywords: ("Attitude to Death") OR Keywords: (Grief*) OR Keywords: (Grieving) OR Keywords: (Mourn*) OR Keywords: (Bereav*) OR Keywords: (Dying) OR Keywords: (Funeral*) OR Keywords: (Burial*) OR Keywords: (Bury) OR Keywords: (Farewell*) OR Keywords: (Cremat*) OR Keywords: (PG-13)))	150	15

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

2.2 PANDEMIA DA COVID-19

Wuhan, capital da província de Hubei, na China, chamou a atenção dos principais meios de comunicação, órgãos sanitários e de saúde mundiais, em dezembro de 2019, por ter sido o epicentro de um surto de pneumonia causada pelo vírus SARS-CoV-2 (Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2). Logo no mês seguinte, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarava o surto como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), sendo esta emergência definida como “*um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido a disseminação internacional de doenças; e potencialmente requerer uma resposta internacional coordenada e imediata*” (OPAS, 2023). Em 11/02/2020, a doença recebeu o nome de COVID-19 pela OMS (OPAS, 2020) e, em março daquele ano, devido à propagação do vírus por diversos países e regiões do mundo, o surto foi reconhecido como uma pandemia (BRASIL, 2020).

Inicialmente, os sintomas mais comuns do SARS-CoV-2 eram: febre, tosse seca, cansaço e perda de paladar ou olfato. Já os mais graves eram: dificuldade em respirar ou falta de ar, perda de fala ou mobilidade, confusão mental e dor no peito. Os sintomas costumavam aparecer, em média, entre 5 e 6 dias, podendo se manifestar até 14 dias após a infecção. A principal via de transmissão era por meio de gotículas respiratórias de um indivíduo contaminado (WHO, 2020) e mesmo quem não apresentava os sintomas podia transmitir a doença. Com o passar do tempo, o vírus foi sofrendo mutações e os sintomas também foram se diversificando. Por exemplo, cansaço extremo, dores pelo corpo, dor de cabeça e garganta, coriza, espirros, diarreia e vômitos também passaram a ser citados como sintomas da doença (BUTANTAN, 2021).

Com o acelerado aumento no número de casos, a insegurança e o medo do contágio por este patógeno novo e desconhecido tomou conta do mundo juntamente com uma crise global de saúde sem precedentes recentes. Numa tentativa de proteção a si e aos pacientes, os profissionais da saúde começaram a usar vestimentas que se assemelhavam às de astronautas, parecendo, de forma não intencional, estarmos em um filme de ficção científica. Além disso, visando conter a propagação do vírus, medidas de precaução foram amplamente divulgadas. Entre elas, destacam-se os protocolos de etiqueta respiratória (cobrir a boca ao tossir e o nariz ao espirrar), a higiene das mãos com água e sabão (ou, na falta destes, o uso de desinfetante à base de álcool), o uso de máscaras e o distanciamento mínimo de um metro entre as pessoas (WHO, 2023). Para evitar aglomerações e uma possível sobrecarga no sistema de saúde com internações por COVID-19, a principal determinação era para ficar em casa (SEN; KARACAMANDIC; GEORGIU, 2020), evitando ao máximo sair e encontrar outras pessoas, incluindo-se a restrição de atividades ao ar livre. Atividades de trabalho, quando possíveis, passaram a ser à distância, em regime de *Home Office*²; atividades culturais e eventos esportivos foram cancelados. Houve também a interrupção das atividades escolares presenciais e com isso as dinâmicas familiares sofreram grandes mudanças e sobrecarga de tarefas.

Com tantas restrições e alterações repentinas no estilo de vida, ter acesso e saber usar as tecnologias existentes (internet, computadores, *smartphones*, *tablets* e aplicativos de vídeo chamadas) passou a ser fundamental para continuar a vida e manter um mínimo de conexão com aquelas atividades e vínculos fortemente impactados pelo distanciamento físico. Este conhecimento e acesso às tecnologias foi primordial, especialmente entre os familiares e pacientes internados para tratamento da COVID-19, visto que as visitas presenciais nos

² Trabalho realizado remotamente, fora do ambiente da empresa.

hospitais e centros de saúde foram restringidas ou proibidas, sendo adotadas as visitas virtuais em alguns locais com melhor estrutura.

O avanço tecnológico se mostrou ainda mais essencial na busca por um imunizante que trouxesse esperança de limitar a circulação do vírus. Estudos, pesquisas científicas e produção de vacinas em tempo recorde precisaram ser realizadas de forma célere, ou melhor, em velocidade nunca vista na ciência mundial. E conseguiram. No dia 08 de dezembro de 2020, o Reino Unido aplicou a primeira dose de um imunizante, aprovado para uso emergencial (CNN BRASIL, 2020). Já no Brasil, a vacinação contra a COVID-19 começou em 17 de janeiro de 2021, na cidade de São Paulo (SÃO PAULO, 2021). Assim, aos poucos, com o aumento de pessoas imunizadas em todo o mundo, o vírus começou a perder força lentamente, embora apresentasse alguns picos ocasionais devido às novas cepas.

Apesar da ciência ter conseguido desenvolver rapidamente uma vacina, o vírus foi extremamente cruel e veloz desde que surgiu, ocasionando quase 7 milhões de mortes oficiais no mundo³. Felizmente, com a queda nos casos e mortes por mais de um ano, em 05 de maio de 2023, a OMS declarou o fim da COVID-19 como uma emergência de saúde global. Como ressaltado pela OMS, declarar o fim da emergência não significa que a COVID-19 não seja mais uma ameaça à saúde mundial. O vírus veio para ficar e o risco de surgir novas variantes e surtos continua. A mudança, a partir dessa declaração, é no modo de gestão da COVID-19, saindo do estado de emergência para uma gestão em conjunto com outras doenças infecciosas (WHO, 2023).

2.2.1 UTIs e as restrições na pandemia

De acordo com a Portaria Nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, as UTIs “*são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêutica*” (BRASIL, 1998). Tendo em vista esse caráter de gravidade, dinâmico e complexo, as visitas aos pacientes internados nesses locais tem regramentos bastante restritos. Os horários, número de visitantes e, até mesmo a possibilidade do uso de

³ Número oficial de mortos até a data de 05 de maio de 2023, de acordo com a declaração da OMS. Entretanto, estima-se que o número total de vítimas pode se aproximar de 20 milhões, tendo em vista o alto grau de subnotificações.

aparelhos eletrônicos, são detalhados especificamente nos protocolos de visita às UTIs dos hospitais.

Tais restrições, nos estágios iniciais da pandemia, se tornaram ainda mais severas, sendo, inclusive, proibidas as visitas na maioria das UTIs em todo o mundo devido ao conhecimento limitado sobre a transmissão do SARS-CoV-2 e a possível alta letalidade entre pacientes vulneráveis. Essas restrições acabaram por gerar um dilema ético e assistencial, já que uma bem-intencionada permissão de acesso poderia significar a disseminação intra-hospitalar do vírus entre familiares, pacientes e profissionais, aumentando o contágio e, potencialmente, levando a mais mortes. Assim, negar despedidas passou a ser uma ação frequente para os profissionais nestes ambientes de UTI ao redor do mundo (WAKAM *et al.*, 2020).

É bem estabelecido na literatura que a presença dos familiares nas UTIs auxilia no bem-estar e recuperação do paciente (JUNGESTRAND *et al.*, 2023), reduzindo a incidência de *delirium* e transtorno de estresse pós-traumático (SIMONE *et al.*, 2023). Já para os familiares, a incerteza e a dúvida em relação às circunstâncias do paciente em fim de vida podem gerar sentimento de culpa, ansiedade e estresse pós-traumático, tendo em vista não estarem presentes e não estarem envolvidos nos cuidados. Como resultado, eles podem se sentir responsáveis por não fazerem o suficiente para estar com seu familiar durante a internação na UTI e por não garantirem seu conforto e dignidade (AZOULAY *et al.*, 2005). Nos casos em final de vida, permitir a presença dos familiares na UTI, está relacionado às ações que compreendem uma “boa morte”, minimizando o risco de desenvolver complicações do luto (ROSE *et al.*, 2020).

De acordo com Hugelius, Harada e Marutani (2021), as restrições às visitas aos pacientes na pandemia, mesmo em ambientes fora das UTIs, tiveram diversas consequências, especialmente negativas, na prestação de cuidados, saúde e bem-estar dos pacientes e familiares. Pode-se citar má nutrição, diminuição das atividades diárias e aumento de dores e de sintomas físicos. Quanto à saúde mental dos pacientes, surgiram sentimentos de solidão, sintomas depressivos, agitação, agressividade, comprometimento cognitivo e insatisfação geral. Por sua vez, os familiares mostraram-se mais preocupados, ansiosos e inseguros, relatando sentir maior necessidade de informações por parte dos prestadores de cuidados. Amass *et al.* (2022) sugerem que essas restrições de visitas podem, acidentalmente, desencadear uma crise secundária de saúde pública, por meio de uma epidemia de distúrbios relacionados ao estresse entre os familiares de pacientes internados em UTIs.

Um estudo qualitativo realizado por Kentish-Barners *et al.* (2021a) com sobreviventes da COVID-19 que estiveram internados em UTI, mostrou que a presença física dos familiares no leito foi o que de fato deu sentido novamente à vida e os trouxe de volta à realidade. Isso reafirma o importante papel que a família desempenha na recuperação dos pacientes em uma UTI. Apesar de ser indiscutivelmente necessária a adaptação das políticas de visitas devido à natureza da ameaça, há evidências de que a ausência de familiares tem um impacto significativo no bem-estar dos pacientes. Aqueles que recebem visitas se sentem mais seguros e são capazes de dar um sentido mais rápido à hospitalização, por exemplo.

O impacto das restrições da pandemia nas UTIs também atingiu os profissionais que atuam neste setor. Com um aumento brusco na carga de trabalho, estampavam em seus rostos a exaustão e as marcas profundas do uso contínuo das máscaras e outros equipamentos de proteção. Além do medo constante de adoecer e contaminar seus familiares e colegas, muitos também acabaram se isolando de suas famílias como um meio de protegê-los do vírus. Com o enfrentamento crescente e diário de mortes ou situações de fim de vida, os profissionais de saúde ficaram expostos a maior sofrimento moral e *burnout*. Como resultado disso, médicos sobrecarregados e estressados podem ter apresentado dificuldades em fornecer suporte ideal aos familiares dos pacientes internados por COVID-19 (AZOULAY; CURTIS; KENTISH-BARNES, 2021).

No meio do caos do isolamento instaurado pela pandemia e em uma tentativa de manter a segurança de todos para restabelecer uma conexão, diminuindo a distância entre os familiares e pacientes de UTIs, começaram a ocorrer visitas virtuais em substituição aos encontros físicos e reuniões presenciais com os familiares (WAKAM *et al.*, 2020). Através do uso de *smartphones* ou *tablets* com conexão à internet, aplicativos de conversas por videochamada começaram a fazer parte da rotina de muitas UTIs ao redor do mundo. Uma pesquisa multicêntrica transversal realizada no Reino Unido em 182 UTIs, mostrou que as visitas virtuais, além de retomarem o vínculo da família com o paciente, fornecerem informações e dar suporte emocional às famílias, também apresentaram diversos benefícios terapêuticos como, por exemplo, o estímulo para o paciente se engajar nas terapias de reabilitação, a reorientação de pacientes com *delirium* e, ainda, aumentou a moral das equipes, representando ser uma intervenção assistencial benéfica nos cuidados prestados aos pacientes (ROSE *et al.*, 2020). Além disso, as equipes médicas relataram que negar a presença dos familiares junto aos internados, foi uma das experiências mais difíceis que vivenciaram (KENTISH-BARNES *et al.*, 2021b). Assim, fica claro que a presença da família nas UTIs

precisa continuar sendo uma prioridade, especialmente nos casos em final de vida, buscando-se soluções para que se evitem restrições generalizadas, mesmo em situações desafiadoras como a pandemia da COVID-19.

Outra ação implementada em algumas unidades, e que amenizou um pouco a carga de trabalho dos profissionais na linha de frente das UTIs, foi a criação de equipes de comunicação, compostas por profissionais de saúde não pertencentes à unidade, para realizar o contato diário com as famílias dos pacientes internados nestes locais. Este tipo de atendimento foi possível, por exemplo, devido ao cancelamento de outros serviços de saúde e a realocação dos profissionais (ROSE *et al.*, 2020), ainda que nem todos fossem capacitados para ter conversas difíceis com as famílias.

Integrar as visitas virtuais nas rotinas das UTIs se mostrou, também, como uma forma de manter contato com familiares que estão longe geograficamente ou com compromissos de trabalho e cuidados que os impeçam de estarem presentes nas visitas. Embora esta prática tenha inúmeros benefícios, gera uma demanda de trabalho para a equipe e envolve algumas questões de privacidade relacionadas com a maioria dos meios disponíveis gratuitamente, o que dificulta sua ampla utilização. É necessário que os profissionais tenham domínio dos aplicativos utilizados para realização das chamadas, uma boa conexão de internet e, preferencialmente, equipamento próprio da unidade para a realização das visitas virtuais. Utilizar números pessoais em chamadas de vídeo com os familiares, por exemplo, pode vir a causar constrangimentos para ambas as partes caso o familiar, indevidamente, faça uma ligação ou envie mensagens futuramente (ROSE *et al.*, 2020). Nessas situações de restrição, como na pandemia do coronavírus, ter conhecimento e acesso a ferramentas tecnológicas se torna, muitas vezes, a única possibilidade das pessoas internadas estarem em contato com familiares e amigos ou, até mesmo, realizarem suas despedidas (GALAZZI *et al.*, 2021). Aqueles privados de acesso e/ou conhecimento, características das pessoas em situação de exclusão digital e realidade de uma camada considerável da população, podem ter experimentado um sentimento ainda maior de solidão e tristeza, tendo em vista a percepção de uma barreira intransponível ao seu redor.

2.2.2 Rituais fúnebres e despedidas

Originária do latim, *ritualis*, a palavra ritual significa “reunião das ações, das práticas, dos ritos que compõem uma cerimônia, religiosa ou não” (DICIO, 2023). Os rituais podem ser realizados em conjunto ou individualmente, e não estão necessariamente ligados a uma prática

religiosa. Vários momentos da vida, como casamentos, formaturas e funerais, são marcados por meio da realização de rituais, os quais possuem o potencial de auxiliar na simbolização das mudanças e na elaboração das perdas que estão associadas a esses eventos, independentemente da cultura (SOUZA; SOUZA, 2019).

A COVID-19 impactou duramente e, por um longo período, todos os tipos de ritualizações, provocando desafios sem precedentes, especialmente para os enlutados, devido à supressão dos rituais de despedidas. A psicologia reconhece que os rituais funerários desempenham um papel significativo na organização psíquica e são um dos primeiros passos para um processo de luto normal. Eles possuem funções psicológicas e emocionais essenciais, tais como compartilhar a dor e a tristeza com amigos e familiares, além de permitir que as pessoas enfrentem de forma tangível a morte ao visualizarem e entrarem em contato com o corpo do falecido (CARDOSO *et al.*, 2020). Essa experiência é considerada um fator psíquico benéfico para a aceitação gradual da perda, pois traz a realidade da morte para o âmbito concreto (IMBER-BLACK, 1998). O cancelamento ou a redução dos cerimoniais funerários é encarado como uma vivência traumática, uma vez que os entes queridos são impedidos de prestarem as derradeiras homenagens àquele que partiu, provocando sentimentos de incredulidade e revolta (CARDOSO *et al.*, 2020). Burrell e Selman (2020) sustentam que a não participação em funerais, rituais e cerimônias pode ter efeitos prejudiciais aos enlutados no que diz respeito ao funcionamento cognitivo e ao processamento do luto. A impossibilidade de visualizar o corpo intensifica a sensação de incredulidade e torna mais desafiador aceitar a dura realidade da perda (HERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ; MENESES-FALCÓN, 2021).

Durante a realização do ritual fúnebre, surge também a possibilidade de celebrar a vida da pessoa querida junto àqueles que estão presentes, compartilhando lembranças e momentos felizes vividos juntos. É um momento para assimilar a transformação que ocorre com a perda, já que o impacto social e emocional da morte não segue o mesmo ritmo do evento físico da morte (CARDOSO *et al.*, 2020), e os enlutados terem a oportunidade de expressar sua dor de forma que seja reconhecida e validada pelo grupo ao qual pertencem (WALSH & MCGOLDRICK, 1998). É por esse motivo que o ritual adquire uma dimensão social, em que os participantes testemunham a manifestação das emoções e das reações de tristeza por parte dos enlutados, contribuindo, assim, para a elaboração do processo de luto.

Na maior parte do tempo, devido às restrições impostas pelas autoridades governamentais no combate à COVID-19, a oportunidade de abraçar e confortar pessoalmente aqueles que sofreram pela morte de um familiar também foi perdida. Tudo passou a ser

realizado de forma rápida e distante, sem o tempo adequado para a devida elaboração do luto. Inicialmente, devido ao aumento repentino no número de enterros e a fim de reduzir os riscos de contaminação, foi necessário estabelecer procedimentos padronizados nos cemitérios e crematórios. Protocolos foram criados para orientar o trabalho das funerárias no manejo e preparação dos corpos das vítimas, assim como para realizar velórios e enterros de forma segura, o que teve um impacto drástico no tempo e na forma como esses rituais eram conduzidos (BRASIL, 2020). Em casos de falecimento por COVID-19, houve, inclusive, a proibição completa de realizar velório ou cerimônia de despedida, com o corpo encaminhado diretamente para sepultamento ou cremação em um caixão lacrado, impedindo, geralmente, a visualização do falecido.

Em Porto Alegre, essas determinações entraram em vigor com a publicação do Decreto Nº 20.534/2020, datado de 2 de abril de 2020 (PORTO ALEGRE, 2020), e perduraram por cinco meses, até a publicação do Decreto Nº 20.709, em 27 de agosto de 2020. Este novo decreto autorizava a realização de velórios com o caixão aberto nos casos em que não havia mais risco de transmissão da doença. Essa permissão era aplicada aos pacientes que falecessem após 21 dias de infecção por COVID-19, quando, conforme as diretrizes do *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, não havia mais risco de transmissibilidade. É fundamental destacar que, para conseguir essa liberação, era necessário obter uma declaração médica do hospital onde havia ocorrido o óbito, confirmando que não existia mais risco de transmissão do vírus (PORTO ALEGRE, 2020).

É importante mencionar que a imposição de tais restrições não se restringiram apenas à luta contra a COVID-19. A história nos revela relatos de situações similares ocorridas durante epidemias passadas, como no surto de peste em Praga (República Tcheca), ocorrido por volta do ano de 1713. Nesse contexto, um pesquisador descobriu orações judaicas, datadas aproximadamente entre 1718-1719, que se acredita terem sido recitadas por mulheres enquanto estas percorriam os cemitérios anos após a epidemia. Essas preces buscavam implorar o perdão dos falecidos pela ausência de funerais e sepultamentos tradicionais durante o surto. Além disso, o pesquisador menciona, também, que um livro de 1719 trazia a informação de que, durante o surto, o governo exigia que os corpos fossem tratados com substâncias químicas para acelerar a decomposição e reduzir os riscos de contágio. Entretanto, algumas pessoas buscavam alternativas para oferecer um enterro mais digno, considerando, por exemplo, a possibilidade de transportar os corpos para outros locais, a fim de, provavelmente, realizar uma despedida mais afetuosa com seus entes queridos (FELSENTHAL, 2020).

Da mesma forma, durante a pandemia da Gripe Espanhola de 1918-1919, muitos italianos compartilharam experiências angustiantes em cartas até hoje preservadas no Arquivo Central do Estado, em Roma. Essas correspondências descreviam o horror vivenciado durante os enterros apressados, onde a ausência de padres, cruzeiros e sinos era marcante (FELSENTHAL, 2020).

Como se pode perceber pelos fatos históricos aqui citados, a necessidade de se despedir adequadamente dos entes queridos transcende o tempo e as fronteiras culturais. Esses rituais oferecem apoio emocional e permitem que os enlutados expressem sua dor, honrem a memória daqueles que partiram e encontrem algum sentido no processo de luto. Além disso, como já mencionado, o impacto gerado pela falta de uma despedida adequada pode ser grave, deixando os indivíduos com sentimentos de incompletude e angústia profunda, dificultando a elaboração do luto.

Nesse ponto, por fim, cabe apresentar que um estudo qualitativo, fenomenológico e interpretativo realizado em Madri (Espanha), entrevistou 48 pessoas (tanto familiares quanto profissionais) que se envolveram com as mortes por COVID-19 e viveram ou testemunharam a ausência das despedidas. Os resultados evidenciaram que as mortes decorrentes da recente pandemia representam um desafio adicional para o processo de luto; os profissionais que adotaram uma abordagem abrangente ao auxiliar as famílias afetadas desempenharam um papel crucial em facilitar o início do processo de luto e reduzir a angústia dos familiares. Além disso, constatou-se que é preciso ressignificar os ritos funerários, considerando que eles têm sofrido mudanças nos últimos anos, independentemente da pandemia (HERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ; MENESES-FALCÓN, 2021).

2.3 LUTO

A COVID-19, de maneira incontrolável e imprevisível, evidenciou o tema da morte e do luto sem qualquer pudor e deixou milhões de enlutados pelo mundo. Embora se saiba que a morte faz parte do ciclo vital e que a perda de um familiar, em algum momento da vida, é uma situação esperada, esse encontro difícil e amargo seria evitado por todos, se possível. Ainda que existam inúmeras definições do que é o luto, pode-se dizer, de forma simples e resumida, que este é um processo ou uma experiência natural e esperada de elaboração psíquica que ocorre a partir do rompimento de um vínculo significativo. É considerado universal, pois todos em algum momento da vida, inevitavelmente, sofrerão perdas. Apesar de se caracterizar por pensamentos, sentimentos e comportamentos comuns que variam com o tempo, cada pessoa

vivencia o luto de uma maneira única, tornando-o também um processo singular. De acordo com Shear (2012), o luto é um processo permanente, pois nunca se deixa de sentir tristeza ou a falta dos entes queridos que partiram, embora a intensidade diminua com o tempo, conforme o luto se torna integrado⁴. Processar a perda de um familiar, portanto, requer um trabalho de transformação e ressignificação da relação perdida. É importante destacar que, apesar do termo luto ser aplicado aos mais diversos tipos de perdas concretas ou simbólicas, no presente trabalho este termo se referirá apenas ao luto por morte.

Freud, em seu renomado texto "Luto e melancolia" (1917), destacou-se como um dos pioneiros a abordar a temática do luto (*Trauerarbeit* - trabalho de luto). Para ele, o luto era uma experiência necessária e que se resolveria de forma natural ao longo do tempo. Por isso, não deveria ser encarado como algo patológico a ser tratado, pois qualquer intervenção poderia até ser prejudicial. Freud via o processo de luto como saudável e adaptativo, em contraste com a melancolia, que era vista como uma reação crônica e nociva. Embora ambos fossem encarados como respostas ao evento de "perda de um objeto", apenas a melancolia era vista como passível de intervenção médica, pois era considerada patológica e associada a um maior risco de suicídio.

O psicanalista britânico John Bowlby também contribuiu com os estudos a respeito do luto. Ele defendia a ideia de que o luto é uma reação emocional devido ao rompimento de vínculos afetivos. Tal reação seria inevitável, tendo em vista o apego fazer parte da condição humana de promover sobrevivência e segurança. Além disso, a concepção de que a reação psicológica à perda segue uma sequência organizada de quatro fases distintas foi realizada por Bowlby. Segundo ele, as fases seriam: entorpecimento; anseio e busca da figura perdida; desorganização e desespero e, por fim, maior ou menor reorganização. Ele ressaltava que, qualquer pessoa poderia oscilar por um tempo entre estas fases, ou, até mesmo, entre duas delas (BOWLBY, 2004).

Outra teoria amplamente conhecida sobre os estágios ou fases do luto, originalmente descrita como "estágios da morte", é a da psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross. Renomada por ser pioneira nos estudos sobre cuidados paliativos e do processo de morte e morrer, ela elaborou, a partir de conversas com pacientes em final de vida, uma teoria com a descrição de cinco estágios (negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação) que visava uma

⁴ Luto integrado: forma duradoura de luto que preenche um espaço na existência do indivíduo sem subjugar-lo ou exercer um poder excessivo sobre seus pensamentos, emoções ou conduta. Fonte: <https://prolongedgrief.columbia.edu/professionals/complicated-grief-professionals/overview/> Acesso em 23 maio 2023.

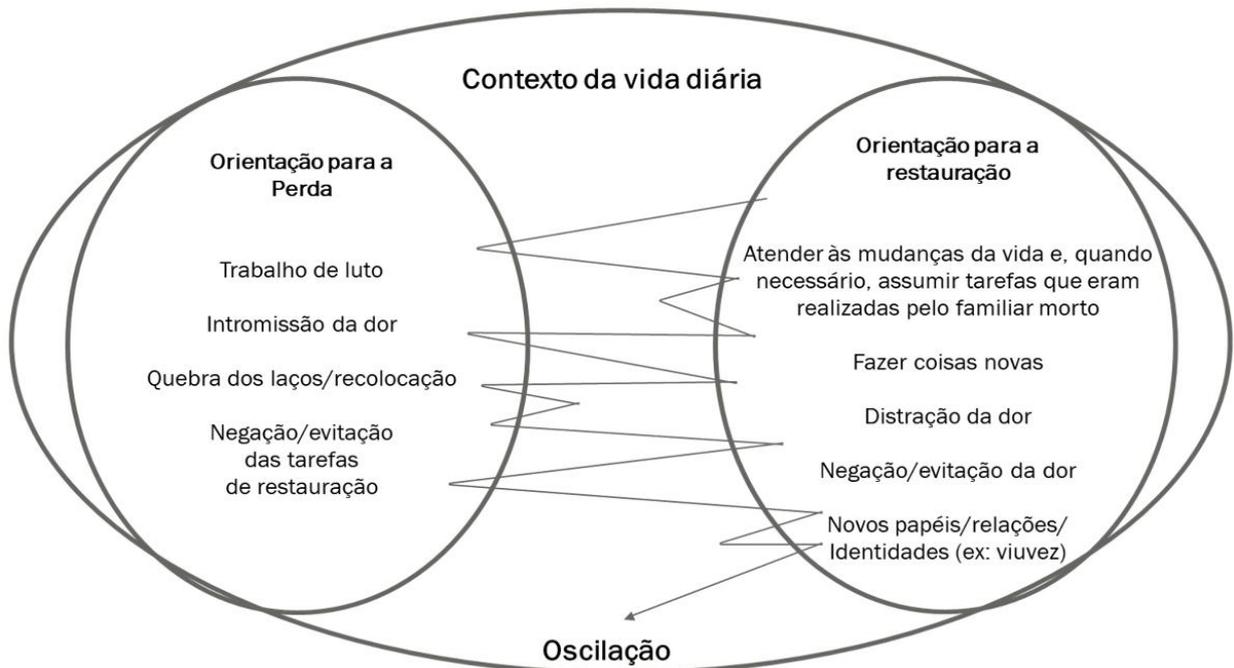
melhor compreensão a respeito do processo de morrer (KÜBLER-ROSS, 2017). Embora tenha ganhado abrangência, tanto na comunidade científica como também entre os leigos, esta teoria foi muito criticada por alguns autores que alegavam que o luto não é um processo linear e que nem todos irão passar por essas fases (BONANNO & BOERNER 2007, STROEBE *et al.* 2017).

Já para o psicólogo James William Worden, também considerado uma referência nos estudos sobre o luto, o processo de luto envolve a realização de quatro tarefas adaptativas: aceitar a realidade da perda, elaborar a dor da perda, ajustar-se ao ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu e, por fim, reposicionar, em termos emocionais, a pessoa que faleceu e continuar a vida. Worden defendia que o uso do termo “tarefa” dá ao enlutado um senso de poder, reconhecendo-o como um agente ativo em seu próprio processo de luto. Por outro lado, o conceito de fases pode sugerir que o enlutado é passivo e que precisa ultrapassar algo (WORDEN, 2013).

De certa forma, estas e outras teorias contribuíram para a evolução de estudos, entendimentos e pensamentos a respeito desta temática tão complexa e singular da experiência humana que é o processo de luto. Contudo, na atualidade, a teoria que melhor tem explicado o processo de luto, abordando de maneira dinâmica como as pessoas lidam com a perda de alguém próximo, é o Modelo do Processo Dual do Luto, de Stroebe e Schut (1999). Essa teoria sugere que a experiência do luto ocorre a partir de enfrentamentos que poderiam estar orientados para a perda (busca pela figura de apego que se perdeu) ou para a restauração (tentativa de recuperar a própria vida). Cada uma dessas categorias de estressores apresentam determinados esforços para lidar com o luto. Por exemplo, na orientação para a perda, o indivíduo está concentrado e voltado para o enfrentamento de algum aspecto da experiência de perda em si, como ao evocar lembranças ou sentir a ausência da pessoa perdida em datas significativas. Já na restauração, o enfoque é em quais estressores estão relacionados com a perda e em como o indivíduo irá lidar com eles, não sendo foco o resultado desse processo. Podem ser citados como exemplos dessa categoria, a tentativa de reorganizar a vida ou de começar novas relações.

Adicionalmente, há ainda neste modelo, um item central que o diferencia de outras teorias de enfrentamento do luto: a oscilação. Segundo os autores, trata-se de um movimento dinâmico e regulador do processo de enfrentamento, fundamental para uma adaptação à perda. Esse movimento pendular expressa uma variabilidade contínua em que, por vezes, o enlutado estaria mais em um lado (voltado para a resignificação da relação com o ente perdido) do que no outro (continuidade da vida com novos planos). No entanto, conforme pontua Carr (2010), é desconhecida qual a medida “ideal” desta oscilação para um bom funcionamento do enlutado.

Figura 2 - Modelo do Processo Dual de Luto



Fonte: Traduzido e adaptado de Stroebe & Schut (1999)

De maneira geral, apesar do luto ser mais intenso no momento imediato à perda, com o passar do tempo, a maioria das pessoas consegue, gradualmente, retomar seus interesses e atividades. Ainda assim, existe uma pequena parcela de enlutados que apresenta dificuldades para superar a perda e, nesses casos, o quadro pode evoluir para uma incapacitação funcional persistente e sintomas debilitantes na esfera física, mental ou comportamental (PRIGERSON, 2004).

No que diz respeito à classificação das complicações do luto, as últimas décadas têm sido de crescente estudo e debate, visando um melhor entendimento dos processos que o envolvem, o seu diagnóstico e o aperfeiçoamento das intervenções terapêuticas relacionadas. Nas duas grandes referências mundiais vigentes para categorização de doenças, a inclusão da classificação e dos critérios diagnósticos do luto como um transtorno é bem recente. Em janeiro de 2022, entrou em vigor a CID-11 (Classificação Internacional de Doenças – 11ª revisão) (WHO, 2018), incluindo critérios de diagnóstico para o Transtorno de Luto Prolongado (*Prolonged Grief Disorder - PGD*). Pouco mais de um ano depois, a quinta revisão do DSM-V (DSM-V-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) (APA, 2022) foi lançada ajustando a nomenclatura do transtorno segundo a CID-11.

Conforme os manuais, o TLP se caracteriza por ser um distúrbio em que, após a morte de uma pessoa próxima ao enlutado, este apresenta uma resposta disfuncional de luto, a qual é

grave, persistente e incapacitante. Em ambos os manuais é reforçado que esta reação deve exceder o tempo e a magnitude do esperado pelas normas sociais, culturais e religiosas do contexto do indivíduo. É preciso, ainda, causar prejuízo significativo em diversas esferas, entre elas, a pessoal, a profissional e a social. É importante ressaltar, no entanto, que apesar do transtorno ter o mesmo nome nos dois manuais, existem algumas diferenças com relação aos critérios diagnósticos. Um exemplo claro dessas divergências é quanto ao tempo necessário para o diagnóstico do TLP. Conforme a CID-11, o diagnóstico pode ser realizado a partir do sexto mês da perda do familiar, enquanto o DSM-V-TR estabelece um período mínimo de 12 meses (Critério A). Outra divergência que deve ser destacada é de que a CID-11 usa uma abordagem mais tipológica, dando a ideia de um diagnóstico mais simples e direto. Já o DSM-V-TR exige, por exemplo, a observância de um mínimo de 3 dos 8 sintomas descritos no Critério C⁵.

De certa forma, as divergências nas mais importantes referências para a categorização de doenças exemplificam o quanto é complexo e difícil compreender a perda de uma pessoa significativa e o impacto gerado em nossas vidas. Ainda assim, a classificação e a definição dos critérios diagnósticos nos manuais desempenham um papel importante ao padronizar a terminologia e a prática clínica, além de estimular a realização de pesquisas mais amplas sobre o tema, incluindo diferentes grupos étnicos, raciais e de gênero. Esse avanço também promove o desenvolvimento de novas ferramentas e o aprimoramento das terapias, resultando em tratamentos mais eficazes e rápidos que visam reduzir o sofrimento incapacitante experimentado pelos enlutados que não seguem um percurso normal do luto. Por fim, a classificação do TLP na CID-11 e no DSM-V-TR permite, quando necessário, o afastamento do trabalhador por meio de licenças para tratamento de saúde, justificando eventuais ausências temporárias ou saídas para acompanhamento e tratamento da doença.

2.3.1 Fatores de risco e de proteção TLP

Ao abordar os fatores de risco para luto complicado, Shear (2012) comenta que eles podem ser categorizados em diferentes grupos: aqueles predisponentes, relacionados às características individuais da pessoa; os baseados nos relacionamentos interpessoais e os

⁵ Critério C: perturbação da identidade, descrença sobre a morte, evitar lembrar que a pessoa está morta, dor emocional intensa, dificuldade de reintegração nos relacionamentos e atividades, dormência emocional, sentir que a vida não tem sentido e solidão intensa. Desde a morte, ao menos três desses sintomas devem estar presentes na maioria dos dias, em grau clinicamente significativo. Além disso, esses sintomas precisam ocorrer quase que todos os dias, pelo menos, no último mês (APA, 2022).

relacionados às circunstâncias ou consequências da morte. Além disso, outras condições que também são conhecidas como preditoras do luto complicado são as mortes inesperadas ou traumáticas (como um suicídio), a exposição a traumas, antecedentes psiquiátricos, vinculação insegura, sexo feminino, baixo nível socioeconômico, perda de filho ou cônjuge, relacionamento muito próximo ou de dependência com o falecido (LOBB *et al.*, 2010; JOHNSON *et al.* 2007, MITCHELL *et al.*, 2004, VAN DOORN *et al.* 1998), tratamentos que transgridam a vontade do paciente, mortes em UTIs e, por fim, mortes sem a possibilidade de despedida (CARR, BOERNER & MOORMAN, 2020; HERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ; MENESES-FALCÓN, 2021).

Um estudo prospectivo, realizado em 41 UTIs da França, buscou apontar qual a prevalência e os fatores de risco de luto complicado em familiares de 475 falecidos nessas unidades. Para realizar tal estudo, os familiares foram avaliados no decorrer do primeiro ano da perda, sendo, para isso, utilizado o Inventário de Luto Complicado (*Inventory of Complicated Grief - ICG*), desenvolvido por Holly Prigerson (PRIGERSON *et al.*, 1995). Esse instrumento foi escolhido por ser, conforme os autores, capaz de distinguir entre reações normais e formas mais patológicas de luto (KENTISH-BARNES *et al.*, 2015).

No que diz respeito aos resultados, destaca-se que, entre os familiares avaliados aos seis meses (n = 282), 52% apresentaram sintomas de luto complicado. Aos 12 meses, essa proporção se manteve inalterada. Esse resultado, quando comparado com estudos realizados na população geral, demonstra que a frequência de desenvolvimento de um luto complicado é cinco vezes maior em familiares que perderam entes hospitalizados em UTIs (KENTISH-BARNES *et al.*, 2015).

Além das associações já apresentadas, o DSM-V-TR também destaca outras relações relevantes. Pode-se citar, por exemplo, a existência de uma possível associação entre a idade avançada do enlutado e um maior risco de desenvolvimento do TLP após a perda de um familiar. Além disso, existem evidências de que as pessoas idosas que apresentam os sintomas do TLP podem ter maior risco de declínio cognitivo progressivo.

Da mesma forma, é importante mencionar que pessoas com sintomas de TLP também apresentam maior risco de ideação suicida, prejuízos na vida social e laboral, bem como maior propensão ao aumento do uso de entorpecentes (álcool e tabaco) e ao surgimento de doenças graves com redução da qualidade de vida (APA, 2022), aumentando, assim, o número de hospitalizações e consultas médicas desses enlutados, quando comparados ao restante da população (DELALIBERA *et al.*, 2017).

No que diz respeito aos efeitos da pandemia no luto, é importante lembrar que as perdas ocorridas são diferentes das que ocorrem em contextos normais por outras doenças. As perdas e o processo de luto decorrentes da pandemia da COVID-19, podem apresentar semelhanças com o luto experimentado em situações de desastres naturais e no tratamento em UTIs, por exemplo. Durante períodos de pandemias e catástrofes naturais, além da experiência da perda, ocorrem, também, fechamento de estabelecimentos, interrupção das atividades econômicas, diminuição dos serviços e fornecimentos, visitas estritamente regulamentadas e uma rápida deterioração da saúde (GESI *et al.*, 2020). As mortes resultantes da COVID-19 têm sido caracterizadas como "mortes difíceis", devido ao sofrimento físico e psicológico envolvido, além da separação física dos entes queridos, falta de preparação, tratamento desrespeitoso, intervenções médicas indesejadas ou a incapacidade de acessar tratamentos devido às limitações financeiras (KRIKORIAN; MALDONADO; PASTRANA, 2020). Além disso, o luto pode ser intensificado pelo sentimento de culpa de ter sobrevivido à doença, em contraste com aqueles que faleceram, gerando a chamada "culpa do sobrevivente" (VARSHNEY *et al.*, 2021). Ademais, a redução do convívio e apoio físico entre amigos e familiares, devido ao distanciamento social como medida de prevenção, por si só, representou para os enlutados um aumento na sensação de solidão, já costumeiramente presente em qualquer vivência do luto (STROEBE; SCHUT, 2021), dificultando ainda mais o processo de elaboração ou resignificação.

Por outro lado, quando se abordam os fatores de proteção ao desenvolvimento do luto complicado, podem ser citados, como exemplos, a percepção de suporte social, o estabelecimento de um apego seguro e a abertura à expressão emocional. Buscar conexão com a espiritualidade ou a adesão a uma crença religiosa também pode acelerar o processo de aceitação (VARSHNEY *et al.*, 2021). Além disso, "preparar-se" para a morte de um familiar e ter a percepção de que a morte foi serena e sem sofrimento, são elementos que podem contribuir para uma reação de luto mais positiva (LOBB *et al.*, 2010). Barreto *et al.*, (2012) contribuíram com este tema ao listar uma série de fatores protetores no processo de luto, sendo que entre eles estão: autocuidado e resiliência do enlutado, ter participado dos cuidados com o familiar falecido, morte prevista, doença com controle sintomático, grande apoio familiar e perda aceitável socialmente. Além destes, outros fatores de proteção contra o luto complicado encontrados na literatura estão relacionados com a clareza da comunicação entre a equipe de saúde e os familiares do paciente, a atribuição de um significado à morte do familiar e, por fim, a disponibilidade de apoio psicológico e social. (CARDOSO *et al.*, 2020).

2.3.2 Relação TLP x cérebro

Apesar do crescente aumento no número de estudos a respeito do luto nas últimas décadas, ainda há muito o que descobrir e entender sobre a etiologia, o início e a continuidade dos sintomas do TLP. Nessa busca por um maior entendimento acerca dos efeitos desse transtorno, pesquisas relacionadas ao luto têm apresentado, por exemplo, que há evidências de mudanças imunológicas em pessoas que experienciam a morte de um ente querido e que estas mudanças podem afetar negativamente sua saúde física (O'CONNOR, 2012). Da mesma forma, estudos a respeito da neurobiologia que envolve o luto complicado têm sido desenvolvidos, mostrando que lembranças de um familiar falecido acionam áreas cerebrais relacionadas à dor (dor social da perda) e ao circuito de recompensa (comportamento de apego) (O'CONNOR *et al.*, 2008). Nesta linha, há quem considere que o TLP possa ser melhor conceituado como um transtorno de apego devido à perturbação no sistema de recompensa, discordando das classificações da CID-11 e DSM-V-TR como transtorno associado ao estresse e, também, de outras classificações como transtorno de humor ou ansiedade (PRIGERSON *et al.*, 2021).

No que diz respeito ao circuito de recompensa, uma recente revisão sistemática com 24 estudos indicou que existe conexão entre os sintomas do TLP (especialmente sobre o desejo intenso pelo falecido) e a ativação do sistema de recompensa neural. Sendo assim, é provável que o TLP responda de forma semelhante a um transtorno de dependência. Sugere-se que as recordações do familiar que morreu provocam no enlutado anseio prolongado e podem resultar em desejo (comum em transtornos de dependência) e ruminação (comum em transtornos de ansiedade e depressão) - características fortemente presentes no TLP (KAKARALA *et al.*, 2020).

Nos dados revisados pelo artigo, foi verificado que o TLP, quando comparado com o luto normal, apresenta atividade diferenciada em regiões cerebrais, como na amígdala e no córtex orbitofrontal. Além disso, o estudo apresentou que, provavelmente, há atividade diferencial no córtex cingulado posterior, córtex cingulado anterior rostral ou subgenua e nos gânglios basais em geral, incluindo o núcleo accumbens. Finalmente, foi detectada, também, uma provável atividade diferencial na ínsula. É provável ainda, que o TLP apresente alterações na sinalização ocitocinérgica, mas o mecanismo exato disso não foi esclarecido (KAKARALA *et al.*, 2020). Esses componentes cerebrais, em alguma medida, estão relacionados com diversas funções do nosso cérebro como, por exemplo, sistema emocional, cognição e memória. Embora sejam necessários mais estudos para confirmar a hipótese desta relação neural, a presente descoberta parece consistente e tem servido de base para novas pesquisas.

Um exemplo disso, é um estudo estadunidense que está sendo realizado para avaliar a eficácia da Naltrexona na redução dos sintomas de TLP. Atualmente, a Naltrexona é utilizada para o tratamento de dependência - de álcool e opioides (GANG *et al.*, 2021) e vícios comportamentais - como os jogos de azar (KIM *et al.*, 2001). Este estudo está sendo realizado de forma randomizada, triplo-cego e controlado por placebo, envolvendo 48 participantes com diagnóstico de TLP, baseado nos critérios diagnósticos do DSM. Durante um período de 8 semanas, os participantes serão submetidos a uma intervenção farmacológica, consistindo na administração oral diária de 50mg da medicação em estudo ou de placebo. Para os resultados primários, será verificada a gravidade dos sintomas de TLP através da escala *Prolonged Grief-13-Revised* (PG-13-R) (PRIGERSON *et al.*, 2021) e do instrumento *Structured Clinical Interview for Prolonged Grief Disorder (SCIP)*, o qual foi adaptado para os critérios de TLP do DSM. Como resultado secundário, será medida a força da proximidade social com o falecido, através da *Inclusion of the Other in the Self (IOS) Scale* (Aron, A. *et al.*, 1992 citados por GANG *et al.*, 2021). O estudo está previsto para ser concluído em janeiro de 2025.

No quesito sintomas, imagina-se que a Naltrexona poderá ajudar de duas formas nas questões do TLP: reduzindo o desejo pelo falecido, já que com relação à dependência de álcool ela reduz o desejo do consumo (HENDERSHOT *et al.*, 2017) e, também, reduzindo os sentimentos de conexão social com pessoas próximas (INAGAKI *et al.*, 2016), fazendo com que o luto pareça menos solitário e isolado. Assim, em termos farmacológicos, a Naltrexona poderá auxiliar na redução da gravidade do TLP, reduzindo o anseio ou desejo pelo familiar falecido (GANG *et al.*, 2021).

É importante mencionar que, apesar desse estudo se apresentar como promissor ao indicar uma resposta mais efetiva ao sofrimento intenso de uma parcela de enlutados graves, existem vozes discordantes que sugerem cautela no uso da Naltrexona. Thieleman *et al.* (2023), fazem uma série de ressalvas quanto ao uso da medicação para enlutados. Cita-se, por exemplo, que o efeito da Naltrexona não atingirá apenas a conexão com quem morreu, mas, também, outros tipos de conexões sociais, de forma indiscriminada. Questionam, inclusive, se esse tipo de intervenção não fará com que os enlutados se sintam ainda mais isolados de suas redes de apoio. Além disso, estes autores discordam da afirmação do estudo pioneiro (GANG *et al.*, 2021) de que os riscos são baixos, tendo em vista considerarem estes significativos a ponto de questionar se os benefícios superariam possíveis danos aos pacientes. Ademais, defendem que as intervenções devem focar em auxiliar os enlutados a se restabelecerem nos relacionamentos com os outros, compartilhando suas histórias, enfrentando questões de significado e

desenvolvendo sua capacidade de lidar com a dor. O objetivo para eles não é minimizar, negar ou medicar o sofrimento dos enlutados, mas sim permitir que sintam e processem suas emoções de forma segura (THIELEMAN *et al.*, 2023).

Assim, ainda que a possibilidade de ser realizado um tratamento farmacológico em pacientes diagnosticados com o TLP possa ser considerado um grande “*turning point*”, essas intervenções precisam ser feitas de forma prudente e moderada, garantindo a segurança e a eficácia do medicamento, assim como o bem-estar do enlutado. De qualquer forma, se o resultado do estudo com a Naltrexona for positivo, será mais uma alternativa de tratamento para auxiliar os enlutados graves que não respondem positivamente às psicoterapias ou, ainda, potencializar o trabalho psicoterápico do luto.

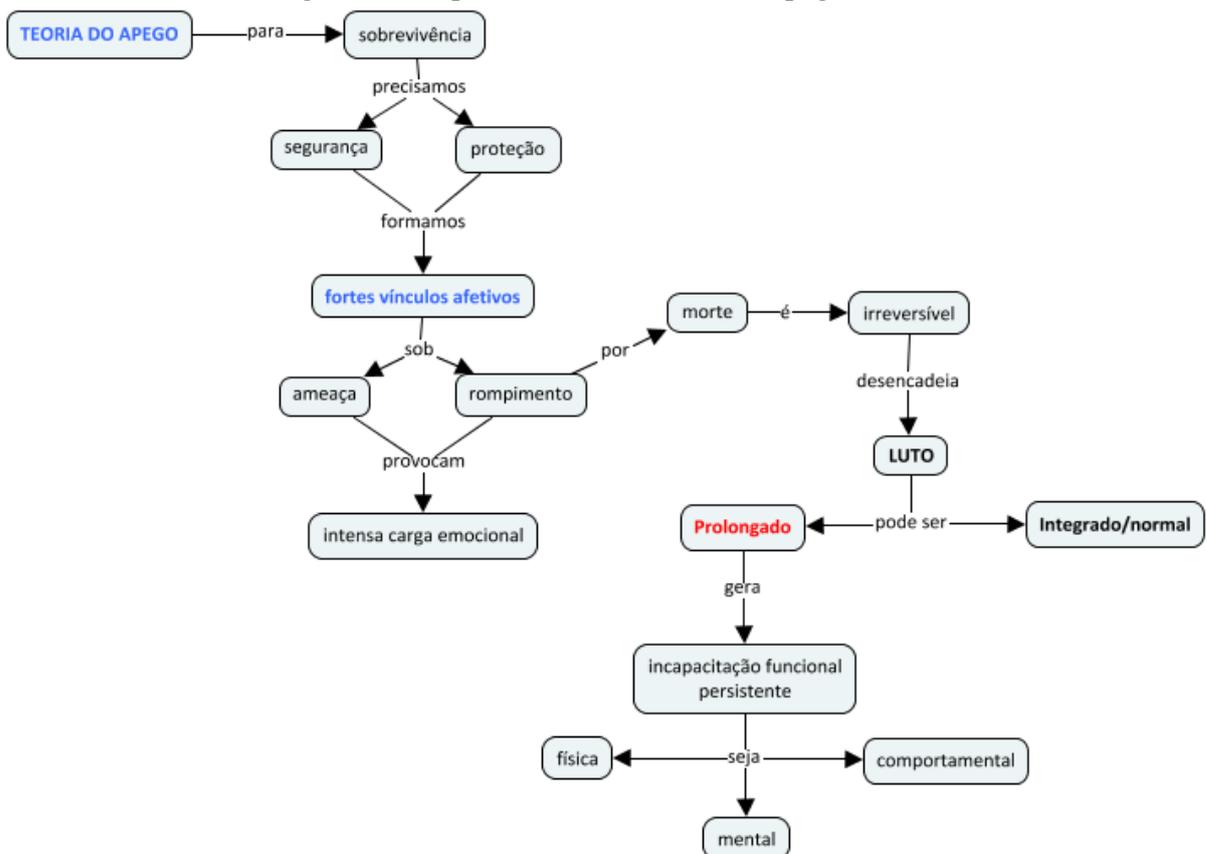
Nesse campo das técnicas psicoterápicas de tratamento existentes, é importante destacar que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se mostrado eficaz na redução dos sintomas de luto complicado. Em um estudo, Shear *et al.* (2005) verificaram que a terapia focada nos sintomas de luto complicado foi mais eficaz do que o tratamento de psicoterapia interpessoal, com índices de resposta superiores e tempo de resposta mais rápido. Desta forma, sugerem que o luto complicado, por ser uma condição específica de luto, deve ser tratado de maneira específica também. Em outro estudo (BOELEN *et al.*, 2007), a TCC produziu índices superiores na melhora do luto complicado e psicopatologia geral quando comparada com um aconselhamento de suporte inespecífico. A terapia de exposição, que é uma técnica usada em TCC, também se mostrou eficaz na redução dos sintomas do luto complicado, com melhora no funcionamento psicológico e social (BRYANT *et al.*, 2014). Shear *et al.* (2016), em outro estudo envolvendo psicoterapia direcionada para o transtorno e o uso de citalopram (antidepressivo), verificaram, por exemplo, que a terapia focada no luto complicado apresentou resultados melhores nos sintomas do luto do que o uso da medicação.

Ao finalizar, ressalta-se que, embora o percentual de enlutados que desenvolve o TLP seja uma minoria significativa (LICHTENTHAL *et al.*, 2011; SIMON *et al.*, 2007), o sofrimento psíquico e o impacto na vida dessas pessoas é imenso e debilitante. As pesquisas aqui mencionadas trazem esperança para os pacientes que sofrem com TLP no sentido de permitir um melhor entendimento a respeito do funcionamento neurobiológico associado ao transtorno e das melhores técnicas de tratamento, especialmente nos casos graves em que o enlutado não consegue lidar com a perda do ente querido.

3 MARCO CONCEITUAL

A teoria do apego, formulada pelo psiquiatra britânico John Bowlby (2004), apresenta que a maneira como se reage à perda de um familiar, está relacionada com o tipo de vínculo mantido com a pessoa que morreu. Por uma questão de sobrevivência, é natural e uma tendência do ser humano criar fortes laços afetivos com outros indivíduos para se sentir seguro e protegido. Obviamente, quando se está diante de uma ameaça de rompimento ou há o efetivo rompimento do vínculo criado, existe uma intensa reação emocional, carregada de ansiedade e protesto. Além disso, nos casos de perdas por morte, as circunstâncias em que ocorrem têm grande impacto no processo de como o luto será vivenciado, podendo favorecer o desencadeamento do Transtorno de Luto Prolongado e gerar uma incapacitação funcional persistente.

Figura 3 - Mapa conceitual Teoria do Apego e Luto



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

4 JUSTIFICATIVA

A morte, seja de forma inesperada ou decorrente de um processo de adoecimento, causa um impacto emocional significativo na rede familiar e social de um indivíduo. A partir da ameaça ou do concreto rompimento dos laços afetivos com um familiar, tem-se o início da vivência de um luto. No caso da recente pandemia, por exemplo, um dos possíveis fatores agravantes, que atuaria como um facilitador para o desenvolvimento do Transtorno de Luto Prolongado, foi o fato das pessoas não poderem cuidar dos seus familiares hospitalizados com o vírus. Além disso, em alguns casos de óbito, não foi possível, nem mesmo, realizar os rituais de despedida da forma como gostariam.

Conforme a OMS, até o dia 17 de fevereiro de 2023, o número de mortos no mundo pela COVID-19 era de 6.844.267⁶. Considerando que as estimativas apontam que há, em média, de 4 a 11 enlutados impactados diretamente para cada morte natural e que, cerca de 10% dos enlutados desenvolvem sintomas de TLP (LUNDORFF *et al.*, 2017), apenas por causa da COVID-19, poderia se chegar a um número de mais de 2.737.706 mil pessoas com necessidade de auxílio profissional especializado. No Brasil, esse número poderia chegar a 279.157⁷ pessoas.

Tendo em vista os números impactantes de mortes e enlutados e a especificidade das questões do luto envolvendo situações de pandemias, pouco estudadas até o início da COVID-19, esse projeto buscou conhecer os fatores associados com o luto prolongado nas famílias enlutadas pela pandemia do coronavírus.

⁶ Fonte: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em 19 fev. 2023.

⁷ Considerando 697.894 vítimas da COVID-19 no Brasil. Acesso em 19 fev. 2023. Fonte: <https://covid19.who.int/region/amro/country/br>.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar fatores associados com o luto prolongado nos familiares das vítimas da COVID-19, por meio do instrumento de Avaliação do Luto Prolongado PG-13, após o sexto mês do óbito.

5.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Avaliar se há diferença significativa nos resultados de provável luto prolongado entre o grupo de familiares que conseguiu realizar um ritual fúnebre e aquele que não conseguiu realizar em função das medidas restritivas;

Investigar a prevalência de provável luto prolongado nos familiares das vítimas da COVID-19, após o sexto mês do óbito.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMASS, T. *et al.* Stress-related disorders of family members of patients admitted to the intensive care unit with COVID-19. **JAMA internal medicine**, v. 182, n. 6, p. 624-633, 2022.

American Psychiatric Association (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)**. American Psychiatric Publishing, 2022.

AZOULAY, E. *et al.* Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 171, n. 9, p. 987-994, 2005.

AZOULAY, É; CURTIS, J. R.; KENTISH-BARNES, N. Ten reasons for focusing on the care we provide for family members of critically ill patients with COVID-19. **Intensive care medicine**, v. 47, n. 2, p. 230-233, 2021.

BARRETO, P.; DE LA TORRE, O.; PÉREZ-MARÍN, M. Detección de duelo complicado. **Psicooncología**, v. 9, n. 2/3, p. 355, 2012.

BOELEN, P. A. *et al.* Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 75, n. 2, p. 277, 2007.

BONANNO, G. A.; BOERNER, K. The stage theory of grief. **Jama**, v. 297, n. 24, p. 2692-2694, 2007.

BOWLBY, J. **Perda: tristeza e depressão**. Editora Martins Fontes. v. 3, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo coronavírus Sars-CoV-2 – Covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_corpos_coronavirus_covid19.pdf. Acesso em: 03 maio 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. Brasília, 1998.

BRYANT, R. A. *et al.* Treating prolonged grief disorder: a randomized clinical trial. **JAMA psychiatry**, v. 71, n. 12, p. 1332-1339, 2014.

BURRELL, A.; SELMAN, L. E. How do funeral practices impact bereaved relatives' mental health, grief and bereavement? A mixed methods review with implications for COVID-19. **OMEGA-Journal of Death and Dying**, v. 85, n. 2, p. 345-383, 2022.

BUTANTAN. Conheça os sintomas mais comuns da ômicron e de outras variantes da Covid-19, 2021. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/conheca-os-sintomas-mais-comuns-da-omicron-e-de-outras-variantes-da-covid-19>. Acesso em: 21 maio 2023.

CARDOSO, É. A. O. *et al.* The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 28, 2020.

CARR, D. New perspectives on the dual process model (DPM): What have we learned? What questions remain?. **OMEGA-Journal of Death and Dying**, v. 61, n. 4, p. 371-380, 2010.

CARR, D.; BOERNER, K.; MOORMAN, S. Bereavement in the time of coronavirus: Unprecedented challenges demand novel interventions. **Journal of Aging & Social Policy**, v. 32, n. 4-5, p. 425-431, 2020.

CNN BRASIL. Veja quais países iniciaram a vacinação contra a Covid-19; Brasil está fora. 2020 Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/quais-os-paises-que-ja-comecaram-a-vacinacao-contra-a-covid-19/>. Acesso em 22 maio 2023.

DELALIBERA, M., DELALIBERA, T. A., FRANCO, M. H. P., BARBOSA, A., LEAL, I. Adaptação e validação brasileira do instrumento de avaliação do luto prolongado – PG-13. **Psicologia: teoria e prática**, v. 19, n. 1, p. 94-106, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p94-106>. Acesso em: 23 out. 2020.

PALLOTTINO, E. R. *et al* (org). A experiência dos profissionais portugueses no suporte ao luto na pandemia da COVID-19. Em: **LUTO E SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA DA COVID-19**. Cuidados e Reflexões. 1. ed. [S. l.]: Sinopsys, 2022. p. 238.

FELSENTHAL, E. Front Line Workers Tell Their Own Stories in the New Issue of TIME. 2020. Disponível em: <https://time.com/5831011/pandemic-mourning/>). Acesso em 22 maio 2023.

FREUD, S. [1917] **Luto e melancolia**. Editora Cosac Naify, 2014.

GALAZZI, A. *et al.* Video calls at end of life are feasible but not enough: a 1-year intensive care unit experience during the coronavirus disease-19 pandemic. **Nursing in critical care**, 2021.

GANG, J. *et al.* Naltrexone treatment for prolonged grief disorder: study protocol for a randomized, triple-blinded, placebo-controlled trial. **Trials**, v. 22, n. 1, p. 1-15, 2021.

GESI, C. *et al.* Complicated grief: what to expect after the coronavirus pandemic. **Frontiers in psychiatry**, v. 11, p. 489, 2020.

HANNA, J. R. *et al.* A qualitative study of bereaved relatives' end of life experiences during the COVID-19 pandemic. **Palliative medicine**, v. 35, n. 5, p. 843-851, 2021.
DOI:10.1177/02692163211004210

HENDERSHOT, C. S. *et al.* Effects of naltrexone on alcohol self-administration and craving: meta-analysis of human laboratory studies. **Addiction biology**, v. 22, n. 6, p. 1515-1527, 2017.

HERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, C.; MENESES-FALCÓN, C. I can't believe they are dead. Death and mourning in the absence of goodbyes during the COVID-19 pandemic. **Health & social care in the community**, v. 30, n. 4, p. e1220-e1232, 2022.

HUGELIUS, K.; HARADA, N.; MARUTANI, M. Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 121, p. 104000, 2021.

IMBER-BLACK, E. (1998). Os rituais e o processo de elaboração. In F. Walsh & M. McGoldrick. **Morte na família: Sobrevivendo às perdas**, p. 229-245). Porto Alegre: Artmed, 1998.

INAGAKI, T. K. *et al.* Opioids and social bonding: naltrexone reduces feelings of social connection. **Social cognitive and affective neuroscience**, v. 11, n. 5, p. 728-735, 2016.

JOHNSON, J. G. *et al.* Parental control, partner dependency, and complicated grief among widowed adults in the community. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 195, n. 1, p. 26-30, 2007. DOI: 10.1097/01.nmd.0000252009.45915.b2

JUNGESTRAND, L. *et al.* Family member perspectives on intensive care unit in-person visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 75, p. 103347, 2023.

KAKARALA, S. E. *et al.* The neurobiological reward system in prolonged grief disorder (PGD): a systematic review. **Psychiatry Research: Neuroimaging**, v. 303, p. 111135, 2020.

KENTISH-BARNES, N.; DEGOS, P.; VIAU, C. *et al.* “It was a nightmare until I saw my wife”: the importance of family presence for patients with COVID-19 hospitalized in the ICU. **Intensive Care Med**, v. 47, n. 7, 792–794 (2021a). DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06411-4>

KENTISH-BARNES, Nancy *et al.* The lived experience of ICU clinicians during the coronavirus disease 2019 outbreak: a qualitative study. **Critical Care Medicine**, v. 49, n. 6, p. e585-e597, 2021b.

KENTISH-BARNES, N. *et al.* Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. **European Respiratory Journal**, v. 45, n. 5, p. 1341-1352, 2015.

KIM, S. W. *et al.* Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. **Biological psychiatry**, v. 49, n. 11, p. 914-921, 2001.

KRIKORIAN, A.; MALDONADO, C.; PASTRANA, T. Patient's perspectives on the notion of a good death: a systematic review of the literature. **Journal of pain and symptom management**, v. 59, n. 1, p. 152-164, 2020.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. WWF Martins Fontes, 2017.

LICHTENTHAL, W. G. *et al.* Underutilization of mental health services among bereaved caregivers with prolonged grief disorder. **Psychiatric Services**, v. 62, n. 10, p. 1225-1229, 2011.

LOBB, E. A. *et al.* Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. **Death studies**, v. 34, n. 8, p. 673-698, 2010.

LUNDORFF, M. *et al.* Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. **Journal of affective disorders**, v. 212, p. 138-149, 2017.

MITCHELL, A. M. *et al.* Complicated grief in survivors of suicide. **Crisis**, v. 25, n. 1, p. 12-18, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.1.12>

OPAS. OMS anuncia nome para doença causada por novo coronavírus: COVID-19; OPAS apoia ações de preparo na América Latina e Caribe. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/11-2-2020-oms-anuncia-nome-para-doenca-causada-por-novo-coronavirus-covid-19-opas-apoia> Acesso em 20 abril 2023.

OPAS. Histórico da pandemia de COVID-19. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em 20 abril 2023.

O'CONNOR M. F. Immunological and neuroimaging biomarkers of complicated grief. **Dialogues Clin Neurosci**. v. 14, n. 2, pág. 141-148, jun. 2012 DOI: 10.31887/DCNS.2012.14.2/mfoconnor. PMID: 22754286; PMCID: PMC3384442.

O'CONNOR, M. F *et al.* Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. **Neuroimage**. v. 42, n. 2, pág. 969-972, aug. 2008 DOI: 10.1016/j.neuroimage.2008.04.256. Epub 2008 May 10. PMID: 18559294; PMCID: PMC2553561.

PARKES, C. M. **Amor e perda**: as raízes do luto e suas complicações. São Paulo: Summus, 2009.

PETRY, S.E.; HUGHES, D.; GALANOS, A. Grief: The Epidemic Within an Epidemic. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**®. v. 38, n. 4, pág. :419-422, 2021. DOI: 10.1177/1049909120978796

PORTO ALEGRE (Município). Decreto nº 20.534, de 31 de Março de 2020. Decreta o estado de calamidade pública e consolida as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (COVID-19), no Município de Porto Alegre. Disponível em: http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/3310_ce_20200401_executivo.pdf. Acesso em: 15 mar. 2023.

PORTO ALEGRE (Município). Decreto nº 20.709, de 27 de Agosto de 2020. Altera o § 3º no art. 12 e o § 2º no art. 18; inclui o §3º- Ano art. 12, o§ 2º-A no art. 18 e o Anexo I e revoga os incs. I e II do § 3º do art. 12 do Decreto nº 20.625, de 23 de junho de 2020, para alterar funcionamento das feiras livres. Disponível em: http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/3588_ce_20200827_executivo.pdf. Acesso em: 29 abr. 2023.

PRIGERSON, H. G et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. **Psychiatry research**, v. 59, n. 1-2, pág 65-79, 1995.

PRIGERSON, H.; VANDERWERKER, L.; MACIEJEWSKI, P. (2008). Prolonged grief disorder: a case for inclusion in DSM. In: STROEBE, M. S. et al. (org.). Handbook of

bereavement research and practice: Advances in theory and intervention. Washington: American Psychological Association. p. 165–186.

PRIGERSON, H. Complicated grief - When the path of adjustment leads to a dead-end. **Bereavement Care**, v. 23, n. 3, pág. 38-40, 2004. DOI: 10.1080/02682620408657612.

PRIGERSON, Holly G. *et al.* History and status of prolonged grief disorder as a psychiatric diagnosis. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 17, p. 109-126, 2021.

PRIGERSON, H. G. *et al.* Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. **World Psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 96-106, 2021.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Decreto Nº 55.128, de 19 de março de 2020. Declara estado de calamidade pública em todo o território do Estado do Rio Grande do Sul para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo COVID-19 (novo Coronavírus), e dá outras providências. 2020. Disponível em: <https://ssp.rs.gov.br/upload/arquivos/202003/25131743-decreto55128-atualizadoate23032020.pdf>. Acesso em 15 abril 2023.

RITUAL. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/ritual/>. Acesso em: 28 maio 2023.

ROSE, L. *et al.* Restricted family visiting in intensive care during COVID-19. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 60, 2020.

SÃO PAULO (Estado). Estado de São Paulo inicia vacinação contra COVID-19. 2021. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/noticias-coronavirus/estado-de-sao-paulo-inicia-vacinacao-contracovid-19/>. Acesso em 15 abril 2023.

SCHUT, M.; SROEBE, H. The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. **Death studies**, v. 23, n. 3, p. 197-224, 1999.

SEN, S.; KARACA-MANDIC, P., GEORGIU, A. Association of Stay-at-Home Orders With COVID-19 Hospitalizations in 4 States. **JAMA**. v. 323, n. 24, pág. 2522–2524, 2020. DOI:10.1001/jama.2020.9176

SIMON, Naomi M. *et al.* The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. **Comprehensive psychiatry**, v. 48, n. 5, p. 395-399, 2007.

SHEAR, M. Katherine *et al.* Optimizing treatment of complicated grief: A randomized clinical trial. **JAMA psychiatry**, v. 73, n. 7, p. 685-694, 2016.

SHEAR, K. *et al.* Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. **Jama**, v. 293, n. 21, p. 2601-2608, 2005.

SHEAR, M. K. Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief, **Dialogues in Clinical Neuroscience**, 14:2, 119-128, DOI: 10.31887/DCNS.2012.14.2/mshear

SIMONE, B. et al; Variation in Communication and Family Visiting Policies in Italian Intensive Care Units during the COVID-19 Pandemic: A Secondary Analysis of the COVISIT International Survey. **Healthcare**, v. 11, pág. 669, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare11050669>

SOUZA, C. P.; SOUZA, A. M. Rituais fúnebres no processo do luto: significados e funções. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, 2019.

STROEBE, M.; SCHUT, H.; BOERNER, K. Cautioning health-care professionals: Bereaved persons are misguided through the stages of grief. **OMEGA-Journal of death and dying**, V. 74, n. 4, pág. 455-473, 2017.

STROEBE, M.; SCHUT, H. Bereavement in times of COVID-19: A review and theoretical framework. **OMEGA-Journal of Death and Dying**, v. 82, n. 3, p. 500-522, 2021.

THIELEMAN, K.; CACCIATORE, J. ; THOMAS, S. Impairing social connectedness: The dangers of treating grief with Naltrexone. **Journal of Humanistic Psychology**, v. 63, n. 3, p. 267-275, 2023.

VAN DOORN, C. *et al.* The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 186, n. 9, p. 566-573, 1998.

VARSHNEY, P. *et al.* Grief in the COVID-19 times: Are we looking at complicated grief in the future?. **Indian Journal of Psychological Medicine**, v. 43, n. 1, p. 70-73, 2021.

WAKAM, G. K. *et al.* Not dying alone—modern compassionate care in the Covid-19 pandemic. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 24, p. e88, 2020

WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. **Morte na Família: sobrevivendo às perdas**. Tradução Cláudia Oliveira Dornelles. Porto Alegre. Artmed, 1998.

WIERSINGA, W.J. et al. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. **JAMA**. v. 324, n. 8, pág. 782–793, 2020. DOI:10.1001/jama.2020.12839

World Health Organization (WHO). ICD-11 Prolonged Grief Disorder Criteria. WHO, 2018. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>

WHO. Coronavirus disease (COVID-19). 2023. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1. Acesso em: 02 abril 2023.

WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing – 5 May 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/speeches/item/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing---5-may-2023>. Acesso em: 10 maio 2023.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental**. São Paulo: Roca, 2013.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da COVID-19 colocou em evidência um tema ainda tratado como tabu na sociedade: a morte e a sua possibilidade. De repente, a televisão, os jornais, os sites na internet e as redes sociais passaram a exibir a realidade da morte de forma explícita e diária.

Apesar de sua crueldade, o choque da pandemia nos obrigou a realizar reflexões valiosas e pensar sobre a vida e a certeza da finitude, tornando-nos mais conscientes e presentes no dia a dia e em nossos relacionamentos. Ela nos lembrou do real valor daquelas coisas simples e extremamente significativas que muitas vezes não se dá a merecida importância como, por exemplo, os abraços, os encontros, os passeios, a natureza, o barulho ou o silêncio das ruas, o aconchego dos nossos lares e a importância da empatia e da solidariedade.

Essas perdas significativas, mesmo que passageiras para a maioria das pessoas, também necessitaram de uma elaboração de luto. De um dia para o outro, houve a perda desse mundo presumido e foi preciso muita resiliência para enfrentar a nova realidade assustadora que se impôs diante de todos. Ademais, contrariamente ao que se praticava, cuidado passou a ser sinônimo de distância, uma tarefa ainda mais difícil quando se trata de entes queridos com doenças que ameaçam a vida.

Nesse ponto, é importante ressaltar que, durante as fases mais críticas da pandemia, as restrições e medidas de segurança representaram um duro obstáculo à possibilidade de visitas a familiares hospitalizados ou em casas de repouso. No caso de morte, essa impossibilidade de ter estado presente fisicamente para oferecer apoio emocional e compartilhar momentos finais com o ente amado tem potencial de agravar consideravelmente o processo de luto dos familiares. Essa complicação do luto, caracterizada por um sofrimento considerado longo e intenso que afeta todas as áreas da vida, é conhecido como Transtorno do Luto Prolongado (TLP) e aflição aproximadamente 10% dos enlutados de mortes não violentas.

Cabe ressaltar que, embora seja uma minoria percentual, o problema atinge um número significativo de indivíduos enlutados. É por esse motivo que é imperativo conduzir estudos que visem uma compreensão dos fatores que influenciam a intensificação do processo de luto e a criação de ações preventivas e técnicas eficazes para o tratamento psicoterapêutico e farmacológico de pacientes enlutados graves, aumentando, assim, a disponibilidade de tratamentos para um sofrimento tão singular e complexo de ser tratado.

Assim, ao investigar os efeitos da pandemia no luto, a presente dissertação buscou entender os fatores associados com o provável luto prolongado em familiares de vítimas da COVID-19 internados em um CTI de um hospital de ensino, referência em Porto Alegre, no

Rio Grande do Sul. De forma geral, os achados do estudo (12,8%), relacionados à porcentagem de enlutados que poderão necessitar de ajuda profissional especializada, estão alinhados com os dados disponíveis na literatura, anteriores à pandemia, para mortes por causas não violentas.

Ainda sobre os resultados da pesquisa, é de grande importância mencionar que foi verificado que indivíduos com baixo nível de escolaridade têm maior chance de desenvolver luto prolongado. Além disso, com base nos resultados, a presença de doença prévia no falecido pode ser um fator que atenua o luto pós morte, possivelmente explicado devido à vivência de um luto antecipatório pelos familiares. O grau de parentesco e a idade do falecido também se mostraram como fatores significativos no processo de luto.

Um fator positivo, que pode ter contribuído para um menor índice de participantes classificados com provável luto prolongado e que poderá ser analisado em outras pesquisas, foi o atendimento realizado pelo grupo de comunicadores do hospital. Esse grupo, composto por profissionais médicos capacitados, foi criado para reportar o estado de saúde dos pacientes aos familiares de forma personalizada. Cada profissional era responsável por um paciente/família e fazia uma ou mais ligações diárias para fornecer atualizações clínicas e, de certa forma, acolher as angústias vividas pelos familiares devido ao afastamento e privação de cuidados.

Por fim, sabe-se que, ao aceitar participar desta pesquisa, os indivíduos acessaram suas memórias e sentimentos relacionados às perdas vividas, desencadeando uma série de emoções e pensamentos difíceis de lidar, muitas vezes até mesmo indesejados. Evitar tais sentimentos foi o principal motivo apontado pelas pessoas que se recusaram a participar da pesquisa. Lamentavelmente, tal circunstância pode ter impedido o acesso a um número maior de enlutados, especialmente aqueles que se encontravam em maior sofrimento, possivelmente repercutindo no tamanho da amostra e nos resultados alcançados pela pesquisa.

9 PERSPECTIVAS FUTURAS

O impacto provocado pela pandemia da COVID-19 no processo de luto é um importante fator a ser estudado ao longo dos próximos anos devido ao contexto e características em que ocorreram as milhões de mortes pelo mundo.

Mais estudos são necessários em diferentes ambientes, com indivíduos das diversas classes sociais e de diferentes escolaridades, a fim de se verificar quais outros aspectos podem estar relacionados ao luto prolongado. Da mesma forma, seria relevante, também, investigar se os fatores associados neste trabalho se distinguem de outras causas de morte que não a COVID-19 e, em situações não pandêmicas. O conhecimento mais profundo destes e de outros fatores poderá servir de base para o desenvolvimento de técnicas psicoterápicas mais efetivas nos tratamentos com enlutados.

Embora a amostra deste estudo tenha sido limitada, sua contribuição permitiu a identificação de alguns fatores associados ao possível desenvolvimento de luto prolongado entre os enlutados pela COVID-19. Este saber demonstra a necessidade de políticas públicas em saúde mental que garantam o acesso, em especial, das classes menos favorecidas a tratamentos e a profissionais qualificados para lidar com o Transtorno de Luto Prolongado, o qual se caracteriza por um sofrimento intenso e complexo.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE 41807120.0.0000.5327

Título do Projeto: COVID-19: impossibilidade de despedida e o impacto emocional nos familiares das vítimas: um estudo transversal.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar o impacto emocional, pela impossibilidade de despedida, nos familiares das vítimas da COVID-19, através do instrumento de Avaliação do Luto Prolongado PG-13, após o sexto mês do óbito. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa será individual e envolverá responder, verbalmente por telefone em dia e hora combinados, a um questionário sociodemográfico, para caracterização da amostra (sexo, idade, estado civil, grau de parentesco com a vítima, se teve visita de despedida, entre outros), e o instrumento de Avaliação do Luto Prolongado PG-13 (13 perguntas que avaliam a frequência e duração dos sentimentos de ansiedade de separação, sintomas cognitivos, emocionais, comportamentais e incapacidade funcional na área social ou ocupacional). O tempo estimado para coleta dos dados é de 15 a 30 minutos.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Porém, poderá haver desconforto pelo tempo de resposta ao questionário, ou pelo conteúdo das perguntas, que envolvem aspectos de sua intimidade. Caso isso aconteça, poderá interromper a sua participação no momento que lhe for oportuno.

A participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, poderá contribuir para a sociedade e a ciência no que diz respeito aos estudos com enlutados, especialmente em situações de pandemia, possibilitando aprimorar as técnicas e intervenções profissionais.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento, vínculo institucional ou avaliação curricular que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Informamos que o prontuário de seu familiar que esteve internado no HCPA será acessado para consulta às seguintes informações: data do óbito e possível liberação para realização de velório. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome e do seu familiar não aparecerão na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas em relação a esta pesquisa ou a este Termo, antes de decidir participar você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Wolnei Caumo, pelo telefone 51 9 99813977, com a pesquisadora Simoní Crochi dos Santos, pelo telefone 51 9 97302994, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, e-mail cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Este Termo foi enviado aos participantes por meio eletrônico. Os pesquisadores armazenarão registro eletrônico (arquivo, imagem ou áudio) da concordância em participar do estudo.

Sugere-se que os participantes armazenem este arquivo eletrônico (salvar imagem ou arquivo em pdf) ou ainda imprimam este Termo.

APÊNDICE C – STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	47
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	47
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	47,48,49
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	49
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	49
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	50
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up	50
		(b) For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed	NA
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	52

Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	53,54
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	51
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	50
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	52,53,54
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, explain how loss to follow-up was addressed (e) Describe any sensitivity analyses	54 NA NA NA NA
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram	67-Figure 1 NA NA

Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	64-Table 2
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	64-Table 2
		(c) Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	NA
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures over time	NA
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	67-Table 3
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	NA
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	NA
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	NA
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	55
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	58
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	59
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	NA

Other information

Funding	22 Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	59
---------	--	----

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at <http://www.strobe-statement.org>.