CARLA SUSANA QUITÉRIO DUARTE

A EXPERIÊNCIA DE PERDAS NA REDE SOCIAL PESSOAL DURANTE A PANDEMIA COVID-19:

Impacto na saúde mental, padrões de sono e conteúdo onírico.

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Psicoterapia Psicodinâmica

COIMBRA, 2023

A experiência de perdas na rede social pessoal durante a pandemia COVID-19:

Impacto na saúde mental, padrões de sono e conteúdo onírico.

CARLA SUSANA QUITÉRIO DUARTE

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica, Ramo de Especialização em Psicoterapia Psicodinâmica

Orientador: Professor Doutor Henrique Testa Vicente, Professor Auxiliar, ISMT

Membros do júri

Presidente: Professor Doutor Carlos Farate, Professor Associado, ISMT

Arguente: Professora Doutora Joana Sequeira, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, junho de 2023

Resumo

Contexto: O impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental, padrões de sono e conteúdo onírico, encontra-se extensamente documentado na literatura. Por outro lado, alguns estudos sublinham os efeitos deletérios que as medidas restritivas de contenção da pandemia tiveram nos processos de luto. Contudo, subsistem lacunas na investigação sobre o impacto da experiência de perda de pessoas significativas devido à pandemia no sono e sonhos das populações afetadas.

Objetivos: O presente estudo visa realizar uma análise comparativa relativamente ao impacto da pandemia na saúde mental, solidão, nos padrões de sono e nos sonhos, entre um grupo de participantes que referiu ter perdido alguém significativo e o grupo que não identificou perdas nas suas redes sociais pessoais.

Métodos: Os participantes responderam a um questionário online, que incluiu a recolha de dados sociodemográfico e de vivência da pandemia, mudanças nos padrões de sono e sonhos durante a pandemia COVID-19. O protocolo de recolha de dados incluiu igualmente os instrumentos psicométricos Mental Health Inventory-5 (MHI-5) e Escala de solidão – versão reduzida. A amostra global integrou 1020 participantes, sendo dividida em duas subamostras: participantes que não identificaram perdas devido à COVID-19 (812 participantes) e participantes que referiram a perda de alguém significativo (169 participantes).

Resultados: A subamostra de participantes enlutados apresenta idade média superior e maior número de reformados, tendo reportado maior impacto na sua saúde física. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as duas subamostras ao nível da saúde mental e da solidão. Finalmente, os participantes enlutados reportam menor qualidade de sono, maior número de pesadelos recordados, e maior probabilidade de sonhar com a COVID-19. A associação dos sonhos relacionados com a COVID-19 à emoção "raiva" é significativamente superior entre os participantes que perderam alguém significativo.

Discussão e Conclusões: Os resultados indicam que embora a experiência de luto derivada da pandemia COVID-19 não apresente inequivocamente contornos patológicos ou deletérios, as alterações nos padrões de sono e no conteúdo dos sonhos registadas sugerem uma elevada carga emocional a ser processada. Estes dados são consonantes com a hipótese da continuidade e com a teoria da regulação emocional dos sonhos. Sugerem-se estudos longitudinais para aferir com maior precisão o impacto das experiências de perda durante a pandemia, bem como estudos com crianças e adolescentes, não incluídos no presente trabalho.

Palavras-chave: COVID-19, Pandemia, Sono, Sonho, Luto.

Abstract

Background: The impact of the COVID-19 pandemic on mental health, sleep patterns and dream content is extensively documented in the literature. On the other hand, some studies underline the deleterious effects that the restrictive measures to contain the pandemic had on the mourning processes. However, research gaps remain on the impact of the experience of losing significant people, due to the pandemic, on the sleep and dreams of affected populations.

Objectives: The present study aims to carry out a comparative analysis regarding the impact of the pandemic on mental health, loneliness, sleep patterns and dreams, between a group of participants who reported having lost someone significant and the group that did not identify losses in their personal social networks.

Methods: The participants answered an online questionnaire, which included the collection of sociodemographic and pandemic experience data, changes in sleep patterns and dreams during the COVID-19 pandemic. The data collection protocol also included psychometric instruments (Mental Health Inventory-5 (MHI-5) and the Loneliness Scale – short version). The global sample included 1020 participants, divided into two subsamples: participants who did not identify losses due to COVID-19 (812 participants) and participants who reported the loss of a significant person (169 participants).

Results: The subsample of bereaved participants has a higher average age and a greater number of retirees, having reported a greater impact on their physical health. No statistically significant differences were found between the two subsamples in terms of mental health and loneliness. Finally, bereaved participants report lower sleep quality, more recalled nightmares, and more probability to dream about COVID-19. The association of COVID-19-related dreams with the emotion “anger” is significantly higher among participants who have lost a significant person.

Discussion and Conclusions: The results demonstrate that although the experience of grief due to COVID-19 pandemic does not unequivocally present pathological or deleterious contours, the changes in sleep patterns and in the content of dreams recorded suggest a high emotional load to be processed. These data are consistent with the continuity hypothesis and with the theory of emotional regulation of dreams. Longitudinal studies are suggested to more accurately assess the impact of loss experiences during the pandemic, as well as studies with children and teenagers, not included in the present work.

Keywords: COVID-19, Pandemic, Sleep, Dream, Mourning.

Introdução

No final de 2019 foram reportados na China, na cidade de Wuhan, alguns casos de pessoas que apresentavam sintomas de infeção respiratória aguda, na altura ainda pouco conhecida. Em janeiro do ano seguinte, estudos realizados na China confirmam que essa infeção está associada a um novo tipo de vírus, da família dos coronavírus, que pode causar vários graus de infeção (infeção ligeira, moderada ou grave), com possibilidade de ocorrer a morte nos casos mais graves. O vírus era transmissível sob a forma de gotículas expelidas pelo paciente infetado e inaladas pela outra pessoa (World Health Organization [WHO], 2020a). Este novo vírus SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave 2) ficou mundialmente conhecido como o vírus responsável pela doença COVID-19 (WHO, 2020a).

A 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou que, face à gravidade da situação, o mundo teria de se preparar para uma pandemia, que atingia, nessa altura, mais de 100 países (WHO, 2020b). Diversas indicações foram transmitidas a nível mundial acerca dos procedimentos a adotar para evitar a propagação do vírus, desde o uso generalizado da máscara, cuidados individuais de etiqueta respiratória, e a diminuição dos contactos de proximidade, evitando grandes aglomerações ou contactos sociais (WHO, 2023). O vírus propagou-se pelo mundo, a grande velocidade, provocando alterações na vida diária, nas rotinas, e na forma como as pessoas passaram a relacionar-se socialmente (Mortazavi et al., 2021).

Na Europa os primeiros casos foram reportados em França, Itália e Espanha (Murgante et al., 2020; Spiteri et al., 2020). O vírus alastrou rapidamente aos restantes países europeus, aumentando significativamente o número de contágios e de mortes, registando-se vários surtos, não só nos grandes centros urbanos, mas também em zonas com maior fluxo turístico ou económico, ou em eventos realizados com grandes aglomerados de pessoas (European Spatial Planning Observation Network [ESPON], 2020).

A 01 de abril de 2020, foram reportados pela OMS um total de 823.626 casos acumulados de infeção por COVID-19 e 40.598 mortes a nível mundial (WHO, 2020c). A Europa reportava, na mesma data, 464.212 casos positivos e registava a morte de 30.089 pessoas devido à doença. Nesta data, a Europa era o centro da infeção no mundo, com 56% dos casos a nível mundial, registando-se os principais focos em Itália, Espanha e Alemanha (Costa & Costa, 2021; WHO, 2020c). A grande maioria dos países adotou medidas restritivas de combate à pandemia e, aos poucos, foi possível controlar a intensidade com que o vírus se propagava entre a população. A meio de junho a Europa deixa de ser o epicentro da pandemia

Carla Duarte | carla.duarte.email@gmail.com

(os casos de COVID-19 representavam cerca de 30% a nível mundial), passando a ser a América o principal foco (Costa & Costa, 2021).

Em Portugal, os primeiros dois casos confirmados desta doença surgem no início de março de 2020, em Lisboa e no Porto, importados de Itália e Espanha (Direção Geral da Saúde, 2020a; Costa & Costa, 2021). A 18 de março é decretado o estado de emergência no país, através do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março, sendo impostas medidas restritivas aos cidadãos, nomeadamente restrições na livre circulação, obrigatoriedade de quarentena e isolamento social, encerramento de escolas e serviços não essenciais (Diário da República, 2020).

A possibilidade dos cidadãos se deslocarem livremente foi reduzida, com obrigatoriedade de permanência no domicílio, em teletrabalho quando as funções assim o permitiam. O Serviço Nacional de Saúde foi reforçado, com mais meios humanos e materiais para dar resposta à pandemia, continuando em funcionamento apenas os serviços essenciais ao país. Estas medidas foram implementadas ao abrigo de vários despachos e legislação, emitidos com alguma regularidade ao longo dos primeiros meses de pandemia (Diário da República, 2020, DGS, 2023). Todas estas medidas implicaram uma nova forma de "viver" o quotidiano, com alterações significativas nos hábitos e rotinas.

A situação no país evoluiu rapidamente, quer no número de novos contágios, quer no número de mortes. Desde o primeiro caso confirmado a 2 de março de 2020, até final desse mês, e de acordo com o relatório diário da DGS (2020b), haviam sido registados 8.251 casos positivos para o vírus SARS-COV-2 e declarados 187 óbitos (dados contabilizados até 31 de março de 2020.

Numa análise geográfica dos dados, em Portugal, relativos aos primeiros 100 dias de pandemia, Costa e Costa (2020, 2021) referem que a propagação da doença ocorreu das áreas urbanas para as zonas periféricas, mais densamente povoadas, alastrando posteriormente às zonas com menor densidade e, nesta fase, afetando sobretudo a população mais envelhecida e que se encontrava em lares de idosos.

Vieira et al. (2020), numa avaliação de dados relativos às mortes desde a primeira ocorrência (período entre 16 de março e 14 de abril de 2020), referem que o número de vidas perdidas devido à COVID-19 era, a 14 de abril, de 599 pessoas. Este estudo avaliou a mortalidade relativamente à média dos 10 anos anteriores, concluindo que existiu um excesso de mortalidade (mais 1255 mortes do que as estimativas apontavam), sendo 49% desse excesso atribuído à COVID-19, e 51% atribuído a outras causas. O estudo refere ainda que

este excesso de mortalidade afetou sobretudo os idosos, em particular a partir dos 75 anos (1030 mortes acima do previsto) (Vieira et al, s.d). Os mesmos autores, num estudo posterior, apontam que este excesso de mortalidade foi observado, em vários meses, até final do ano de 2020 (Vieira et al., s.d.).

Um estudo similar conduzido por Nogueira et al. (2020) apresentou resultados semelhantes, reafirmando o excesso de mortalidade nos meses de março e abril de 2020, atribuído não só à pandemia, mas também a outras causas, como a diminuição das deslocações aos hospitais (confirmado pela redução do número de visitas ao hospital neste período), e o facto dos profissionais de saúde se concentrarem nas situações de COVID-19, deixando de realizar cirurgias programadas ou consultas previstas em pacientes com doenças crónicas.

Após os primeiros meses, a primeira vaga da pandemia tornou-se mais controlada em Portugal, quer em número de casos, quer de mortes, com algumas oscilações ascendentes e descendentes até ao final do ano 2020. De acordo com o relatório do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2021) o valor de R(t) – o "número de reprodução efetivo em função do tempo", que permite aferir a transmissibilidade do vírus – manteve-se, ao longo dos meses, em curvas ascendentes e descendentes. Entre meio de julho e meio de agosto de 2020 o valor de R(t) revelava um decréscimo no número de casos. A partir dessa data até meio de novembro, apresentou uma tendência crescente, tendo diminuído até 25 de dezembro. Na última semana de dezembro de 2020, e em poucos dias, o valor de R(t) sobe de 0.97 para 1.21, dando início a uma nova fase de aumento significativo do número de infeções e mortes.

No primeiro trimestre de 2021, altura em que o questionário para realização do presente estudo foi submetido para preenchimento, pelo público em geral, o número de novas infeções e mortes aumentou significativamente, tornando-se uma das fases mais críticas da pandemia. O questionário foi disponibilizado a 20 de janeiro de 2021, dia em que, de acordo com os dados da DGS (2021a), se verificaram 13.544 novos casos e 221 mortes (num total acumulado de 9.686 mortes nesta data), sendo os dados recolhidos até 15 de março de 2021, data em que se verificaram 384 novos casos (um número significativamente mais baixo que no início do ano). No entanto, nesta data, registava-se já um total acumulado de 814.897 pessoas infetadas pelo vírus, acrescido de mais 13 mortes (num total acumulado, à data, de 16.707 vidas perdidas) (DGS, 2021b).

A pandemia foi evoluindo com mais ou menos gravidade ao longo do ano, com alívio das medidas restritivas, a partir do segundo trimestre de 2021. De acordo com dados da OMS, apresentados no relatório semanal, a 22 de fevereiro de 2022, encontravam-se confirmados 422.188.754 casos positivos de COVID-19, sendo reportadas 5.876.766 mortes a nível mundial (WHO, 2022d).

Na mesma data, na Europa foram reportados 171.887.349 casos positivos da doença, sendo este continente o que registava maior número de casos, seguido pelo continente americano e pelo sudoeste asiático (WHO, 2022d). Portugal apresentava por esta altura 3.193.178 casos confirmados, sendo que destes 47% são do sexo masculino e 53% do sexo feminino (DGS, 2022a). Em relação ao número de mortes por COVID-19, à mesma data, foram referenciadas 20.866 mortes, dos quais 52.6% do sexo masculino e 47.4% do sexo feminino. (DGS, 2022a)

A partir de meio de setembro de 2022, a maioria das medidas de restrição foram retiradas, mantendo-se a obrigatoriedade de uso de máscara em determinadas circunstâncias (instalações de saúde, lares e equipamentos equiparados e contacto com casos positivos) (DGS, 2022b).

Como se pode constatar, a pandemia teve um impacto significativo na vida das populações, implicando perdas diversas. Em primeiro lugar, importa salientar as perdas associadas à implementação de medidas de contenção e às consequências sócio-económicas da pandemia (e.g. perda de rotinas/hábitos, perda de emprego). Em segundo lugar, e particularmente relevante para o presente estudo, a perda de pessoas significativas para a doença.

Relativamente ao primeiro tipo de perdas, um estudo levado a cabo por Sirrine et al. (2021) com 192 estudantes do ensino superior dos Estados Unidos da América (EUA), procurou identificar o tipo de perdas observadas nas suas vidas devido à pandemia. A maioria dos estudantes (cerca de 90%) referiram a perda de normalidade na sua vida diária, perdas na sua educação e na relação com os outros, particularmente a perda de amizades ou relacionamentos. O mesmo estudo refere ainda que os estudantes que assinalavam maiores perdas apresentaram mais dificuldade em reagir de forma positiva à pandemia, com maior evitamento e menor controlo.

Relativamente ao segundo tipo de perdas, um grupo de pesquisadores nos EUA criou um indicador que permitiu identificar, em média, quantas pessoas seriam afetadas pela morte de um familiar próximo por COVID-19, concluindo que, nos primeiros meses da pandemia,

por cada morte haveria em média 9 familiares afetados pelo luto. Os mesmos autores estimaram que para cerca de 190.000 mortes, 1.7 milhões de pessoas iriam experienciar a morte de um familiar próximo (Verdery et al., 2020).

Efetivamente, uma das perdas que congrega maior potencial de afetar uma pessoa será, provavelmente, a morte de uma pessoa significativa, com quem se mantém laços de afetividade fortes. Esta experiência tem um caráter idiossincrático vincado, pelo que o processo de luto pode ser muito diferente de pessoa para pessoa.

Na obra "Luto e Melancolia" de Freud (1996), o luto é referido como um processo normativo face à perda, que acaba por ser superado com a aceitação da morte. Segundo Freud, o processo de luto ocorre no confronto entre o que existia e a nova realidade pontuada pela ausência do objeto. Este confronto permite uma reorganização da pessoa e a continuidade da sua vivência de modo adaptativo. Segundo Freud (1996), quando este processo evolui de forma negativa, pode tornar-se patológico, conduzindo a quadros melancólicos, afetando a autoestima e a capacidade de interiorizar a perda do objeto. De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mental (DSM-5), o luto é considerado critério de diagnóstico diferencial para os episódios depressivos, com a possibilidade de uma pessoa em luto ser diagnosticada com Episódio Depressivo Major (EDM), esclarecendo, no entanto, as diferenças entre ambos, quer a nível de sentimentos predominantes (no caso do luto, relacionados com vazio e perda, no caso do EDM presença de humor deprimido com carácter persistente e incapacidade para sentir alegria ou prazer), quer de pensamentos (no luto mais direcionados para o ente falecido, no EDM mais centrados em si próprio e na sua imagem/autoestima) (American Psychiatric Association [APA], [2015).

Por se tratar de um tema não consensual entre os especialistas, carecendo de estudos adicionais, o DSM-5 inclui o "*Transtorno do Luto Complexo Persistente*" na secção III "*Condições para Estudos Futuros*", elencando os critérios de diagnóstico quando os sintomas de luto persistem por mais de doze meses em adultos, e seis meses em crianças (APA, 2015).

Segundo Kallas (2020), a diferença entre luto normal e luto traumático (patológico) reside no facto de, neste último, não existir um processo de elaboração ou a capacidade de dar um novo significado que traga conforto, não existir uma aceitação da nova situação que permita o reequilíbrio da pessoa para retomar a sua vida.

Um estudo de Eisma et al. (2021) com 1.441 participantes mostrou que as pessoas que passaram por perdas devido à COVID-19 apresentaram um luto mais severo que aquelas que tiveram perdas por causas naturais. Este estudo concluiu não existirem diferenças na vivência

do luto entre as pessoas que perderam alguém devido a causas inesperadas e as que vivenciaram perdas associadas à COVID-19, sugerindo que a causa da morte (nomeadamente, a morte ser expectável) poderá explicar as diferenças na vivência do luto.

Para o processo de luto contribuem, entre outros fatores, as condições em que decorrem os últimos tempos de vida do falecido e os rituais relacionados com a despedida da pessoa significativa (Dantas et al., 2020; Mortazavi et al., 2021). A este respeito, importa assinalar que com a pandemia COVID-19 as cerimónias fúnebres sofreram alterações significativas. A presença de todos quantos se quisessem despedir do falecido deixou de ser permitida e, ao longo da pandemia, houve períodos em que os familiares, mesmo os mais próximos, não tiveram oportunidade de se despedir, nem adotar os rituais fúnebres praticados costumeiramente. Acresce a estas alterações, o facto de, no caso de internamento hospitalar, não ter sido possível acompanhar presencialmente os últimos momentos de vida do familiar/pessoa significativa e não ser possível reconhecer o corpo presencialmente (Serviço Nacional de Saúde, 2020; DGS, 2020c).

Segundo Dantas et al. (2020), as restrições às cerimónias fúnebres tiveram um impacto negativo por não permitirem que fossem cumpridos os rituais que ajudam a tornar o processo de luto mais real. De acordo com Aguiar et al. (2020) o impacto desta alteração na forma como se processa o ritual fúnebre está ainda longe de ser conhecido, sendo relevante analisar o impacto da experiência de perda durante a pandemia, mesmo após o regresso à normalidade.

Um estudo conduzido por Mortazavi et al. (2021), com uma pequena amostra de cidadãos Iranianos que perderam familiares com COVID-19, procurou analisar, através dos seus testemunhos, de que forma a alteração dos rituais fúnebres e a falta de apoio social presencial durante este período os afetou. Foram encontrados nos relatos sentimentos de ambiguidade, desespero e falta de controlo perante as situações. Os autores deste estudo concluíram que o facto de não ser permitido visitar e acompanhar os familiares nos seus últimos momentos de vida, o impedimento da prática dos habituais rituais associados à morte e ao enterro, conduziu a que a morte não fosse percecionada como real.

A impossibilidade ou a limitação do número de pessoas nos funerais, e as normas de distanciamento social para os que puderam estar presentes, tornaram o apoio social e emocional, que poderia ser recebido ou percecionado por quem perde um familiar, mais reduzido ou inexistente, provocando um sentimento de solidão e de falta de suporte social (Mortazavi et al., 2021). Os participantes do estudo de Mortazavi et al. (2021) referiam que a

possibilidade de acompanhar o funeral através de meios digitais não substituía a presença física, considerando que os meios digitas promoviam uma experiência "irreal" e "inautêntica". Para os participantes, a morte por COVID-19 foi sentida como equivalente a um desaparecimento, em que a pessoa subitamente deixa de estar fisicamente presente. Finalmente, não sendo possível fazer um acompanhamento da doença quando o familiar está hospitalizado, e não sendo possível realizar os ritos funerários, a criação de uma "narrativa coerente" relativa ao processo de morte parecia ficar comprometida (Mortazavi et al., 2021).

Um estudo de Joaquim et al. (2021) com 9.024 cidadãos Brasileiros, procurou avaliar o impacto na saúde mental das mortes causadas pela pandemia. Os resultados demonstraram que a perda de um ente querido durante a pandemia aumentava o sofrimento psicológico, tornando-se ainda mais evidente nas pessoas que sofriam anteriormente de alguma perturbação mental. O estudo apontou ainda para a prevalência de sintomas como somatização, ansiedade, depressão, hostilidade e paranoia, no grupo de pessoas que perderam alguém com COVID-19, quando comparado com o grupo que não perdeu ninguém.

Efetivamente, a possibilidade de perder uma pessoa significativa parece ter sido um dos receios mais significativos durante a pandemia, suplantando mesmo o medo de perder a própria vida. Um estudo de Gawrych et al. (2021), realizado com 412 cidadão Polacos, nos meses de março e abril de 2020, avaliou quais os medos mais prevalentes na fase inicial da pandemia. O estudo revelou que 74.8% apresentavam medo de que os seus entes queridos pudessem vir a morrer, ao passo que apenas 33.6% referiu medo da sua própria morte. Outros receios referidos incluíam: medo de contraírem ou que os familiares contraíssem doença grave (57.8% e 72.3% respetivamente), medo de falha nos serviços de saúde (64.2%), medo das consequências que a pandemia poderia acarretar para si próprios (63.8%) ou a nível social (63.4%). Foram ainda relatados receios relativamente às consequências da pandemia a nível financeiro, à possibilidade de escassez de recursos (e.g., comida), receio de ficar hospitalizado, de ficar desamparado, da quarentena e do isolamento. Este estudo avaliou ainda a satisfação com a vida e o nível de felicidade dos cidadãos. Estes níveis sofreram uma descida significativa, em termos médios, quando comparados com o período pré-pandémico (Gawrych et al., 2021).

As consequências da pandemia ao nível da saúde mental das populações estão extensamente documentadas na literatura científica. Babicki e Mastalerz-Migas (2021) realizaram um estudo com uma amostra de 2.457 cidadãos Polacos através de um inquérito online que revelou evidências do aumento das perturbações de ansiedade, com cerca de 23%

dos participantes com indícios de perturbações de ansiedade graves, e 44% com perturbação de ansiedade generalizada. Segundo os autores, para estes diagnósticos terão contribuído as restrições sociais, a diminuição de contactos, e o sentimento de impotência perante a pandemia. Os autores referem ainda outros fatores que podem ter contribuído para o aumento dos níveis de ansiedade, como a instabilidade em termos económicos, a limitação e perturbação do funcionamento diário, preocupação, frustração e medo relativamente ao futuro.

Petzold et al. (2020) abordaram questões similares numa amostra de 6.509 cidadãos Alemães, sendo que os resultados sugeriram a presença de indícios de sofrimento psicológico, nomeadamente ansiedade e depressão, em cerca de 50% da amostra. Os participantes assumiam ainda passar muitas horas a pensar na pandemia, relataram medo de serem infetados (ou os seus familiares), receio do impacto que a pandemia poderia ter na sua vida pessoal, na saúde, e das consequências sociais e económicas. Os resultados deste estudo apontavam ainda para valores mais elevados de ansiedade e depressão nas mulheres do que nos homens.

Um grupo de investigadores conduziu um estudo na população portuguesa (1.280 participantes) para avaliar a saúde mental, concluindo que no início da pandemia foram registados níveis mais elevados em fatores como stress, ansiedade, depressão e sintomas relacionados com a perturbação obsessivo-compulsiva. As mulheres, os desempregados, as pessoas expostas a informação sobre COVID-19 superior a uma hora por dia, demonstraram piores níveis de saúde mental (Moreira et al., 2021). O estudo avaliou ainda que fatores protetores poderiam minimizar o impacto da pandemia, concluindo que o exercício físico regular, continuar a trabalhar, quer em formato online ou presencial, a possibilidade de habitar uma casa com jardim ou a idade mais avançada, mostraram ser importantes para a manutenção da saúde mental. Os participantes com historial de doença mental anterior, mas que mantiveram de alguma forma acompanhamento psiquiátrico (através das novas tecnologias), mostraram menos sinais de perturbação mental (Moreira et al., 2021).

A depressão, *burnout*, ansiedade, resiliência e stress pós-traumático foram igualmente avaliados na população portuguesa (amostra de 6.079 pessoas), e numa subamostra de profissionais de saúde (2.097 pessoas), num estudo coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2020). Os resultados apontaram para a presença de sintomas de "sofrimento psicológico moderado a grave", em particular nas mulheres e jovens na faixa etária entre os 18 e os 29 anos, nas pessoas com menor rendimento económico,

desempregados e nos que foram infetados pelo vírus. O estudo aponta ainda que os profissionais de saúde foram mais afetados que a população em geral, em especial quando analisados os níveis de *burnout*, atingindo sobretudo os profissionais com menores rendimentos, os que se encontravam mais próximos dos doentes, ou os que tiveram que ficar longe da sua família.

A associação entre saúde mental, sono e sonhos, encontra-se igualmente documentada na literatura científica. Em particular, durante o período pandémico, os estudos revelaram que os padrões de sono e os sonhos sofreram grandes alterações. Barros et al. (2020) num estudo da população adulta brasileira apresentam resultados que referem alterações de sono em cerca de 40% da amostra, sendo superior nas pessoas que anteriormente mencionaram dificuldades no sono, mais significativas nas mulheres, adultos jovens, e nos participantes que anteriormente apresentaram diagnóstico de depressão.

Resultados similares são reportados em Itália, por Gualano et al. (2020) e Cellini et al. (2020), nos quais 42,2% dos participantes referem problemas relacionados com o sono, em especial as mulheres e quando existem outras patologias crónicas associadas (depressão, ansiedade e stresse). São mencionadas alterações no ritmo e padrões de sono (deitar-se e acordar mais tarde), associadas a pior qualidade do sono (Cellini et al., 2020).

Num estudo recente, com uma amostra de 1.020 portugueses, Simões et al. (2022) reportam resultados que apontam para alterações nos padrões de sono, nomeadamente, decréscimo na duração e qualidade do sono e acréscimo no tempo para adormecer, nos despertares noturnos e na sonolência diurna.

O período pandémico apresenta igualmente alterações na vida onírica, relacionada com os sonhos, o seu conteúdo e recordação. Fränkl et al. (2021) numa amostra alargada a 14 países, com 19.355 participantes, constataram que a frequência de recordação dos sonhos aumentou no período pandémico, especialmente entre as mulheres, os mais jovens, pessoas que referem mais pesadelos, com problemas de insónia ou outras patologias associadas.

Outros estudos corroboram estes resultados, reforçando a prevalência da recordação dos sonhos nas mulheres, nos participantes mais afetados pela pandemia (a nível físico, social ou mental) e que tiveram contacto com a perda devido à pandemia, contendo os sonhos maior intensidade emocional e mais emoções negativas associadas (Barrett, 2020; Iorio et al., 2020; Schredl & Bulkeley, 2020).

O conteúdo dos sonhos durante o período pandémico apresenta temáticas relacionadas com a COVID-19, como medo de ficar infetado, de perder alguém ou outras preocupações

relacionadas com as restrições impostas (Schredl & Bulkeley, 2020). Mota et al. (2020) referem no seu estudo algumas palavras predominantes nos sonhos, associadas a emoções negativas, como raiva e tristeza. De acordo com a hipótese da continuidade dos sonhos (Domhoff, 1996) e a teoria da regulação emocional (Mota et al., 2020; Nielson & Lara-Carrasco, 2007), as preocupações vividas no dia-a-dia refletem-se na vida onírica, tendo os sonhos a função de conter e regular as emoções relativas às vivencias diárias.

Em resumo, o vírus SARS-COV-2 surgiu de forma inesperada e alastrou a nível mundial, provocando um impacto significativo nas rotinas familiares, sociais e profissionais, criando dificuldades no sistema de saúde, obrigando ao isolamento, quarentena, distanciamento social. A facilidade de transmissão do vírus não permitiu o acompanhamento hospitalar de familiares e amigos aos doentes com COVID-19, e os rituais fúnebres foram suspensos dificultando os processos de luto. Os diversos estudos consultados, apesar de referirem consistentemente o impacto da pandemia nos vários domínios da vida, com particular enfoque na saúde mental, sono e sonhos, não analisam em maior detalhe se esse impacto foi mais pronunciado nas pessoas que perderam uma ou mais pessoas significativas, comparativamente com as pessoas que não perderam ninguém significativo durante a pandemia.

O presente estudo comparativo procura analisar, em primeiro lugar, as diferenças sociodemográficas entre dois grupos (grupo que perdeu alguém significativo devido à doença e grupo que referiu não ter perdido ninguém significativo). Em segundo lugar, este estudo tem como objetivo analisar as áreas de vida afetadas em cada um dos grupos (saúde física, emprego, finanças, vida social e saúde mental), o grau de preocupação face à pandemia e o impacto percecionado na sua vida. O último objetivo deste estudo, e aquele que porventura se constitui como o mais relevante, será realizar uma análise comparativa relativamente ao impacto da pandemia na saúde mental, na solidão, nos padrões de sono e nos sonhos, entre o grupo que perdeu alguém significativo e o grupo que não perdeu ninguém significativo.

Materiais e Métodos

Procedimentos

O presente trabalho enquadra-se no projeto de investigação em curso no Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), conduzido por um grupo de docentes do mestrado em

Psicologia Clínica, denominado "*Sonhos e padrões de sono durante a pandemia COVID-19 em Portugal*". Este projeto procurou obter informação acerca dos padrões de sono e dos sonhos durante a pandemia, bem como analisar e identificar variações no conteúdo onírico. Este projeto tinha ainda como objetivos analisar a relação entre sono/sonhos, a perceção da saúde mental, sentimentos de solidão, capacidade de mentalização e funcionamento reflexivo.

O protocolo de recolha de dados englobava um questionário que abrangia os dados sociodemográficos dos participantes e questões relacionadas com a vivência da pandemia, o Questionário de Funcionamento Reflexivo (RFQ-8) (Fonagy et al. 2016), a Escala da Solidão – versão reduzida (Hughes et al., 2004), o *Mental Health Inventory* (MHI-5) (Pais-Ribeiro, 2001), um questionário sobre mudanças nos padrões de sono e sonhos em contexto de pandemia (baseado em Silvestre, 2008; Schredl et al., 2014; Pesonen et al., 2020), sendo ainda solicitado a cada participante a descrição de um sonho relacionado com o tema COVID-19, caso este se recordasse de algum.

Após a elaboração do protocolo, este foi introduzido numa plataforma online (*Google Forms*), sendo acrescentadas informações sobre o estudo e os seus objetivos, bem como a solicitação do consentimento esclarecido e informado.

O protocolo foi submetido a diversas revisões, previamente testado pela equipa de estudo e por uma pequena amostra de participantes e, após validação final, foi disponibilizado para o público em geral. A divulgação online foi essencialmente realizada através das redes sociais (*Facebook* e *Instagram*) ou através de e-mails direcionados a profissionais e/ou instituições que pudessem, eles próprios, divulgar o estudo nas suas redes. Estamos assim perante um estudo transversal, onde se optou pelo método de amostragem não probabilístico, recorrendo às técnicas de amostragem por conveniência e bola de neve.

Participantes

A implementação do projeto de investigação "*Sonhos e padrões de sono durante a pandemia COVID-19 em Portugal*" contou com o parecer positivo da Comissão de Ética do ISMT. Apenas foram incluídos os participantes que facultaram o consentimento esclarecido e informado incluído na fase inicial do protocolo.

A recolha dos dados ocorreu numa fase em que a pandemia já durava há quase um ano, numa altura em que os números de infeções e mortes aumentaram substancialmente (DGS, 2021a), entre 20 de janeiro e 15 de março de 2021.

Foram considerados todos os protocolos preenchidos por adultos com idade igual ou superior a 18 anos e residentes em Portugal Continental e Ilhas. Após recolha e análise dos questionários, a equipa de investigação validou 1.020 respostas, que fazem parte da amostra utilizada neste trabalho. Relativamente às características sociodemográficas da amostra, 67.1% dos participantes pertencem ao sexo feminino (n = 684), a amplitude etária variou entre 18 e 84 anos, com uma média de cerca de 43 anos (M = 43,15; DP = 14,00).

A maioria dos participantes são casados (42.8%; n = 437), ou vivem em união de facto (11.2%; n = 114), e cerca de um terço são solteiros (34.5%; n = 352). Considerando a distribuição geográfica dos participantes, a grande maioria concentra-se na zona centro do país, residindo nos distritos de Coimbra (35%; n = 357), Aveiro (16,8%, n = 171) e Lisboa (15,1%; n = 154). No que concerne às habilitações literárias, a maioria dos participantes apresenta um grau académico correspondente ao Ensino Superior (72,4%; n = 738), seguido do Ensino Secundário (19,7%; n = 201). Relativamente à situação profissional, a maioria dos participantes afirma estar empregado (66,9%; n = 682). Os dados mostram ainda que cerca de 10,5% dos participantes se encontram a estudar (n = 107) e 3,6% encontra-se na situação de trabalhador/estudante (n = 37). Os restantes participantes do estudo encontram-se desempregados (7,5%; n = 77), reformados (0,7%; n = 7) ou realizam tarefas domésticas (5,7%; n = 58). De entre os participantes que se encontravam empregados e, de acordo com a classificação nacional das profissões de 2010 (Instituto Nacional de Estatística, 2011), encontramos uma maior percentagem (30%; n = *306*) em profissões relacionadas com atividades intelectuais e científicas, seguindo-se os técnicos e profissões de nível intermédio (13,5%; n = 138), os representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos (7,5%; n = 77), e os trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (7%; n = 71), tendo as restantes categorias profissionais um peso inferior a 5%.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra

	n	%		*M*	*DP*	Min – Max
Idade	1020	-		43,15	14,00	18-84
	n	%		*n*	%	
Sexo			**Habilitações Literárias**			
Masculino	336	67,1	Sabe ler e escrever sem grau de ensino	1	0,1	
Feminino	684	32,9	Ensino Básico	35	3,4	
			Ensino Secundário	201	19,7	
Estado Civil			Curso Médio	45	4,4	
Solteiro(a)	352	34,5	Ensino Superior	738	72,4	
Casado(a)	437	42,8				
União de facto	114	11,2	**Situação Profissional**			
Separado(a)	22	2,2	Estudante	107	10,5	
Divorciado(a)	84	8,2	Trabalhador-estudante	37	3,6	
Viúvo(a)	11	1,1	Empregado(a)	682	66,9	
			Desempregado(a)	52	5,1	
Distrito			Reformado(a)	77	7,5	
Açores	7	0,7	Doméstico(a)/Tarefas do lar	7	0,7	
Aveiro	171	16,8	Outra	58	5,7	
Beja	3	0,3				
Braga	14	1,4	**Profissão***			
Bragança	4	0,4	Representantes do poder legislativo e de			
Castelo Branco	5	0,5	órgãos executivos, dirigentes,	77	7,5	
Coimbra	357	35,0	diretores e gestores executivos			
Évora	8	0,8	Especialistas das atividades intelectuais	306	30,0	
Faro	41	4,0	e científicas			
Madeira	46	4,5	Técnicos e profissões de nível intermédio	138	13.5	
Guarda	5	0,5	Pessoal administrativo	49	4,8	
Leiria	56	5,5	Trabalhadores dos serviços pessoais, de	71	7,0	
Lisboa	154	15,1	proteção e segurança e vendedores			
Portalegre	4	0,4	Agricultores e trabalhadores qualificados	1	0,1	
Porto	47	4,6	da agricultura, da pesca e da floresta			
Santarém	22	2,2	Trabalhadores qualificados da indústria,	17	1,7	
Setúbal	27	2,6	construção e artífices			
Viana do Castelo	2	0,2	Operadores de instalações e máquinas e	8	0,8	
Vila Real	2	0,2	trabalhadores da montagem			
Viseu	15	1,5	Trabalhadores não qualificados	9	0,9	
Desconhecido	30	2,9	Mais do que uma profissão	9	0,9	
			Desconhecido ou não especificado	44	4,3	
			Agregado Familiar			
			Sozinho	119	11,7	
			Reside com familiares/amigos	901	88,3	

Nota: *n* = número total de participantes da amostra; *%* = Percentagem; *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *Min-Máx* = valores mínimos e máximos relativos à idade. *De acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões de 2010 (Instituto Nacional de Estatística, 2011)

Por fim, os participantes foram questionados acerca do seu agregado familiar (pessoas com quem residem). Os resultados evidenciam que a maioria dos participantes reside com pessoas com quem mantêm laços familiares (ver Tabela 1), e que apenas um número relativamente reduzido de participantes mora sozinho (11,7%; *n* = 119).

Instrumentos

O protocolo de recolha de dados que serviu de base a este projeto de investigação é constituído por diversos segmentos e instrumentos psicométricos. De seguida descrevem-se apenas os elementos componentes do protocolo que foram utilizados neste trabalho específico.

Questionário sociodemográfico e de vivência da pandemia

Este questionário, criado pela equipa de investigação, inclui diversas questões com o objetivo de recolher informações sociais e demográficas dos participantes (sexo, idade, concelho de residência, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional/académica e com quem reside). Este segmento do protocolo de recolha de dados visou ainda obter informações acerca da forma como cada participante viveu alguns aspetos da pandemia, nomeadamente, o tipo de experiências que teve com a COVID-19 (prestador de cuidados de saúde, diagnosticado com COVID-19, testado para a COVID-19, sintomas respiratórios ou febre desde o inicio da pandemia, internamento hospitalar, isolamento domiciliário, outra patologia médica durante o estado de emergência sanitária), a pertença ou não a um grupo de risco, informação se alguma pessoa significativa na sua vida esteve infetada, internada ou faleceu devido à COVID-19, grau de preocupação e impacto na sua vida face à pandemia (escala de Likert), e áreas de vida que o participante considera terem sido afetadas devido à COVID-19 (saúde física, emprego, vida social, finanças, saúde mental).

Escala da Solidão – versão reduzida (Hughes et al., 2004)

A escala da solidão de 3 itens corresponde a uma versão reduzida da escala *Revised UCLA Loneliness Scale* (R-UCLA), criada para medir o construto da solidão (Hughes et al., 2004). Esta versão reduzida permite a sua utilização, de forma mais rápida, em grandes amostras, e foi criada originalmente com o objetivo de ser usada em inquéritos telefónicos (Daniel et al., 2023; Hughes et al., 2004). A versão reduzida da escala da solidão inclui as questões: "Com que frequência sente que lhe falta companhia?", "Com que frequência se sente excluído?", "Com que frequência se sente isolado dos outros?", com três opções de resposta "Quase nunca", "Algumas vezes" e "Muitas vezes".

No estudo realizado por Hughes et al. (2004) obteve-se um Alfa de Cronbach de .72, ligeiramente inferior ao da escala completa, mas que, ainda assim, reflete uma consistência

interna adequada. Pontuações mais elevadas no somatório da escala indicam maior grau de solidão (Hughes et al., 2004). No estudo atual o Alfa de Cronbach obtido foi de de .78.

Mental Healht Inventory (MHI-5) – versão reduzida (Pais-Ribeiro, 2001)

O inventário da saúde mental (MHI) procura avaliar vários aspetos da saúde mental na população em geral (Ribeiro, 2011). Na versão completa possui 38 itens que procuram avaliar dois fatores principais "Distresse Psicológico" e "Bem-estar Psicológico", tendo sido criada uma versão reduzida que inclui apenas 5 itens (Pais-Ribeiro, 2011). O questionário MHI-5 é composto por 5 questões: "Durante quanto tempo, no mês passado, se sentiu muito nervoso?", "Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu calmo e em paz?", "Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo?", "Durante quanto tempo, durante o mês que passou, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o conseguia animar?", "No último mês durante quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?". As respostas são recolhidas através de uma escala do tipo Likert com as seguintes opções: "Sempre", "Quase sempre", "A maior parte do tempo", "Durante algum tempo", "Quase nunca", Nunca".

A validação da escala reduzida (MHI-5) para a população portuguesa foi realizada por Pais-Ribeiro em 2001, numa amostra de 609 participantes entre os 16 e os 30 anos, tendo sido encontrada uma correlação de $r = 0.95$ entre a versão reduzida (MHI-5) e a versão completa (MHI-38). Na versão completa o valor do Alfa de Cronbach para a escala total corresponde a .96. Na dimensão "Distresse Psicológico" o Alfa de Cronbach apresentava um valor de .95 e na dimensão "Bem-estar Psicológico" um valor de .91. No presente estudo o valor de consistência interna (Alfa de Cronbach) apresentado foi de .84.

Questionário de mudanças nos padrões de sono e sonho durante a pandemia COVID-19

A última secção do protocolo inclui questões desenvolvidas pela equipa de investigação para o propósito deste estudo, com base nos estudos de Silvestre (2008), Schredl et al. (2014) e Pesonen et al. (2020).

A primeira questão "Que mudanças identifica nos seus padrões de sono desde o início do confinamento?" procura analisar as alterações nos padrões de sono dos participantes, nomeadamente em: tempo de sono, tempo de latência, qualidade geral do sono, sonolência diurna, frequência de despertares noturnos, frequência da recordação de sonhos e pesadelos.

Cada uma das questões possui três opções de resposta: "aumentou", "diminuiu", "não identifico alteração".

A segunda parte deste questionário solicita ao participante se desde o início da pandemia teve algum sonho relacionado com a COVID-19 ou com as alterações provocadas pela doença. Em caso de resposta afirmativa, são solicitadas informações adicionais acerca deste(s) sonho(s): se foi um pesadelo, se foi recorrente, qual a intensidade emocional (escala de Likert de 5 pontos, de "nada intenso" a "muito intenso"), a carga emocional (escala de Likert de 5 pontos, de "muito negativa" a "muito positiva"), nível de angústia (escala de Likert de 5 pontos, de "nada angustiante" a "muito angustiante"), emoções e sensações experienciadas no sonho (sendo facultada uma listagem de emoções e sensações para facilitar a resposta dos participantes).

Resultados

Considerando os objetivos do presente estudo, a amostra foi dividida em duas subamostras: participantes que identificam a perda de alguém significativo devido à COVID-19 (n = 169) e aqueles que não identificam qualquer perda devido à doença (n = 812). A caracterização sociodemográfica destas subamostras encontra-se detalhada na Tabela 2.

Tabela 2

Caracterização sociodemográfica das duas subamostras

	Grupo que não perdeu ninguém significativo (*n* = 812)				Grupo que perdeu alguém significativo (*n* = 169)			
	n	%	*M*	*DP*	*n*	%	*M*	*DP*
Sexo								
Feminino	558	68,7			104	61,5		
Masculino	254	31,3			65	38,5		
Idade			41,8	13,2			48,5	15,6
Estado Civil								
Solteiro(a)	294	36,2			43	25,4		
Casado(a)	337	41,5			85	50,3		
União de facto	91	11,2			19	11,2		
Separado(a)	18	2,2			3	1,8		
Divorciado(a)	64	7,9			16	9,5		
Viúvo(a)	8	1			3	1,8		
Habilitações Literárias								
Sabe ler e escrever sem grau de ensino	1	0,1			0	0,0		
Ensino Básico	31	3,8			3	1,8		
Ensino Secundário	158	19,5			27	16		
Curso Médio	36	4,4			6	3,6		
Ensino Superior	586	72,2			133	78,7		
Região								
Norte	85	10,4			22	13,0		
Centro	478	58,9			89	52,7		
Área metropolitana de Lisboa	130	16,0			36	21,3		
Alentejo	15	1,8			8	4,7		
Algarve	33	4,1			5	3,0		
Madeira	41	5,0			4	2,4		
Açores	5	0,6			2	1,2		
Desconhecido	25	3,1			3	1,8		
Profissão								
Estudante	90	11,1			12	7,1		
Trabalhador-estudante	30	3,7			6	3,6		
Empregado(a)	559	68,8			104	61,5		
Desempregado(a)	41	5,0			9	5,3		
Reformado(a)	42	5,2			28	16,6		
Doméstico(a)	7	0,9			0	0,0		
Outra	43	5,3			10	5,9		
Agregado Familiar								
Sozinho	88	10,8			20	11,8		
Familiares e/ou amigos	724	89,2			149	88,2		

Nota: *n* = número total de participantes da amostra; *%* = Percentagem; M = média; DP = Desvio padrão

O grupo que não perdeu ninguém significativo apresenta 68.7% de participantes do sexo feminino, enquanto o grupo que perdeu alguém significativo apresenta 61,5%. O teste do qui-quadrado indicou que não existe diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos relativamente ao sexo $\chi 2$ (1, n = 981) = 2.97, p = .70.

Relativamente à idade, o grupo que perdeu alguém significativo tem em média uma idade superior (M = 48,5; DP = 15,6) ao grupo que não perdeu ninguém significativo (M = 41,8; DP = 13,2). Relativamente a esta variável, o teste t de Student indica a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos $t(979) = -5,791$, $p < .001$.

Em ambos os grupos a maioria dos participantes é casado (41,5% no grupo que não perdeu ninguém significativo; 50,3% no grupo que perdeu alguém), seguido do grupo de solteiros (36.2% e 25,4% respetivamente). O teste de *qui-quadrado* não apontou para a

existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente ao estado civil, χ^2 (5, n = 981) = 8.57, p = .13.

A maioria dos participantes possui habilitações literárias de nível superior, sendo que o teste qui-quadrado aponta para a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente a esta variável, χ^2 (4, n = 981) = 3.86, p = .13.

No que diz respeito à zona de residência, a maioria dos participantes reside na zona Centro e na área metropolitana de Lisboa. Devido ao número reduzido de sujeitos em algumas categorias, não estavam reunidos os pressupostos para a aplicação do teste do qui-quadrado. Contudo, a subamostra de pessoas que perderam alguém apresenta uma distribuição geográfica mais heterogénea, com menor peso da região Centro, e maior peso da região Norte e da área metropolitana de Lisboa.

Em termos profissionais, a maioria dos participantes de ambos os grupos encontra-se empregado. No entanto, existem diferenças entre os grupos relativamente à percentagem de participantes que se encontram reformados, sendo maior no grupo que perdeu alguém significativo (n = 28; 16,6%) do que no grupo que não perdeu ninguém (n = 42; 5.2%). O teste de qui-quadrado indicou diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente à situação profissional χ^2 (6, n=981) = 30.82, p = 0.00. A análise dos resíduos ajustados confirma as diferenças entre subamostras no peso do grupo dos reformados.

Por fim, no que concerne ao agregado familiar, a percentagem de participantes que reside sozinho é similar nas duas subamostras (10,8% para o grupo que não perdeu ninguém e 11,8% para o grupo que perdeu alguém significativo devido à COVID-19), não havendo diferenças estatisticamente significativas χ^2 (1, n=981) = .058, p = 0.80.

Relativamente ao grau de preocupação com a pandemia e ao impacto subjetivamente percebido decorrente da mesma, o teste t para amostras independentes aponta para a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras (ver tabela 3).

Tabela 3

Preocupação com a pandemia e impacto percebido

	Grupo que não perdeu ninguém significativo (n = 812)			Grupo que perdeu alguém significativo (n = 169)				
	n	*M*	*DP*	*n*	*M*	*DP*	*t*	*p*
Preocupação com a pandemia	812	3,92	,827	169	3,86	,899	0,73	0,47
Impacto percebido	812	3,97	,786	169	4,01	,760	0,50	0,62

Nota: n = número total de participantes da amostra; M = média; DP = Desvio padrão; t = valor do teste t; p = valor de significância estatística

De forma similar, as subamostras não diferem de forma estatisticamente significativa relativamente às áreas de vida afetadas, com exceção da saúde física, a qual parece ter sido mais impactada na subamostra que perdeu alguém significativo (ver Tabela 4).

Tabela 4

Preocupação com as áreas de vida afetadas

	Grupo que não perdeu ninguém significativo (*n* = 803)		Grupo que perdeu alguém significativo (*n* = 169)			
Áreas de vida afetadas	*n*	%	*n*	%	χ^2	*p*
Saúde física						
Não	611	76,1	115	68,0	4,36	0,04
Sim	192	23,9	54	32,0		
Emprego						
Não	566	70,5	112	66,3	0,98	0,32
Sim	237	29,5	57	33,7		
Finanças						
Não	606	75,5	126	74,6	0,02	0,88
Sim	197	24,5	43	25,4		
Vida Social						
Não	180	22,4	38	22,5	0,00	1,00
Sim	623	82,6	131	77,5		
Saúde Mental						
Não	360	44,8	81	47,9	0,42	0,52
Sim	443	55,2	88	52,1		
Não foi afetado em nenhuma área						
Não	776	96,6	166	98,2	0,71	0,40
Sim	27	3,4	3	1,8		

Nota: *n* = número total de participantes da amostra; *%* = Percentagem; X^2 = valor do teste de qui-quadrado; *p* = valor de significância estatística

Para responder ao segundo objetivo deste estudo, procurou-se aferir a existência de diferenças entre as duas subamostras relativamente a sentimentos de solidão (mensurados através da Escala da Solidão – versão reduzida) e saúde mental (mensurada através do *Mental Health Inventory* – 5). As análises efetuadas não indicam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (ver Tabela 5).

Tabela 5

Solidão e saúde mental em função da vivência de uma perda significativa

	Grupo que não perdeu ninguém significativo (*n* = 812)		Grupo que perdeu alguém significativo (*n* = 169)			
	M	DP	M	DP	*t*	*p*
MHI-5	7,99	1,69	7,89	1,70	0,70	0,49
Escala da Solidão– versão reduzida	3.76	1,27	3,69	1,33	0,61	0,54

Nota: *n* = número total de participantes da amostra; *M* = média; DP = Desvio padrão; *t* = valor do teste t; *p* = valor de significância estatística

A análise comparativa das mudanças nos padrões de sono e recordação de sonhos/pesadelos entre as duas subamostras indica que, para a maioria das variáveis consideradas, não existem diferenças estatisticamente significativas (ver Tabela 6).

Tabela 6

Mudanças nos padrões de sono e na recordação de sonhos/pesadelos em função da perda de pessoa significativa

	Grupo não perdeu ninguém significativo (*n* = 812)			Grupo que perdeu alguém significativo (*n* = 169)				
	Diminui (%)	Aumentou (%)	Não alterou (%)	Diminui (%)	Aumentou (%)	Não alterou (%)	χ2	*p*
Tempo de sono	36,9	19,2	44,2	40,2	16,6	43,2	1,06	0,59
Tempo para adormecer	7,9	36,6	55,5	8,9	40,8	50,3	1,55	0,46
Despertares durante a noite	3,8	47,8	48,4	3,6	50,3	46,2	0,36	0,84
Nº. sonhos recordados	7,4	32,9	59,7	7,7	39,6	52,7	3,10	0,21
Nº. pesadelos recordados	6,0	23,4	70,6	4,7	33,1	62,1	7,14	0,03
Sonolência durante o dia	7,2	37,7	55,0	7,1	35,5	57,4	0,33	0,85
Qualidade do sono	48,1	10,2	41,7	49,7	3,6	46,7	7,75	0,02

Nota: *n* = número total de participantes da amostra; *%* = Percentagem, X^2 = valor do teste de qui-quadrado; *p* = valor de significância estatística

No entanto, relativamente ao número de pesadelos experienciados/recordados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, tendo o grupo que perdeu alguém significativo assinalado a recordação de um número de pesadelos superior. Verificou-se ainda uma diferença estatisticamente significativa na qualidade do sono nos dois grupos. O aumento da qualidade do sono foi assinalado mais frequentemente no grupo que não perdeu ninguém significativo.

Relativamente às variações nos conteúdos oníricos, os participantes foram questionados sobre se tiveram algum sonho relacionado com a COVID-19, se consideraram esse sonho como sendo um pesadelo, e se este sonho se repetiu. Os dados recolhidos (Tabela 7) indicam que o grupo que perdeu alguém significativo teve mais sonhos sobre a pandemia do que o grupo que não perdeu ninguém significativo. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente às restantes variáveis.

Tabela 7

Experiência de sonhos COVID-19 em função da perda de alguém significativo

	Grupo que não perdeu ninguém significativo (*n* = 209)				Grupo que perdeu alguém significativo (*n* = 56)					
	Sim		Não		Sim		Não			
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	X^2	*p*
Teve sonho COVID	209	25,7	603	74,3	56	33,1	113	66,9	3,88	0,05
Sonho COVID foi um pesadelo	150	71,8	59	28,2	43	76,8	13	23,2	0,56	0,45
Sonho COVID repetiu-se	37	17,7	172	82,3	15	26,8	41	73,2	2,31	0,13

Nota: *n* = número total de participantes da amostra; *%* = Percentagem, X^2 = valor do teste de qui-quadrado; *p* = valor de significância estatística.

Ainda relativamente aos sonhos COVID-19, foi possível analisar comparativamente a intensidade emocional do sonho (numa escala Likert de 5 pontos; entre nada intenso até muito intenso), a carga emocional do sonho (numa escala Likert de 5 pontos; entre muito positiva a muito negativa) e a angústia sentida (numa escala Likert de 5 pontos; entre nada angustiante até muito angustiante). Conforme se pode constatar pelos dados apresentados na Tabela 8, os sonhos COVID-19 relatados não diferem entre subamostras relativamente a estas variáveis.

Tabela 8

Intensidade, carga emocional e angústia relacionada com os sonhos COVID-19

	Grupo que não perdeu ninguém significativo (*n* = 209)		Grupo que perdeu alguém significativo (*n* = 56)			
	M	DP	M	DP	*t*	*p*
Intensidade Emocional	3,57	1,03	3,55	1,13	0,10	0,92
Carga Emocional	3,73	0,89	3,57	0,89	1,17	0,24
Angústia	3,60	1,07	3,63	1,09	0,17	0,87

Nota: *n* = número total de participantes da amostra; M = média; DP = Desvio padrão; *t* = valor do teste t; *p* = valor de significância estatística

No que diz respeito aos sonhos COVID-19 foram ainda avaliadas quais as emoções (e.g. alegria, tristeza, desejo, vergonha, raiva, entre outras) e sensações (e.g. bem-estar, desconforto, frio, entre outras) que o participante associou ao sonho experienciado.

Os resultados dos testes do qui-quadrado realizados apontam para diferenças nas emoções experienciadas, com uma expressão substancialmente mais relevante de raiva no grupo que perdeu alguém significativo (15,3% dos participantes que não perderam ninguém significativo referem a raiva como emoção associada ao sonho COVID-19, enquanto no grupo que perdeu alguém essa associação é mencionada por 30,4% dos participantes), $\chi 2$ (1, n=265) = 5,67, p = 0.02. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas

quanto às sensações que os participantes das duas subamostras associaram ao sonho COVID-19.

Discussão e Conclusões

O presente estudo teve por objetivo analisar comparativamente duas amostras de indivíduos pontuadas pela experiência de perda ou não de pessoa(s) significativa(s) durante a pandemia, relativamente a características sociodemográficas, áreas de vida afetadas pela pandemia, níveis de saúde mental e solidão, e alterações nos padrões de sono e no conteúdo onírico.

Os resultados apontam para ligeiras diferenças entre os dois grupos nas características sociodemográficas, em especial na média de idades, tendo o grupo que perdeu alguém significativo uma idade média superior. Verificam-se ainda diferenças em relação aos distritos de residência e em relação à profissão, existindo evidências de que o grupo que perdeu alguém significativo contém um maior número de participantes reformados. As duas subamostras são similares no que diz respeito ao sexo, estado civil, habilitações literárias e agregado familiar.

O estudo evidencia que relativamente às áreas de vida afetadas pela pandemia, existem diferenças entre os dois grupos apenas no que diz respeito à saúde física, com o grupo que perdeu alguém significativo a reportar um maior impacto na sua saúde física. Contudo, importa destacar que, para os dois grupos, as áreas de vida mais afetadas foram a vida social e a saúde mental.

Relativamente à saúde mental e solidão (mensuradas através de instrumentos psicométricos), os dados apontam para a não existência de diferenças entre os dois grupos. Em relação aos padrões de sono, as diferenças encontradas entre os dois grupos dizem respeito à qualidade do sono e ao número de pesadelos experienciados.

Finalmente, no que concerne ao conteúdo onírico, os resultados apontam para diferenças entre os dois grupos relativamente à emergência de sonhos COVID-19, tendo o grupo que perdeu alguém significativo reportado mais respostas positivas. Embora não existam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, é de salientar que mais de 70% dos participantes de ambos os grupos consideraram o sonho como sendo um pesadelo, e que no grupo que perdeu alguém significativo cerca de 25% afirmaram ter existido repetição do sonho. Relativamente às sensações e emoções que os participantes

associaram aos sonhos, é relevante a associação efetuada à emoção "raiva", significativamente superior do ponto de vista estatístico no grupo que perdeu alguém significativo.

A perda de alguém, cuja proximidade afetiva é elevada, é vivida de forma muito pessoal, mediante as diversas circunstâncias em que essa perda ocorre, o vínculo com a pessoa falecida ou as diferenças de personalidade de cada um (Goveas & Shear, 2021; Shear, 2012; Stroebe et al., 2017a). O processo de luto é, regra geral, considerado uma reação normal à perda, e nem todos as situações evoluem para situações de luto patológico, com consequências para a saúde física e/ou psicológica. É natural que, em situações de perda, ocorram sintomas físicos ou psicológicos de reação à perda, considerados normativos, como sofrimento, angústia, tristeza, raiva, sentimentos de solidão e desespero, culpa, isolamento social, problemas de concentração ou memória, problemas de sono e apetite e baixa autoestima (Shear, 2012; Stroebe et al., 2017b).

O período de luto é caracterizado por sentimentos de desânimo profundo, desinteresse e dificuldade na realização das tarefas quotidianas, incapacidade de voltar a sentir afeto (amor) por uma nova pessoa e dificuldade em "desligar-se" da pessoa que faleceu (Rebelo, 2004). Muitos conseguem ultrapassar esta fase e os sintomas próprios da vivência do luto, ainda que apresentem um sofrimento profundo, nas primeiras semanas ou meses após a perda, necessitando de algum tempo para se reajustarem à nova realidade, com a ajuda da sua rede de apoio familiar e dos que os rodeiam (Stroebe et al., 2017a; Stroebe et al., 2017b; Borghi & Menichetti, 2021).

Freud (1996) veiculou esta mesma noção na obra "Luto e melancolia", onde considera o luto um processo normal, não patológico, uma resposta normal aquando da perda de alguém ou algo significativo. A fase de luto apresenta características próprias, de dificuldade em aceitar a perda do objeto de afeto, com estados de desânimo, desinteresse pelo mundo exterior, desejo de manter o objeto e tudo o que se relaciona com ele (Freud, 1996). Com o tempo a realidade sobrepõe-se ao desejo e o ego assume que o objeto deixou de existir, podendo continuar a sua vivência, de modo adaptado à nova realidade (Freud, 1996).

O estudo atual revelou que não existem diferenças estatisticamente significativas em termos de saúde mental e solidão entre as duas subamostras, apontando para a ideia de que o luto não configura necessariamente um processo patológico, tornando-se uma experiência normativa, embora seja um período difícil pelas emoções e estados associados (e.g., tristeza, perda, ausência).

Contudo, outros estudos apontam para processos de perda mais complexos, em que os sintomas de luto persistem no tempo, de forma mais profunda, causando prejuízo no quotidiano. Um estudo realizado por Thimm et al. (2020), no período pré-pandémico, acerca dos sintomas de luto severo e a sua relação com a saúde física e mental, bem como o recurso aos serviços de saúde, revelou que cerca de um terço dos participantes mencionou sintomas de luto severo, após uma perda (na infância ou na idade adulta), reportando problemas de saúde física e mental. Thimm et al. (2020) referem ainda um aumento da procura dos serviços de saúde, de várias especialidades, nas pessoas que passaram por um processo de luto e que descrevem sintomas de luto severo associados. O estudo atual aponta também para um impacto maior na saúde física entre os indivíduos que referiram ter perdido alguém, associado à dificuldade em aceder a cuidados de saúde, cirurgias ou procedimentos médicos. Contudo, é possível que este dado não se deva tanto aos efeitos de um processo de luto, mas ao facto daqueles que experienciaram perdas terem uma idade superior e, por isso, maiores necessidades de cuidados de saúde continuados, que foram limitados durante o período pandémico.

Outros estudos durante o período pandémico referem que o luto pode evoluir para um luto patológico, por ter ocorrido de forma repentina e inesperada, limitar o acompanhamento dos familiares nos seus últimos momentos de vida, diminuir o suporte social e emocional, e restringir os rituais fúnebres habituais, que ajudam ao processo de despedida (Eisma et al., 2021; Mortazavi, 2021)

O presente estudo não revelou diferenças a nível da saúde mental entre as duas subamostras, reforçando a ideia de que o luto, na maior parte das vezes, configura um processo normal, e que as pessoas encontram formas de ultrapassar esta fase, sem que esta adquira contornos patológicos. Alguns autores assinalam mesmo que o período de confinamento, em que as pessoas deveriam permanecer em casa, pode acabar por ajudar na elaboração da perda, na medida em que permite que as pessoas usufruam de mais algum tempo para si, para ajudar a assimilar a perda e a processar as emoções associadas (Borghi & Menichetti, 2021).

Alguns estudos referem que durante o período pandémico os padrões de sono sofreram alterações (Barros et al., 2020; Pesonen, 2020; Simões et al., 2022), evidenciando-se um aumento dos problemas de sono nos períodos de confinamento (Gualano et al., 2020; Trakada et al., 2020). As perturbações de sono foram associadas ao género, sendo as mulheres mais afetadas (Barros et al., 2020; Gualano et al., 2020; Paiva et al., 2021; Xie et al., 2021), às

atividades realizadas durante o confinamento, problemas económicos ou doenças crónicas associadas (Gualano et al., 2020).

O presente estudo revelou diferenças estatisticamente significativas entre grupos relativamente à qualidade do sono, com o grupo de participantes que perdeu alguém a reportar pior qualidade de sono. Cellini et al. (2020) apresentam resultados similares em pessoas com sintomas de depressão, ansiedade e stress. Os resultados apresentados por Pesonen et al. (2020) apontam para um aumento do tempo de sono, aumento dos despertares e dos pesadelos. Um outro estudo, conduzido por Paiva et al. (2021), revelou que a qualidade do sono e a qualidade do despertar são piores em jovens adultos, mulheres, pessoas com nível de escolaridade mais elevado e profissionais de saúde (Paiva et al., 2021).

É expectável que o grupo de participantes que perdeu alguém significativo tenha vivido momentos de maior stress e sofrimento emocional pelo facto de perder alguém, com todos os fatores associados à pandemia (menor acompanhamento nos últimos momentos de vida, restrições nos rituais fúnebres e menor apoio social devido às restrições sociais), o que pode contribuir para uma menor qualidade de sono percebida.

O presente estudo incluiu informação acerca dos conteúdos oníricos dos participantes, sendo que o grupo que perdeu alguém significativo reportou maior quantidade de sonhos relacionados com a COVID-19 ou com as restrições decorrentes do período pandémico. Efetivamente, as pessoas que experienciaram o falecimento de alguém estão significativamente mais próximas de uma das consequências diretas mais temidas da pandemia. Neste sentido, o facto de relatarem mais conteúdos oníricos relacionados com a pandemia está consonante com a hipótese da continuidade (Domhoff, 1996), que defende uma continuidade entre as vivências da realidade e os sonhos, os quais acabam por ser reflexo das preocupações vividas no dia-a-dia. Os resultados de um estudo de Barrett (2020) revelam que o tema da morte é três vezes superior no conteúdo dos sonhos durante a pandemia, quando comparado com épocas anteriores, o que corrobora a hipótese da continuidade. O grupo que perdeu alguém significativo está mais exposto às consequências dolorosas da pandemia, sendo expectável, de acordo com a hipótese da continuidade acima referida, que isso se reflita num maior número de sonhos associado à realidade da perda.

Outro dado obtido no estudo, relativo aos participantes que perderam alguém significativo, está relacionado com um maior número de pesadelos experienciados. Esta associação entre a perda de alguém significativo e o aumento do número de pesadelos é

apresentada noutros estudos (Scarpelli, et al., 2021; Simões et al., 2022), apontando para uma relação entre a perda e o conteúdo onírico.

De acordo com Nielsen e Lara Carrasco (2007), os pesadelos podem ser considerados como reflexo da memória emocional, possuindo uma função de regulação das emoções, sendo os pesadelos uma forma de expressar essa função reguladora. A teoria da regulação emocional aponta para a função dos sonhos enquanto reguladores das emoções, através de mecanismos neurológicos e cognitivos, permitindo o processamento e a integração das memórias mais difíceis (Mota et al., 2020; Nielson & Lara Carrasco, 2007). Os resultados do presente estudo são consonantes com a teoria da regulação emocional, pois existem evidências que as preocupações e emoções dos participantes que perderam alguém se refletem no conteúdo onírico, através de maior número de pesadelos, os quais têm como função a exposição à carga emocional negativa, bem como a contenção e regulação das emoções mais difíceis (Mota et al., 2020).

Mota et al. (2020) apresentam resultados que apontam para diferenças no conteúdo emocional e semântico nos sonhos relatados durante a pandemia. São referidos como mais prevalentes palavras relacionadas com "raiva" e "tristeza" e conteúdos relacionados com "contaminação" e "limpeza". Resultados similares são descritos noutros estudos (Pesonen et al., 2020), com conteúdos oníricos associados à pandemia com as mesmas palavras ("raiva" e tristeza") refletidas nos sonhos, em especial nas mulheres (Barrett, 2020). Os resultados obtidos no presente estudo revelam uma maior prevalência da emoção "raiva" nos sonhos do grupo que perdeu alguém significativo. Mais uma vez, estes resultados podem ser explicados à luz da teoria de regulação emocional, pela existência de uma carga emocional muito elevada, vivida durante o dia, que necessita de ser processada (Mota et al, 2020). Apesar disso, importa referir que não se verificaram diferenças entre os dois grupos relativamente à intensidade, angústia e carga emocional dos sonhos sobre a pandemia (as quais seriam expectáveis à luz da teoria da regulação emocional).

Limitações

As principais limitações deste estudo prendem-se com o processo de amostragem não probabilístico, por conveniência, através de plataformas online, que pode ter determinado alguns desequilíbrios amostrais. A amostra incluiu sobretudo participantes familiarizados e com acesso às novas tecnologias, o que poderá não refletir a realidade das pessoas com menos habilitações, mais desfavorecidas economicamente, que se encontrem

institucionalizadas (caso dos idosos) ou mais isoladas. A generalização dos dados para a realidade nacional pode ainda ser comprometida pela amostra não ser equitativa em termos de género (maioritariamente do sexo feminino), distrito de residência (amostra incidiu maioritariamente sobre a zona centro/litoral) e habilitações literárias (prevalência de participantes com ensino superior).

Outra limitação do estudo prende-se com o facto dos dados terem sido recolhidos numa fase em que a pandemia atingiu o seu auge, podendo os participantes estar ainda a vivenciar processos de luto. Um estudo longitudinal permitiria comparar os dados em períodos posteriores, admitindo que as consequências da pandemia, em termos de saúde física e mental (nomeadamente os sintomas de luto), solidão, padrões de sono e sonhos, possam manifestar-se mais tarde (Borghi & Menichetti, 2021; Stroebe et al., 2017a; Stroebe et al., 2017b).

O próprio tema do questionário "*Sonhos e padrões de sono durante a pandemia COVID-19 em Portugal*" poderá ter despertado mais atenção de participantes com interesse pela temática do sono e sonhos, em especial relacionados com a pandemia, porventura mais propensos a partilhar a sua experiência (Pesonen et al., 2020; Simões et al., 2022).

Implicações

As consequências da pandemia na população são objeto de estudo em diversos trabalhos na literatura recente (Babicki e Mastalerz-Migas, 2021; Cellini et al., 2020; Gawrych et al., 2021; Gualano et al., 2020; Joaquim et al., 2021; Moreira et al., 2021; Petzold et al., 2020; Simões et al., 2022). Nesse sentido, considerou-se relevante perceber se a vivência de perdas significativas durante a pandemia congregou consequências disruptivas para as pessoas, determinando possíveis necessidades específicas de apoio psicológico.

Apesar dos dados indicarem a ausência de diferenças significativas entre os dois grupos, importa assim mesmo assinalar que o grupo que perdeu alguém apresenta uma maior probabilidade de assinalar uma pior qualidade de sono, maior número de pesadelos recordados, e de sonhar com a própria pandemia. Para além da relevância de estudos longitudinais que avaliem a evolução destes sintomas ao longo do tempo, afigura-se pertinente analisar o impacto da perda nas crianças e jovens que não foram incluídas neste estudo. Os resultados sublinham ainda a importância de se considerarem os padrões de sono e os conteúdos oníricos na avaliação do impacto de traumas coletivos e, potencialmente, na intervenção com pessoas que experienciam processos de luto.

Em conclusão, a pandemia apresentou grandes desafios à sociedade a vários níveis, obrigando a ajustamentos a nível individual e comunitário. Esta nova realidade, que incluiu doença, perdas e alteração de hábitos, revelou ter impacto em diversos domínios de vida, nomeadamente no sono e nos sonhos, sendo que esse impacto foi mais substantivo entre as pessoas que perderam alguém.

Referências Bibliográficas

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

American Psychiatric Association. (2015). *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mental - DSM-5.* (5ª. Ed.). Lisboa: Climepsi editores.

Babicki, M., & Mastalerz-Migas, A. (2021). The occurrence of anxiety disorders among Poles during the COVID-19 pandemic. *Psychiatria Polska, 55*(3), 497–509. https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/126230

Barrett, D. (2020). Dreams About COVID-19 Versus Normative Dreams: Trends by Gender. *Dreaming, 30*(3), 216–221. https://doi.org/10.1037/drm0000149

Barros, M. B., Lima, M.G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C., Romero, D., Junior, P. R., Azevedo, L. O., Machado, I. E., Damacena, G. N., Gomes, C. S., Werneck, A. O., Silva, D. R., Pina, M. F., & Gracie, R. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saude, Brasília, 29*(4), 1-12. https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400018

Borghi, L. & Menichetti, J. (2021). Strategies to Cope With the COVID-Related Deaths Among Family Members. *Frontiers in Psychiatry, 12,* Article 622850, 1-4. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.622850

Cellini, N., Canale, N., Mioni, G., & Costa, S. (2020). Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of Sleep Research, 29*(4), e13074, 1-5. https://doi.org/10.1111/jsr.13074

Costa, E. M. & Costa N. M. (2020). *Covid 19 – Expressão geográfica do número de casos confirmados em Portugal: 1 de Abril 2020*. Repositório da Universidade de Lisboa. http://hdl.handle.net/10451/43020

Costa, E. M. & Costa, N. M. (2021). O processo pandémico da Covid-19 em Portugal Continental.: Análise geográfica dos primeiros 100 dias. *Finisterra*, *55*(115), 11–18. https://doi.org/10.18055/Finis20361

Daniel, F., Espírito-Santo, H., Lemos, L., Guadalupe, S., Barroso, I., Silva, A. G., & Ferreira, P. L. (2023). Measuring loneliness: Psychometric properties of the three-item loneliness scale among community-dwelling adults. *Heliyon, 9*(5) e15948, 1-11. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e15948

Dantas, C. R., Azevedo, R. C., Vieira, L. C., Côrtes, M. T., Federmann, A. L., Cucco, L.M., Rodrigues, L. R., Domingues, J. F., Dantas, J. E., Portella, I. P., & Cassorla, R. M. (2020). O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 23(3), 509-533. http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p509.5

Diário da república. (2020). *Diário da República n.º 55/2020, 3º Suplemento, Série I de 2020-03-18.* https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-presidente-republica/14-a-2020-130399862

Direção Geral da Saúde. (2020a). *Relatório de situação – 1.* https://covid19.min-saude.pt/relatorio-de-situacao/

Direção Geral da Saúde. (2020b). *Relatório de situação nº. 030 - 01-04-2020.* https://covid19.min-saude.pt/relatorio-de-situacao/

Direção Geral da Saúde. (2020c). *Norma 002/2020: COVID-19: Procedimentos post mortem.* https://covid19.min-saude.pt/normas-e-orientacoes/

Direção Geral da Saúde. (2021a). *Relatório de situação nº 325 - 21-01-2021.* https://covid19.min-saude.pt/relatorio-de-situacao/

Direção Geral da Saúde. (2021b). *Relatório de situação nº 379 - 16-03-2021.* https://covid19.min-saude.pt/relatorio-de-situacao/

Direção Geral da Saúde. (2022a). *Relatório de situação nº. 721 - 21-02-2022.* https://covid19.min-saude.pt/relatorio-de-situacao/

Direção Geral da Saúde. (2022b). *Orientação nº 003/2022 de 15/03/2022 atualizada a 15/09/2022.* https://covid19.min-saude.pt/normas-e-orientacoes/

Direção Geral da Saúde. (2023). *Normas e orientações.* https://covid19.min-saude.pt/normas-e-orientacoes/

Domhoff, G., W. (1996). The Continuity between Dreams and Waking Life in Individuals and Groups. In G. W. Domhoff (Ed.). *Finding Meaning in Dreams A Quantitative Approach* (pp. 153-190). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0298-6

Eisma, M., Tamminga, A., Smid, G., & Boelen, P. (2021). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of Affective Disorders, 278,* 54-56. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049

European Spatial Planning Observation Network. (2020). *A brief radiography of the social and territorial consequences of two years in the COVID-19 pandemic.*

https://www.espon.eu/topics-policy/publications/thematic-paper-brief-radiography-social-and-territorial-consequences

Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y-W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE, 11*(7), e0158678. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678

Fränkl, E., Scarpelli, S., Nadorff, M. R., Bjorvatn, B., Bolstad, C. J., Chan, N. Y., Chung, F., Dauvilliers, Y., Espie, C. A., Inoue, Y., Leger, D., Macêdo, T., Matsui, K., Merikanto, I., Morin, C. M., Mota-Rolim, S., Partinen, M., Penzel, T., Plazzi, G., … Holzinger, B. (2021). How our Dreams Changed During the COVID-19 Pandemic: Effects and Correlates of Dream Recall Frequency - a Multinational Study on 19,355 Adults. N*ature and Science of Sleep, 13,* 1573–1591. https://doi.org/10.2147/NSS.S324142

Freud, S. (1996). A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos, Volume XIV (1914 – 1916). (J. Strachey, Trans. & Ed.). *Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 225-270. Imago. (Original publicado em 1914).

Gawrych E., Cichoń, E., & Kiejna, A. (2021). COVID-19 pandemic fear, life satisfaction and mental health at the initial stage of the pandemic in the largest cities in Poland. *Psychology, Health & Medicine, 26*(1), 107-113. https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1861314

Goveas, J. S. & Shear, M. K. (2021). Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. *Focus, 19*(3), 374–378. https://doi.org/10.1176/appi.focus.19303

Gualano, M. R., Lo Moro, G., Voglino, G., Bert, F., & Siliquini, R. (2020). Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy. *International Journal of Inveronmental Research and Public Health, 17*(13), 1-13. https://doi.org/10.3390/ijerph17134779

Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research on Aging, 26(6)*, 655-672. https://doi.org/10.1177/0164027504268574

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010.* https://www.ine.pt/xurl/pub/107961853

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2020). *Relatório final: SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia*. Repositório Científico do Instituto Nacional de Saúde. http://hdl.handle.net/10400.18/7245

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2021). *Evolução do número de casos de COVID-19 em Portugal: relatório de nowcasting – Dia 15-10-2021*. https://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/epidemiologia/covid-19-curva-epidemica-e-parametros-de-transmissibilidade/

Iorio, I., Sommantico, M., & Parrello, S. (2020). Dreaming in the Time of COVID-19: A Quali-Quantitative Italian Study. *Dreaming 30*(3), 199–215. https://doi.org/10.1037/drm0000142

Joaquim, R. M., Pinto, A. L., Guatimosim, R. F., Paula, J. J., Costa, D. S., Diaz, A. P., Silva, A. G., Pinheiro, M. I., Serpa, A. L., Miranda, D. M., & Malloy-Dini, L. F. (2021). Bereavement and psychological distress during COVID-19 pandemics: The impact of death experience on mental health. *Current Research in Behavioral Sciences, 2*. 1-7. https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2021.100019

Kallas, M. B. (2020). Psicanálise, sonhos e luto na pandemia. *Reverso,42*(80), 55-62. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952020000200007

Maroco, J. (2007). Análise estatística com utilização do SPSS (3º Ed.). Edições Sílabo.

Moreira, P. S., Ferreira, S., Couto, B., Machado-Sousa, M., Fernández, M., Raposo-Lima, C., Sousa, N., Picó-Pérez, M., & Morgado, P. (2021). Protective Elements of Mental Health Status during the COVID-19 Outbreak in the Portuguese Population. *International Journal of Environement Research and Public Health., 18*(4), *1-10*. https://doi.org/10.3390/ijerph18041910

Mortazavi, S., S., Shahbazi, N., Taban, M., Alimohammadi, A., & Shati, M. (2021). Mourning during Corona: a phenomenological study of grief experience among close relatives during COVID-19 pandemics. *OMEGA – Journal of death and dying, 0*(0), 1-22. https://doi.org/10.1177/00302228211032736

Mota, N. B., Weissheimer, J., Ribeiro, M., Paiva, M., Avilla-Souza, J., Simabucuru, G., Chaves, M. F., Cecchi, L., Cirne, J., Cecchi, G., Rodrigues, C., Copelli, M., & Ribero, S. (2020). Dreaming during the Covid-19 pandemic: Computational assessment of dream reports reveals mental suffering related to fear of contagion. *PLOS ONE 15*(11), 1-19. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242903

Murgante, B., Borruso, G., Balletto, G., Castiglia, P., & Dettor, M. (2020). Why Italy First? Health, Geographical and Planning Aspects of the COVID-19 Outbreak. *Sustainability, 12*(12), 1-44. https://doi.org/10.3390/su12125064

Nielsen, T., & Lara-Carrasco, J. (2007). Nightmares, dreaming, and emotion regulation: A review. In D. Barrett & P. McNamara (Eds.), *The new science of dreaming: Content, recall, and personality correlates* (Volume 2, pp. 253–284). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group. https://www.academia.edu/28137606/Nightmares_dreaming_and_emotion_regulation_A_review

Nogueira P., Nobre, M., Nicola P., Furtado C., & Carneiro A. (2020). Excess mortality estimation during the COVID-19 pandemic: preliminary data from Portugal. *Acta Medica Portuguesa, 33*(6). 376-383. https://doi.org/10.20344/amp.13928

Pais-Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças, 2*(1), 77-99. https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1039

Pais-Ribeiro, J. L. (2011). *Inventário de saúde mental.* Lisboa: Placebo Editora.

Paiva, T., Reis, C., Feliciano, A., Canas-Simião, H., Machado, M. A., Gaspar, T., Tomé, G., Branquinho, C., Silva, M. R., Ramiro, L., Gaspar, S., Bentes, C., Sampaio, F., Pinho, L., Pereira, C., Carreiro, A., Moreira, S., Luzeiro, I., Pimentel, J., ... Matos, M. G. (2021). Sleep and Awakening Quality during COVID-19 Confinement: Complexity and Relevance for Health and Behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(7), 1-17. https://doi.org/10.3390/ijerph18073506

Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS* (3rd Ed.). Open University Press.

Pesonen, A-K., Lipsanen, J., Halonen, R., Elovainio, M., Sandman, N., Mäkelä, J-M., Antila, M., Béchard, D., Ollila, H. M., & Kuula, L. (2020). Pandemic Dreams: Network Analysis of Dream Content During the COVID-19 Lockdown. *Frontiers in Psychology, 11,* 1-10. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.573961

Petzold, M. B., Bendau. A, Plag, J., Pyrkosch, L., Maricic, L. M., Betzler, F., Rogoll, J., Große, J., & Ströhle, A. (2020). Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain and Behaviour, 10*(9), 1-10. https://doi.org/10.1002/brb3.1745

Rebelo, J. E. (2004). *Desatar o nó do luto.* Noticias Editorial.

Scarpelli, S., Alfonsi. V., Mangiaruga, A., Musetti, A., Quattropani, M. C., Lenzo, V., Freda, M. F., Lemmo, D., Vegni, E., Borghi, L., Saita, E., Cattivelli, R., Castelnuovo, G., Plazzi, G., De Gennaro, L. & Franceschini, C. (2021). Pandemic nightmares: Effects on dream activity of the COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of Sleep Research, 30*(5). 1-10. https://doi.org/10.1111/jsr.13300

Schredl, M., & Bulkeley, K. (2020). Dreaming and the COVID-19 pandemic: A survey in a U.S. sample. *Dreaming, 30*(3), 189–198. https://doi.org/10.1037/drm0000146

Schredl, M., Berres, S., Klingauf, A., Schellhaas, S., & Göritz, A. S. (2014). The Mannheim Dream questionnaire (MADRE): Retest reliability, age and gender effects. *International Journal of Dream Research*, *7*(2), 141-147. https://doi.org/10.11588/ijodr.2014.2.16675

Serviço Nacional de Saúde. (2020). *Covid-19 | Cuidados post-mortem.* https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/03/17/covid-19-cuidados-post-mortem/

Shear, M. K. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 14*(2), 119-128 . https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/mshear

Silvestre, I. A. P. (2008). *Questionário da vida nocturna: O sono e o sonho Metodologia de construção e validação* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada]. Repositório do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. http://hdl.handle.net/10400.12/3614

Simões, M., Farate, C., Espírito-Santo, H., & Vicente, H. T. (2022). Impact of the COVID-19 Pandemic on Sleep and Dreams: Study in a Portuguese Sample. *Dreaming. Advance online publication, 33*(2), 136-152. https://doi.org/10.1037/drm0000231

Sirrine, E. H., Kliner, O., & Gollery, T. M. (2021). College Student Experiences of Grief and Loss Amid the COVID-19 Global Pandemic. *OMEGA – Journal of Death and Dying, 87*(3), 745–764. https://doi.org/10.1177/00302228211027461

Spiteri G., Fielding J., Diercke M., Campese C., Enouf V., Gaymard A., Bella, A., Sognamiglio, P., Sierra Moros, M.J., Riutort, A.N., Demina, Y. V., Mahieu, R., Broas, M., Bengnér, M., Silke, B., Schilling, J., Filleul, L., Lepoutre, A., Saura, C., … Ciancio B. C. (2020). First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the WHO European Region, 24 January to 21 February 2020. *Euro Surveill, 25*(9), 1-6. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.9.2000178

Stroebe, M., Boerner, K., & Schut, H. (2017a). Grief. In: Zeigler-Hill, V., Shackelford, T. (Eds), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1-5). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_520-1

Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., & Boerner, K. (2017b). Grief is not a disease but bereavement merits medical awareness. *The Lancet, 389*(10067), 347-349. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30189-7

Thimm, J. C., Kristoffersen, A. E., & Ringberg, U. (2020). The prevalence of severe grief reactions after bereavement and their associations with mental health, physical health, and health service utilization: a population-based study, *European Journal of Psychotraumatology, 11(*1), 1-13. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1844440

Trakada, A., Nikolaidis, P. T., Andrade, M. S., Puccinelli, P. J., Economou, N-T., Steiropoulos, P., Knechtle, B., & Trakada, G. (2020). Sleep During "Lockdown" in the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(23), 1-10. https://doi.org/10.3390/ijerph17239094

Verdery, A. M., Smith-Greenaway, E., & Margolis, R. (2020). Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a bereavement multiplier applied to the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS), 117*(30), 17695-17701. https://doi.org/10.1073/pnas.2007476117

Vieira, A. A. M., Peixoto, V. R. F. D., Aguiar, P., & Abrantes, A. (2020). *Excesso de mortalidade, em Portugal, em tempos de COVID-19*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2020/04/excesso-de-mortalidade-em-portugal-em-tempos-de-covid-19-21.04.2020.pdf

Vieira, A., Peixoto, V. R., Aguiar, P., & Abrantes, A. V. (s.d.). *Excesso de mortalidade colateral e devido à COVID-19: 10 meses de pandemia*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2021/01/excesso-de-mortalidade-portugal-2020-8jan2021.pdf

World Health Organization. (2020a). *Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions*. https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions

World Health Organization. (2020b). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020.* https://www.who.int/director-

general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020

World Health Organization. (2020c). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 72.* https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports

World Health Organization. (2020d). *COVID-19 Weekly Epidemiological Update Edition 80.* https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---22-february-2022

World Health Organization. (2023). *Coronavirus disease (COVID-19)*. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19

Xie, J., Li, X., Luo, H., He, L., Bai, Y., Zheng, F., Zhang, L., Ma, J., Niu, Z., Qin, Y., Wang, L., Ma, W., Yu, H., Zhang, R., & Guo, Y. (2021). Depressive Symptoms, Sleep Quality and Diet During the 2019 Novel Coronavirus Epidemic in China: A Survey of Medical Students. *Frontiers in Public Health, 8,* Article 588578, 1-8. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.588578