

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DE SAÚDE - NORTE
Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, CRL (CESPU)

Bruno Miguel Almeida Frade

**Análise das Características Psicométricas da Versão
Portuguesa do *Inventory of Complicated Grief***

Fevereiro, 2010

Bruno Miguel Almeida Frade

**Análise das Características Psicométricas da
Versão Portuguesa do *Inventory of Complicated Grief***

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte (ISCS-N) para obtenção do grau de mestrado, sob orientação do Prof. Doutor José Carlos Ferreirinha Cardoso da Rocha (Coordenador da Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde – UnIPSa; Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, CESPu).

Agradecimentos:

Estimaria agradecer a uma só pessoa, compreendendo que sozinho não conseguiria desenvolver qualquer tarefa inerente a esta tese de mestrado.

Ao meu querido Avô Mário.

DEUS rir-se-á com ele!

Resumo

A perda é um acontecimento de vida universal com possíveis sintomas depressivos, ansiosos e traumáticos, especialmente quando os indivíduos estão focados nos aspectos mais ameaçadores da sua experiência. Os sintomas de Luto Complicado (LC) predizem a longo prazo uma incapacidade funcional de adaptação (Prigerson *et al.*, 1995). Perante a actual inexistência de instrumentos de avaliação de LC adaptados para a prática clínica e no contexto de investigação e dada a indefinição de critérios claros desenvolvemos a tradução e análise de características psicométricas do *Inventory of Complicated Grief* (ICG), confirmando ou discutindo a dimensionalidade do constructo de Luto Complicado.

O ICG original (Prigerson, et al., 1995) é uma escala de auto-relato do tipo *Likert* com 19 itens que foi traduzida de acordo com os processo de tradução consensualmente aceites (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000) sendo administrada a 127 estudantes universitários (M=19.9; SD=1.90), explorando dados sócio-demográficos e sintomas psicopatológicos, através do *Beck Depression Inventory [BDI]* (Vaz-Serra, 1994) e *Impact of Event Scale – Revised [IES-R]* (Castanheira *et.*, 2007).

Os resultados abordam (a) características gerais da escala; (b) fidelidade, *Cronbach's Alpha*=0.91, (c) validade (cinco factores explicando 68.9% da variância, correlações com sintomatologia: depressiva ($r=0.50$) e traumática ($r=0.53$). A Análise Factorial Confirmatória revela um satisfatório ajustamento global ($X^2/df=1.709$; $CFI=0.97$; $RMSEA=0.075$; $AGFI=0.91$; $NFI=0.92$).

Os resultados de ambas as abordagens psicométricas revelam uma boa adequabilidade da versão portuguesa do ICG, assim como sustentam de modo pertinente a discussão relativa à natureza multidimensional do conceito de Luto complicado.

Palavras-Chave: Luto, Luto complicado; Propriedades psicométricas.

Abstract

Loss is an universal experience that can be a live as a very stressful life event with possible traumatic symptoms, especially when individuals are focused on the most terrifying aspects. Symptoms of Complicated Grief (CG) predict long-term functional impairments resulting in a failure to adapt (Prigerson, et al. 1995).

With the aim to adapt for Portuguese population an instrument to evaluate CG, on clinical and research contexts, we began translation procedures of *Inventory of Complicated Grief (ICG)*, general psychometric studies, reliability and validity analysis. The original ICG (Prigerson et al., 1995) is a *Likert* and self-reported scale with 19 itens. Translation tasks kept introductory content, structure and order. Data was collected on 127 university students, with ages between 17 and 26 years (M=19.9; SD=1.90), including socio-demographic data and psychopathological symptoms, through *Beck Depression Inventory ([BDI]* (Vaz-Serra, 1994) e *Impact of Event Scale – Revised [IES-R]* (Castanheira, 2007).

Results for (a) general scale characteristics, (b) reliability (internal consistency: *Cronbach's Alpha*=0.91) and (c) validity (five factors solution explains 68,9% of variance; correlations with depressive symptoms, $r=0.50$, and with traumatic symptoms, $r=0.53$). Confirmatory Factorial Analysis revealed a good fit of the measurement model constituted by five factors ($X^2/df=1.709$; $CFI=0.97$; $RMSEA=0.075$; $AGFI=0.91$; $NFI=0.92$).

Therefore, results of both studies provided clear evidence of validity and reliability of psychometrics properties of *Portuguese version of ICG*, reason for that its use is recommended and support in a relevant discussion on the multidimensional nature of the concept of complicated grief.

Keywords: Bereavement; Complicated grief; psychometric analysis.

Índice

Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Índice.....	v
Índice de Figuras.....	vii
Índice de Quadros.....	viii
Índice de Tabelas.....	ix
Lista de Anexos.....	x

Primeira Parte:

Luto Complicado.....	1
1. Introdução.....	2
2. Luto normal e Luto patológico.....	4
2.1. Luto e Trauma.....	6
2.2. Modelos de compreensão de luto e de luto patológico.....	9
3. Luto Complicado: Em torno da questão do diagnóstico.....	17

Segunda Parte:

Estudo Empírico.....	22
4. Metodologia.....	23
4.1. Objectivos e pertinência.....	23
4.2. Desenho metodológico.....	23
4.3. Amostra.....	23
4.3.1. <i>Seleção da amostra.....</i>	<i>23</i>
4.3.2. <i>Caracterização da amostra.....</i>	<i>24</i>
4.4. Medidas.....	25
4.5. Procedimentos.....	27
4.5.1. <i>Autorização junto do autor original.....</i>	<i>27</i>
4.5.2. <i>Procedimentos de tradução.....</i>	<i>27</i>
4.5.3. <i>Autorização junto das entidades.....</i>	<i>28</i>
4.5.4. <i>Recolha de dados.....</i>	<i>29</i>
4.5.5. <i>Tratamento de dados.....</i>	<i>29</i>

5. Resultados	30
5.1. Estudo das características gerais.....	30
5.2. Sensibilidade dos itens do ICG.....	30
5.3. Validade de constructo do ICG.....	31
5.3.1. <i>Análise de fidelidade dos itens</i>	31
5.3.2. <i>Estudo da correlação entre as variáveis</i>	31
5.3.3. <i>Adequação da amostra e teste de validade da análise factorial</i>	32
5.3.4. <i>Estudo das comunalidades</i>	33
5.4. Análise Factorial Exploratória do ICG.....	34
5.4.1. <i>Estudo da fidelidade</i>	36
5.5. Análise Factorial Confirmatória do ICG – Modelagem de Equações estruturais.....	36
5.5.1. <i>Validade cruzada</i>	38
5.5.2. <i>Ajustamento do modelo de mensuração</i>	38
5.5.3. <i>Análise da fidelidade de constructos e variância extraída</i>	40
5.6. Validade Externa.....	42
6. Discussão	42
7. Conclusão	49
Referências bibliográficas	51
Anexos	

<i>Índice de Figuras</i>	vii
--------------------------------	-----

Figura 1: Relação experiência traumática e Perda.....	7
Figura 2: Hipótese da resolução de luto (Jacobs, 1993)	12
Figura 3: Hipótese da resolução de luto - 6 meses (Jacobs, 1993).....	12
Figura 4: Modelo do processo dual de <i>coping</i> com o luto (Stroebe & Shut, 1999).....	14
Figura 5: <i>Sree Plot</i> representativo dos <i>eigenvalues</i> e itens do ICG.....	34
Figura 6: Diagrama de interdependência do modelo proposto.....	39

<i>Índice de Quadros</i>	viii
Quadro 1: Modelos compreensivos de luto.....	10
Quadro 2: Estádios do Processo de Luto (Kubler-Ross, 1969).....	10
Quadro 3: Caracterização dos estádios do Luto (Bowlby, 1980).....	10
Quadro 4: Critérios para luto traumático (Prigerson et al., 1999).....	18
Quadro 5: Critérios para Distúrbio de Luto Complicado (Horowitz et al., 1997).....	19
Quadro 6: Critérios para Luto Traumático (Jacobs, Mazure, & Prigerson, 2000).....	19
Quadro 7: Critérios propostos para luto complicado - DSM-V (Prigerson, 2006).....	20
Quadro 8: Cálculo da fidelidade para cada constructo do modelo.....	40
Quadro 9: Cálculo da variância explicada para cada constructo do modelo.....	41
Quadro 10: Representação dos constructos e itens correspondentes do ICG.....	46

<i>Índice de Tabelas</i>	ix
Tabela 1: Estudo das características gerais do ICG	30
Tabela 2: Sensibilidade dos itens do ICG.....	30
Tabela 3: Estudo de fidelidade dos itens do ICG.....	31
Tabela 4: Matriz das correlações de variáveis do ICG.....	32
Tabela 5: Avaliação da adequação da amostra: <i>KMO e Bartlett's Test</i>	32
Tabela 6: Comunalidades para os indicadores da análise factorial exploratória.....	33
Tabela 7: Relação entre os Itens do ICG, seus autovalores; Explicação da variância e explicação da variância acumulada.....	34
Tabela 8: Extracção por componentes principais após rotação Varimax e valores de comunalidades (h^2).....	35
Tabela 9: Ajustamento global do modeloss [1] multifactorial e [2] unifactorial.....	37
Tabela 10: Ajustamento Incremental do Modelo.....	37
Tabela 11: Matriz das cargas dos Constructos e <i>valores t</i>	37
Tabela 12: Exploração dos itens do ICG ; correlação múltipla ao quadrado; covariância de erro de mensuração; erro padrão e respectivo <i>valor t</i>	40
Tabela 13: Estudo da validade externa.....	42

<i>Lista de Anexos</i>	X
Anexo 1: Autorização junto das autoridades institucionais.....	
Anexo 2: Consentimento informado.....	
Anexo 3: Questionário dados sociodemográficos.....	
Anexo 4: Inventário de Luto complicado – ICG (Prigerson et al., 1995).....	
Anexo 5: Artigo em formato publicável em revistas com <i>peer-review</i>	
Anexo 6: <i>Abstract</i> para submissão de comunicação oral.....	

Primeira Parte

Luto Complicado

Capítulo I.

Introdução

É hoje consensualmente assumido o impacto negativo que eventos de perda e luto têm na saúde e bem-estar.

A perda é um acontecimento de vida universal podendo ser vivida de modo traumático, especialmente quando os indivíduos se focam em aspectos ameaçadores da sua experiência, revelando prejuízos funcionais a longo prazo inerentes a dificuldades de adaptação e de restabelecimento do estado pré-perda (Kristjanson, Lobb, Aoun & Monterosso, 2006).

Quando assim é, podemos compreender Luto Complicado como o mais consistente termo para definir luto patológico (Kenneth, 2006; Parkes, 2006a; Horowitz, 2006; Goodkin et al., 2006; Stroebe & Shut, 2006).

Poucas áreas têm merecido tanta atenção nos últimos anos como o luto complicado, não só pela crescente exposição a eventos traumáticos, assim como pela dificuldade em estabelecer critérios de diagnóstico e limitados instrumentos de avaliação e diagnóstico.

O *Inventory of Complicated Grief* - ICG - é sugerido como um instrumento internacionalmente consensual nos contextos clínico e de investigação (Kenneth, 2006; Goodkin et al., 2006; Stroebe & Shut, 2006).

Em relação à realidade portuguesa, verifica-se uma lacuna em ambos os contextos, sendo inexistente qualquer adaptação de instrumentos de avaliação de luto complicado.

Deste modo, o presente estudo foi desenhado com a intenção de responder a dois objectivos teóricos. Em primeiro lugar, pretendemos analisar a estrutura factorial do *Inventory of Complicated Grief* numa amostra portuguesa. Em segundo lugar e em sintonia com o primeiro, interessa-nos confirmar ou discutir a dimensionalidade do constructo de luto complicado. Aparte destes objectivos teóricos temos também o objectivo prático de disponibilizar um instrumento para a população portuguesa. Com isto, prezaríamos ver o nosso estudo como um contributo modesto e ao mesmo tempo válido para a intensificação da investigação empírica nacional no âmbito do luto complicado.

Espera-se assim um ponto de partida para maior investigação nesta área e, certamente um reforço ao suporte empírico com vista a uma melhor prática clínica quer ao nível de avaliação quer ao nível de intervenção clínica.

Dividimos o estudo da análise das características psicométricas da versão portuguesa do *Inventory of Complicated Grief* em duas partes: 1. *Luto Complicado*, em que procuramos desconstruir o tema através da literatura existente sobre o tema; 2. *Estudo empírico*, em que procuramos discutir a *dimensionalidade do constructo Luto Complicado* validando a versão portuguesa do ICG.

Na primeira parte, começamos por descrever Luto enquanto processo normal e patológico após uma perda, clarificando a relação entre Luto e Trauma, assim como a descrição e discussão dos modelos de compreensão de luto e de luto patológico. Por fim, serão abordadas e discutidas todas as questões em torno do diagnóstico de luto complicado, o fundamento de cada uma das propostas de critérios mais relevantes para Luto Patológico, as dificuldades inerentes à definição desses mesmos critérios e da terminologia mais adequada.

Na segunda parte, evidenciamos todo o estudo empírico, evidenciando a metodologia aplicada; a pertinência dos objectivos e o desenho de investigação; a selecção e caracterização da amostra e os procedimentos. Após a realização dos dois métodos de análise estatística: Análise Factorial Exploratória e Análise Factorial Confirmatória: Modelagem de Equações Estruturais, apresentaremos os resultados psicométricos reflectindo sobre os mesmos, discutindo-os com a literatura existente, compreendendo a *dimensionalidade de constructo de Luto Complicado* encontrado na estrutura factorial do ICG.

A finalizar este trabalho abordamos as conclusões gerais do nosso estudo, realizando uma reflexão crítica sobre o trabalho, nomeadamente sobre aspectos metodológicos, no sentido de potenciar a definição de futuros projectos de investigação nesta área, alimentando de modo pertinente a discussão relativa à natureza do conceito de Luto Complicado.

Capítulo II.

Luto normal e Luto patológico

Antes de mais, começamos por salvaguardar alguns aspectos terminológicos relacionados com a tradução do Inglês para Português, como o diferente significado de «*Bereavement*», «*Grief*» e «*Mourning*». Embora seja difícil estabelecer distinções categóricas entre os termos, revela-se vital discriminá-los entendendo assim a sua utilização. Segundo Furst (2007) «*Bereavement*» diz respeito à situação de perda significativa independentemente da sua natureza, com ou sem relação familiar directa ou indirecta e o conseqüente processo adaptativo. Aos padrões de comportamento e de expressão emocional culturalmente aceites designamos de «*Mourning*», o luto enquadrado socialmente (Stroebe, Hansson, Stroebe & Schut, 2001). Por fim, «*Grief*» diz respeito à reacção ou componente emocional da perda (Stroebe, Hansson, Stroebe & Schut, 2001) e outras manifestações adjacentes de ordem psicológica (cognitiva, socio-comportamental) e física (fisiológica-somática). Esta distinção torna-se ainda mais complexa quando tentamos compreender alguns comportamentos típicos, como o choro (Stroebe, Hansson, Stroebe & Schut, 2001). O acto de chorar torna-se difícil de conceptualizar podendo conciliar os três termos, choro como reflexão emocional da perda - «*Grief*» - uma norma ou padrão social - «*Mourning*» - como parte do processo adaptativo perante uma situação de perda significativa - «*Bereavement*».

Quando nos remetemos a uma perda significativa, pressupomos uma resposta natural, normal, inevitável e variável na forma de como lidamos com essa mesma perda (Mallon, 2001; Marcelli, 2002). Contudo, para os psiquiatras (Freud 1917; Lindeman, 1944), psicólogos (Marwit, 1991), oncologistas (Penson, Green, Chabner & Lynch, 2002), assistentes sociais (Lacey, 2005), geriatras (Berezin, 1970), enfermeiros (Dunne, 2004), familiares e amigos de indivíduos enlutados (Swarte, Van der Lee, Van Den Bout, & Heintz, 2003), o processo de luto é caracterizado em 80 a 90% dos casos (Latham & Prigerson, 2004; Barry, Kasl, & Prigerson, 2001; Prigerson, 2004) por um estado de intenso stress e disfuncionamento global. Tratando-se de luto normal, pressupõem-se que tal percentagem aceite a perda restabelecendo o estado pré-perda, mantendo a habilidade ou capacidade de continuar a sua vida normal, explorando novos papeis e relações, ao contrário de outros enlutados com dificuldades

extremas em aceitar a perda, questionando a existência da mesma, de si próprio e de como passaram essa fase sem a pessoa significativa e/ou a relação/vínculo com a mesma.

É no sistema familiar que compreendemos de modo mais preciso os processos de Luto.

Apesar das suas particulares características vinculativas, laços afectivos inatos criados unidireccionalmente (Bowlby 1980; Sanders, 1999), pela familiaridade e proximidade com as figuras parentais é perante uma perda que um desequilíbrio pode de facto acontecer (Sullivan, 1956; Sanders, 1999). Encontramos as respostas para este possível desequilíbrio na reacção individual de cada membro, no seu modo particular de reagir e lidar com a perda. Assim não é só o impacto da perda, normalmente intenso e prolongado, mas também as suas consequências não reconhecidas pelo sistema familiar que podem levar à ruptura no equilíbrio familiar (Brown, 1989). Deste modo, reconhecemos a vinculação como uma interacção dinâmica e não um laço estático (Chisholm, 1996). Já Sigmund Freud como pioneiro teórico na abordagem do luto, apelidando-o de melancolia (Freud, 1953) defendia o vínculo ou a natureza da relação entre a pessoa e o falecido como preponderante na reacção à perda em que a probabilidade de luto complicado aumentaria, quando o enlutado se debatia com assuntos relacionados e/ou pendentes face ao falecido. Deste modo, esse *estado de melancolia* despoletado pela perda significativa seria a causa de perturbação do Ego do enlutado e consequentes dificuldades de adaptação (Freud, 1953).

Deste modo, Luto como fenómeno universal enquadra-se como um processo psíquico, pressupondo um encontro com a perda independentemente da sua natureza, no curso de uma vivência de perdas (Freud, 1917) centrando-se no enlutado sendo descrito como um: “*estado profundamente doloroso, desaparecimento do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de todas as funções*” (...) “*não conseguimos distinguir claramente o que o sujeito perdeu e devemos admitir que também a ele é impossível concebê-lo claramente...sabe quem perdeu, mas não o que perdeu com ele*” (Freud, 1916, p. 238).

Esta primeira perspectiva sobre o fenómeno de Luto seria então a fundamentação teórica de todo o estudo do luto anormal (Freud, 1917, 1953; Jacobs, 1993).

Deste modo, a abordagem ao luto situava-se entre dois pensamentos paradigmáticos: o pensamento psicanalítico e pensamento sistémico, em que a complexa intervenção sugeria a aceitação de critérios de diagnóstico tendo em conta o sistema familiar. Deste modo, investigadores de ambos os campos de pensamento identificaram e testaram critérios para luto complicado ressaltando a importância da vinculação (Prigerson et al., 1995a; Marwit, 1996; Horowitz et al., 1997; Doorn, Kasl, Beery, Jacobs & Prigerson, 1998; Jacobs, Mazure, & Prigerson, 2000; Prigerson et al., 1997a; Prigerson et al., 1999a; Prigerson et al., 1999b; Prigerson et al., 1997b; Prigerson et al., 1997c; Zygmunt et al., 1998).

2.1. Luto e Trauma

Nas últimas décadas é reportada uma crescente exposição a eventos traumáticos e maior incidência de lutos complicados (Breslau, Wilcox, Storr, Lúcia & Anthony, 2004). Contudo, a persistente sobreposição dos termos leva-nos a discriminá-los entendendo o seu significado.

São muitas as situações traumáticas inerentes ao ciclo de vida que escoltam várias vivências impregnadas de unicidade e com consequências diversificadas, fomentando emoções intensas, revelando a assumpção cognitiva de vulnerabilidade pessoal (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991; Kilpatrick et al., 1987; Resnick, 1993). Nesse ciclo vital, a vida, tal como a morte cruzam-se ao longo do nosso percurso biográfico. Este cruzamento involuntário inerente à nossa existência sustenta que a perenidade da vida recorda a inevitabilidade da morte: "*por toda a parte a morte agarra o que está vivo*" (Vicent, 1991, p. 343).

Em relação à definição de experiência traumática propriamente dita, segundo o DSM-IV (American Psychological Association, 1994), podemos caracterizar como:

"(...) a experiência pessoal directa com um acontecimento que envolva a morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento acerca de uma morte violenta ou não esperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo. A resposta da pessoa ao acontecimento deve envolver um medo intenso, sentimento de incapacidade de ter ajuda ou horror (...)" (American Psychological Association, 1994; p. 435).

Outros autores debruçaram-se sobre a clarificação de experiência traumática descrevendo-a como súbita e atípica, excedendo a percepção individual da capacidade de auxílio, perturbando o indivíduo em vários campos da sua vida (McCann & Pearlman, 1990; Briere, 1992). Mais recentemente, trauma tem sido clarificado quando um indivíduo é exposto a um súbito acontecimento ameaçador à vida ou integridade (física e emocional), sobre o qual não tem controlo, manifestando-se uma resposta de intenso medo a esse acontecimento (Conte, 2005). Contudo, esta mesma relação entre Trauma e Luto tem sido clarificada separadamente ao longo das últimas décadas como fenómenos diferentes, não necessariamente independentes sendo abordados conjuntamente e de forma indissociável (Figley, 1999; Figley, Bride & Mazza, 1997; Raphael & Martinek, 1997). Tendo em vista a compreensão de eventos de Luto, Lindeman (1944) foi dos pioneiros a explorar a relação entre luto e eventos traumáticos. Anteriormente, Adler (1943) já enunciava uma forte correlação entre a ansiedade associada ao evento traumático e sintomatologia de luto, tornando claro o paradigma de que problemas

experienciais recorrentes do processo de luto seriam patológicos (Adler, 1943; Jacobs, 1993). Deste modo, surgiu o termo *neurose de ansiedade* ou «*anxiety neuroses*» (Adler, 1943) pela similaridade entre sintomas de luto complicado e perturbação de stress pós-traumático (Rando, 1996) na tentativa de abranger todas as complicações e sintomatologia típica da perturbação pós-stress traumático decorrentes de uma perda, compreendendo que a perda deveria ser considerada um evento traumático, e assim luto patológico iria ao encontro da sintomatologia de perturbação de stress pós-traumática - PTSD (Figley, Noiva, & Mazza, 1997).

A Figura 1 representa esquematicamente o cruzamento entre uma experiência traumática e um evento de perda.

Figura 1 – Relação experiência traumática e Perda.



Ao encontro da Figura 1, as questões com maior confusão e divergência na área do luto prendem-se por um lado, com alguma confusão e sobreposição entre os domínios do trauma e do luto, por outro lado, com a nem sempre clara distinção entre reacções normais e reacções patológicas de luto. Nesse sentido, Mardi Horowitz debruça-se sobre essa mesma problemática em que a sistematização conceptual dos dados sobre trauma são extensamente reportada especialmente em relação ao luto patológico (Bonanno, Holen, Keltner & Horowitz, 1995; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979; Horowitz et al., 1993; Horowitz et al., 1997; Maercker, Bonanno, Znoj, & Horowitz., 1998).

Uma das primeiras distinções consistentes entre Trauma e Luto reporta à natureza da sintomatologia, ou seja, apesar do tipo de sintomatologia ser semelhante, o conteúdo da experiência de cada um dos fenómenos é diferente (Raphael, 1997). Por exemplo, ao nível de pensamentos intrusivos e memórias no Trauma o conteúdo é recordativo face à situação catalisadora, já no Luto o mesmo conteúdo tem uma relação intrínseca com a perda, mais concretamente com a situação e a perda do vínculo. Assim, num trauma podemos experienciar de forma intrusiva imagens do local em que ocorreu a experiência traumática, enquanto no

luto, essas mesmas imagens têm como referência o falecido, re-experienciando a presença da pessoa (Raphael, 1997). Após uma experiência traumática, o sujeito pode evitar de forma voluntária recordações de acordo com o evento, tendo dificuldade em abordar a situação, enquanto no Luto, o enlutado pode procurar locais relacionados com o falecido evitando falar sobre sentimentos e sintomatologia típica de luto. Assim, Trauma e Luto cruzam-se entre crise e perda (Regehr & Sussman, 2004), não sendo por isso estanques, assemelhando-se e ao mesmo tempo diferenciando-se, revelando pensamentos intrusivos e recordações (Raphael, 1997). Esta interacção fica ainda mais aparente na compreensão de vários profissionais de saúde e enlutados após vários desastres naturais, assim como ataques terroristas (Regehr & Sussman, 2004). Deste modo, a conceptualização de trauma permite num contexto de perda estabelecer bases conceptuais para o luto patológico ou o luto complicado (Horowitz, Bonanno & Holen, 1993; Horowitz et al., 1997; Maercker, Bonanno, Znoj, & Horowitz., 1998).

Contudo, nem todas as perdas são de natureza traumática não sendo fácil a definição de perda traumática (Stroebe, Schut & Finkenauer, 2001). Foi nessa linha de pensamento que Stroebe, Schut & Finkenauer, 2001 propuseram um modelo conceptual em que a resposta a um trauma apresenta semelhanças e discrepâncias com a resposta de luto, comparando as duas áreas em diversas dimensões sendo o tipo de evento que desencadeia a resposta o primeiro critério de diferenciação. Nesta lógica, podemos definir o diagnóstico de perturbação de stress pós-traumático apenas quando a morte ocorre de uma forma traumática ou o diagnóstico de luto patológico como uma potencial consequência de perdas traumáticas e perdas não traumáticas (Horowitz et al., 1997; Jacobs, 1993; Prigerson & Jacobs, 2001a).

Uma outra questão prende-se com a determinação da intensidade do impacto do acontecimento. Esta, no caso dos eventos traumáticos, parece estar mais relacionada com a intensidade do próprio acontecimento traumático, enquanto nos casos de luto depende mais das características e tipo de relação com a pessoa que faleceu. De acordo com os autores que temos vindo a seguir, uma outra distinção importante refere-se às reacções psicológicas presentes na resposta a uma situação traumática, comparando-as com as presentes no luto. Apesar da sobreposição existente - Figura 1 - para alguns sintomas nos dois tipos de reacção, as reacções psicológicas ao trauma são melhor descritas pelo «*síndrome da resposta ao stress*» (Horowitz, 1986), com um conjunto de sintomatologia intrusiva (hipervigilância, sobregeneralização de associações, ilusões) e outro de sintomatologia de negação/evitamento (amnésia, incapacidade de visualizar memórias, controlo excessivo e evitamentos), enquanto as reacções psicológicas no luto segundo Stroebe, Schut & Finkenauer (2001) incluem uma considerável variedade de sintomas afectivos (depressão, desespero, culpa); comportamentais

(agitação, fadiga, isolamento social); cognitivos (auto-reprovação, preocupações com o falecido) e fisiológicos (perda de apetite, distúrbios do sono, queixas somáticas). Uma outra posição na interacção entre luto e trauma debruça-se na fenomenologia da reacção de perda em relação ao evento prosector, em que trauma e perda deveriam ser fenómenos distintos (Pynoos, Nader, Frederick, Gonda, & Stuber, 1987; Raphael., 1997; Stroebe et al., 2001). Estas considerações e sobreposições entre Luto e Trauma levaram a que as complicações inerentes ao luto que realmente existem (Kristjanson, Lobb, Aoun, & Monterosso, 2006) fossem consideradas numa categoria de diagnóstico consistente e distinto de outras perturbações tais como a perturbação de stress pos-traumático (Green, 2000; Rando, 1996) Assim, Prigerson originalmente descreveu Luto complicado como uma desordem distinta, incluindo angústia (ou «*distress*») de separação e angústia traumática como bases nucleares declarando a separação entre luto e trauma e, com ela, a necessidade de definir critérios de diagnóstico para luto patológico (Prigerson et al., 1995a)

2.2. Modelos de compreensão de luto e de luto patológico

Ainda antes dos modelos de compreensão do Luto, vários autores debruçaram-se sobre a compreensão deste fenómeno. Importa então entender os vários termos usados até chegar ao Luto Complicado. Após o termo de *Luto Mórbido* por Freud (1917), Lindeman (1944) diferenciou duas variações do mesmo, apelidando-as de *Luto Distorcido*, relacionando com sintomatologia depressiva e *Luto Atrasado* em casos de ausência de luto (Lindeman, 1944; Jacobs, 1993). Mais tarde, Lindeman acreditava que era imperativo a intervenção terapêutica em casos de *Luto Distorcido*, caso contrário poderia resultar numa outra variação de luto não resolvido, denominada de *Luto Prolongado* reflectindo um estado de *Angústia de Luto*, ou, «*The pangs of Grief*» incorporado, intruso, intenso e delimitado no tempo após uma perda (Lindeman, 1944). Nos diferentes modelos teóricos que têm surgido para explicar as reacções patológicas no luto, não está presente a justificação da intervenção terapêutica em casos de patologia de luto, bem como o intervalo de tempo que é necessário para a avaliação e intervenção clínica. Esta questão fundamenta-se, pelo menos, com dois temas recorrentes nesta área: por um lado, a inexistência de um diagnóstico consistente e oficial nas classificações que fomenta a atribuição do diagnóstico, a consequente investigação epidemiológica e o desenvolvimento de modelos de compreensão e de propostas terapêuticas; por outro lado, e em parte espelhada na ausência do diagnóstico, a questão que permanece em aberto para muitos autores de sabermos até que ponto o luto patológico é uma entidade

distinta do distúrbio de stress pós-traumático ou, ainda noutra perspectiva, é apenas um caso específico desse tipo de patologia. O Quadro 1 apresenta os diversos modelos compreensivos de luto descritos e discutidos seguidamente.

Quadro 1 - Modelos compreensivos de luto.

Baseados em estádios e tarefas: - Elizabeth Kubler-Ross (1969) - John Bowlby (1980)	Hipótese de resolução de Luto: - Jacobs, 1993
Baseados nas teorias de stress e coping: - Stroebe & Shut (1999)	Modelos baseados no processamento de informação: - Horowitz (1986)

Durante anos, a teoria de estágios emocionais ou de resolução do luto de Kübler-Ross (1969) - Quadro 2 - e de adaptação a uma perda por Bowlby e Parkes (1970) - Quadro 3 - gerou uma enorme aceitação e atracção entre os teóricos, investigadores, clínicos e leigos (Parkes & Weiss, 1983). Contudo, apesar da aceitação e contributo na compreensão de luto normal, os mesmos são postos em causa por diversos autores. Por exemplo, o primórdio modelo de Kübler-Ross (1969), nunca foi testado explicitamente, havendo uma aceitação da noção de luto normal em que, envolve uma progressão em várias fases (Bowlby & Parkes, 1970) como descreve o Quadro 2. Numa revisão de trabalhos teóricos e empíricos sobre o tema, Stroebe (1992) sintetizou as principais críticas que têm sido feitas ao pressuposto do trabalho de luto, justificando igualmente a revisão do modelo: a pouca clareza e inespecificidade do que se entende por trabalho de luto; a fraca operacionalização do conceito em estudos empíricos; a fraca evidência empírica para o pressuposto (a não confirmação do confronto com a perda e o luto seja um predictor de adaptação); as dificuldades de aplicação nalguns contextos culturais.

Quadro 2 - Estádios do Processo de Luto (Kübler-Ross, 1969).

<i>Fase 1: Negação</i>
<i>Fase 2: Revolta</i>
<i>Fase 3: (Se se trata da sua própria morte) "Negociação" (existencial; religiosa)</i>
<i>Fase 4: Depressão e sensação de perda</i>
<i>Fase 5: Aceitação e recuperação da perda.</i>

Quadro 3 - Caracterização dos estádios de adaptação a luto (Bowlby, 1980).

<i>(1) Fase de Choque e Negação:</i> Fase caracterizada pela falha no registo da perda da Figura de vinculação
<i>(2) Fase de Protesto:</i> Fase dominada pela preocupação permanente com a pessoa perdida e com a tentativa de conseguir o seu regresso. Emoções características: ansiedade, revolta e medo.
<i>(3) Fase de Desespero e Desorganização:</i> Fase resultante da constatação da ineficácia do protesto para trazer de volta a Figura de vinculação. Emoções características: desespero, tristeza e solidão.
<i>(4) Fase de Desvinculação e de Reorganização:</i> Fase que marca uma aparente recuperação e gradual interesse em actividades sociais e outras

Com Bowlby (1969) podemos entender luto patológico em duas formas atípicas: *Luto Crónico* e *Ausência de Luto*, sendo que *Luto Crónico* diz respeito a um luto prolongado com intensas reacções emocionais, enquanto a *Ausência de Luto* remete-se a um fenómeno de

substituição de reacções de tristeza por raiva e remorso. Bowlby reconheceu assim que, indivíduos que sofrem de tristeza prolongada após uma perda, experienciam reacções físicas e psicológicas adversas, enquanto a irritabilidade e a raiva são frequentemente experienciadas no início do processo de adaptação, disfarçando e camuflando o Luto. Deste modo para Bowlby a fase de *Desvinculação* ou de *Reorganização* é entendida como uma fase vital no restabelecimento do estado pré-perda em que o sujeito recuperar gradualmente o estilo de vida anterior à perda, levando-o a questionar se a desvinculação à figura perdida é necessária à recuperação do seu anterior funcionamento. Apesar disso esta fase tem sido alvo de discórdia entre vários autores (Fraley & Shaver, 1999; Rubin, 1999) dada a acumulação de suporte empírico e sobretudo dada a evidência clínica que os indivíduos (crianças, adolescentes e adultos) continuam a manter-se ligados à figura perdida assegurando o restabelecimento do estado pré-perda. Posteriormente a Bowlby (1980) outros autores debruçaram-se sobre as mesmas fases, enunciando tarefas e estratégias facilitadores (Worden, 1991) ou re-estruturando as fases (Parkes, 1998). No caso particular de Worden (1991) foram esclarecidas quatro tarefas designadas por “*trabalho de luto*” que complementam as fases de Bowlby (1980) sendo elas: (1) aceitar a realidade da perda; (2) experienciar a dor da perda; (3) ajustar-se a um ambiente no qual falta o ente perdido; (4) remover a energia emocional investida no falecido e reinvestir noutra relação. Neste “*trabalho de luto*” de Worden são também definidas algumas estratégias facilitadoras do processo de luto, sugerindo estratégias de aconselhamento para lutos não-complicados e estratégias de terapia de luto para o luto patológico.

Nesta lógica interessava compreender que indicadores participam no processo de resolução de luto. Jacob (1993) dá-nos uma perspectiva de compreensão de luto normal e patológico apresentado graficamente na Figura 2 e 3, entendendo cinco indicadores presentes no processo de luto ao longo do tempo, tendo em conta uma frequência de resposta que varia de (1) a (5) correspondendo respectivamente: (1) *Menos de uma vez por mês*; (2) *Todos os meses*; (3) *Semanalmente*; (5) *Muitas vezes por dia excepto o indicador “humor depressivo”*. Assim, como observado na Figura 2, a *descrença* surge como a reacção inicial frequentemente considerada, sendo o sintoma negativo mais frequente ao longo do período de observação do estudo em enlutados. Todos os indicadores revelam um declínio gradual no tempo, excepto a *aceitação* que tende a aumentar tanto após 6 meses - Figura 2 - como ao longo de 24 meses - Figura 3 - sendo indicador de resolução de Luto.

Figura 2 – Hipótese da resolução de luto (Jacobs, 1993)

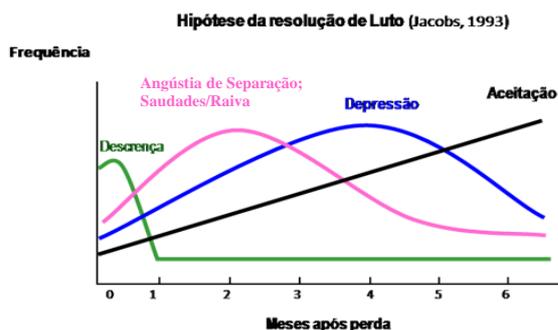
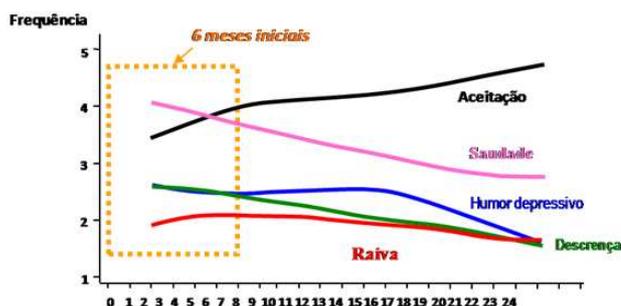


Figura 3 – Hipótese da resolução de luto - 6 meses (Jacobs, 1993)



Estes resultados sugerem que a intensidade de luto tende a declinar gradualmente com o passar do tempo registando-se um pico de *humor depressivo* no *efeito aniversário* após a perda como ilustra a Figura 3. Contudo, este padrão de resposta face a um luto seria alvo de discussão de vários autores (Zhang, El-Jawahri & Prigerson, 2006) fomentando o seu estudo em perdas de causas não naturais, assim como a definição de 6 meses após a perda como preponderantes para um diagnóstico de luto patológico (Maciejewski, Zhang, Block, & Prigerson, 2007). Contudo, apesar dos existentes modelos de compreensão do luto oferecerem um contributo basilar, diversos autores têm questionado a compreensão do luto e ao nível de intervenção adequada (Davis, Wortman, Lehman, & Silver, 2000; Horowitz, 1986, Horowitz et al., 1997; Neymeier, 2000; Stroebe & Schut, 1999; Shear, Frank, Foa, Cherry, Reynolds, Bilt & Masters, 2001). Ao encontro dessas reflexões, entendemos um aspecto de discussão a ter em conta quer na conceptualização, quer no tratamento, o facto de qualquer reacção de luto ocorrer num contexto interpessoal. Independentemente da qualidade do Luto, patológico ou não, este é influenciado e influencia os demais, também eles em processo de luto (Rijo, 2004). Como já vimos, as conceptualizações mais tradicionais tendem a sublinhar aspectos intrapessoais do luto, mas na realidade e segundo os trabalhos de Bowlby, os outros que rodeiam a pessoa em luto desempenham um papel vital na forma como o indivíduo lida com a perda, influenciando o processo de luto, podendo até mesmo adiar o seu próprio processo de luto. Por sua vez, estes outros significativos estão frequentemente também eles em processo de luto, pelo que as variáveis interpessoais não devem ser ignoradas na forma como o indivíduo lida com a situação, no tipo e qualidade do apoio que recebe, ou até mesmo na forma como os outros lidam com a morte e influenciam o processo de luto do indivíduo. Segundo Rijo (2004), frequentemente na prática clínica, a família e/ou amigos de uma pessoa com luto patológico também manifestam alguma sintomatologia e o seu processo de luto encontra-se dificultado por terem, simultaneamente, que lidar com a patologia da mesma pessoa, salvaguardando a importância do contexto interpessoal no processo de luto. Deste modo, o processo de luto pode ser encarado como fenómeno imprevisível que na ausência de

patologia não revela a sua resolução, exacerbando ainda mais a complexa tarefa de definição de critérios rigorosos para Luto complicado. Contudo e ao contrário dos modelos tradicionais, numa situação de luto, nem todas as consequências são de ordem negativa, há sempre uma reconstrução de significados acerca do falecido na vida futura (Neimeyer, 1998; 2000) promovendo um maior crescimento pessoal, definição de novos papéis e identidades, reestruturação do funcionamento familiar (Stroebe & Schut, 1999). Apesar disso, há aspectos que os modelos compreensivos de luto persistentemente não abordam, como por exemplo as diferenças na forma de lidar com o luto em função do género, diferenças essas que ainda carecem de investigação e suporte empírico, podendo ser fundamentais na conceptualização e intervenção terapêutica em casos de luto complicado. Não totalmente dissociada desta questão está o tema das diferenças culturais, uma vez que a expressão do luto apresenta frequentemente idiosincrasias culturais a que um profissional de saúde (Rijo, 2004) pode ser alheio e que um modelo redutor do luto não engloba. Estes aspectos devem ser tidos em conta na compreensão do luto e, conseqüentemente na psicoterapia, uma vez que a punição social (diferenças culturais) pode ser significativa se o indivíduo (dependendo do género) não obedecer a determinadas normas. Deste modo, conceptualizações mais reducionistas tendem a focar-se na perda, mas na realidade, com essa perda outros tipos de perdas co-ocorrem sendo necessários reajustamentos e logo uma nova conceptualização de luto (Stroebe & Schunt, 1999). Entre esses reajustamentos surge por exemplo o significado atribuído à perda (Davis, Wortman, Leham & Silver, 2000), bem como a restauração da coerência na narrativa da vida do enlutado na adaptação à perda (Neimeyer, 1998; 2000). Assim, debruçamo-nos sobre as teorias de stress e *coping*, uma conceptualização mais complexa e adequada do luto em comparação com as anteriores prendendo-se com a situação indutora de stress que neste caso é o evento de perda. Contudo, apesar destas abordagens darem um contributo com vista a compreensão e, também à intervenção em casos de luto, ainda carecem de suporte empírico da investigação. No que diz respeito ao processo do luto, a hipótese do trabalho de luto pressupõe que é necessário confrontar a dor e ultrapassar a perda, aceitando-a. No entanto, no *coping* com a perda, estão presentes evitamentos e confrontos. No luto existem esforços para confrontar e aceitar a perda mas também a luta contra a realidade da perda (Stroebe & Shunt, 1999) sendo este processo dinâmico inexistente na hipótese do trabalho de luto.

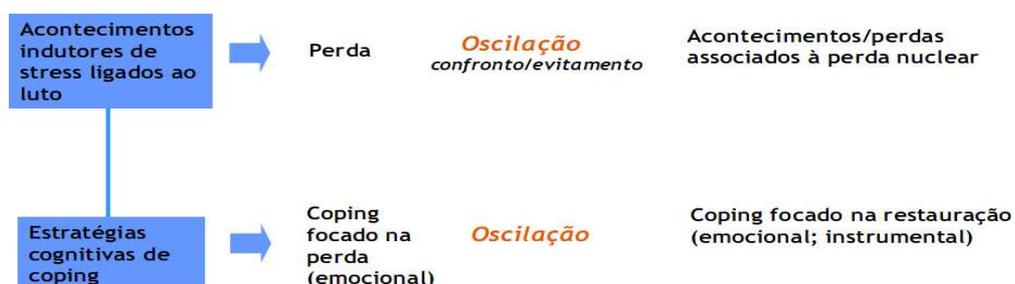
Deste modo, os modelos cognitivos e, mais concretamente, os modelos cognitivos de stress (Folkman & Lazarus, 1980; Horowitz, 1986) oferecem um contributo importante para a compreensão do luto patológico apesar de não terem sido explorados de forma sistemática quanto à sua utilidade na compreensão de respostas a eventos traumáticos ou eventos de perda. Interessa-nos portanto analisar o modelo cognitivo de stress com um modelo potencial

de compreensão de *coping* de luto, sendo ele significativo ou não. O maior contributo desta abordagem parece ser que diversas estratégias de *coping* podem ser adequadas, tendo em conta a natureza, intensidade e duração dos acontecimentos indutores de stress. No caso particular do luto, o acontecimento indutor é a perda de alguém com quem se mantinha um vínculo relacional importante, acontecimento que é habitualmente acompanhado da ocorrência de um conjunto de perdas menores (como por exemplo: perda de rendimentos, perda de um estatuto - passar de casado a viúvo, deixar de ser pai, estatuto social). Estas ocorrências no fundo são diversas fontes de stress que pressupõem diversas estratégias de *coping* focadas no problema (como exemplo: procurar outras fontes de rendimento, diminuir despesas, procurar novas actividades, prática de desporto, assumir outras responsabilidades) parecem ser mais adequadas para lidar com as mudanças sofridas devido à perda, enquanto estratégias de *coping* focadas na emoção parecem ser mais adequadas para lidar com a perda propriamente dita e com os aspectos emocionais da reacção de luto (Rijo, 2004).

Deste modo, destacamos as três componentes principais do modelo: (1) os acontecimentos geradores de stress associados ao luto; (2) as estratégias cognitivas utilizadas para lidar com esses eventos e, por fim, (3) o processo dinâmico designado por *oscilação* na tentativa de caracterizar a dinâmica presente no processo de luto.

O referido modelo é apresentado na Figura 4 e discutido seguidamente.

Figura 4 - Modelo do processo dual de *coping* com o luto (Stroebe & Shut, 1999).



Em seguida apresentamos os principais construtos do modelo do processo dual (apesar de não específico para luto), seguindo de perto o artigo de apresentação de Stroebe & Shut (1999). Stroebe & Shut (1999) sublinham que o *coping* focado na emoção inclui quer o controlo quer a expressão do luto passando por aspectos que vão desde a ruminação ao evitamento ou à negação, ignorando outros aspectos da reacção de luto. Em comparação com os modelos abordados, este modelo revela maior compreensão à especificidade do mesmo fenómeno, nomeadamente à complexidade das reacções presentes no luto, sugerindo igualmente boas pistas quer ao nível de investigação quer ao nível de intervenção. Esta abordagem permite-nos compreender que nem todas as fontes geradoras de stress no luto estão limitadas à perda ocorrida como algumas explicações reducionistas propõem. Deste modo, os clínicos e teóricos

cognitivo-comportamentais têm sugerido vários ajustamentos que são - necessários após a perda de um vínculo relacional significativo (Parkes, 1988). No entanto, segundo os autores do modelo do processo dual, estes ajustamentos não se relacionam com o processo de *coping*. Segundo Stroebe e Shutz (1999), os indivíduos em luto desenvolvem, em proporções variáveis, esforços de *coping* orientado para a perda e esforços de *coping* orientados para a restauração com vista ao restabelecimento da “normalidade” na vida do indivíduo (de acordo com diferenças culturais e individuais). Neste processo, *coping* e *oscilação* são vistos como entidades vitais mas com as suas particularidades. Por um lado, *coping* não deve ser entendido na totalidade do tempo após a perda mas sim num contínuo temporal inscrito na matriz do quotidiano através de actividades adaptativas tais como ver um programa de televisão, falar com amigos, desporto, actividades de lazer não se focalizando apenas nos momentos de maior sofrimento. Por outro lado, a *oscilação* espelha claramente uma visão dinâmica do *coping* no luto, que se afasta de conceptualizações mais estáticas que tendem a ver os diferentes estilos de *coping* como estados ou traços - tais como os modelos clássicos de *coping* ou mesmo a *síndrome da resposta ao stress* de Horowitz (1986). Por sua vez, a confrontação e aceitação da perda representam as finalidades de intervenções psicoterapêuticas, não sendo essa confrontação de forma absoluta mas antes doseada, promovendo a resolução do luto (Davis, Wortman, Lehman, & Silver, 2000; Neimeyer, 1998, 2000). Revendo todos os modelos já abordados, há de facto algo em comum em todos eles, todos consideram reacções perante uma perda, significativa ou não, contudo nenhuma explica porque certos indivíduos desenvolvem uma reacção de luto patológico e outros não, facto este que também não sustenta a dificuldade de luto complicado assumir-se como uma entidade clínica rigorosa com critérios de diagnóstico. Com vista às diferenças individuais na resposta do luto, certas perspectivas tendem a centrar-se na avaliação do impacto do evento, propondo que uma morte traumática (de difícil definição) ou inesperada (como exemplo numa criança) torna mais provável uma reacção patológica que uma morte considerada mais natural ou previsível (como exemplo, devido à avançada idade do indivíduo ou a doença prolongada). Deste modo e indo ao encontro Worden (1991) e de estudos de impacto do acontecimento traumático na área do stress pós-traumático, uma reacção patológica não significa por si só um luto patológico. Um outro factor habitualmente apontado na determinação da vulnerabilidade para o luto patológico refere-se ao tipo de relação que o enlutado tinha com o falecido relembrando assim os estudos de vinculação de Bowlby. Deste modo, quanto maior a concorrência de outros lutos patológicos e mais próximo e importante for o vínculo, maior a probabilidade de desenvolver outro luto patológico após exposição a outra morte significativa (Worden, 1991). Ainda dentro da vulnerabilidade, um outro aspecto em comum em todas as

concepções de luto refere-se à personalidade que, inexplicavelmente merece pouca atenção na literatura, sustentando o reduativismo na identificação de factores desencadeadores ou de manutenção do luto patológico ignorando por sua vez e sistematicamente a vulnerabilidade, reduzindo igualmente os factores desta natureza ao estilo de *coping* do indivíduo perante situações de stress (Freeman & Ward, 1998). Entendendo a identificação da vulnerabilidade pessoal como uma lacuna na conceptualização de Luto Complicado, indissociavelmente vemos a prevenção da recaída em futuros casos de luto patológico que os modelos persistentemente tendem a não explorar (Canavarro, 2004). A excepção é reduzida aos estudos de vinculação que receosamente revelam essa mesma lacuna indo ao encontro de Cleiren (1999), onde os conceitos de vinculação, identidade e autonomia são a chave para a compreensão das diferenças individuais no luto. Porém e indo ao encontro dessas lacunas, vários autores debruçam-se sobre a compreensão da vulnerabilidade ao luto mas numa perspectiva cognitiva mais estrutural em que os factores que predis põem ou vulnerabilizam os indivíduos para a psicopatologia são designados por crenças ou esquemas disfuncionais¹ (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Beck, 1993; Beck, Emery & Greenberg, 1985; Young, 1990; Young & Lindeman, 1992; Young, Beck & Weienberger, 1993; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Diversos estudos têm sido feitos sobre o conteúdo dos esquemas mais ligados a determinados Quadros clínicos sendo ainda embrionária a investigação acerca dos processos esquemáticos (processos pelos quais os esquemas tendem a manter-se inalterados) associados aos diversos tipos de patologia. Em 1990, Young propôs uma taxonomia de esquemas, que designou por *Esquemas Precoces Mal-Adaptativos* (EPM), estes são caracterizados por terem uma origem precoce, a partir do relacionamento com figuras de vinculação, serem rígidos e disfuncionais em elevado grau e gerarem níveis elevados de afecto negativo quando activados (Young, 1990; Young & Lindeman, 1992; Young, Beck & Weienberger, 1993; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Desta forma e centrando-nos na nossa temática, a perda significativa de alguém próximo pode constituir-se como evento activador de qualquer um destes esquemas, os quais uma vez activados provocarão distorções significativas no processamento de informação relevante, com o conseqüente nível de activação emocional e padrões disfuncionais de comportamento. Ao encontro desta conceptualização compreendemos o modelo mais influente na psicoterapia do luto, indo ao encontro do "*trabalho de luto*" que remonta a Freud e que posteriormente Bowlby (1980) retomou na sua explicação do processo de luto – sendo a teoria da vinculação de Bowlby é actualmente a mais influente na área do luto (Stroebe & Shut, 1999).

¹ Representações estáveis do conhecimento que o indivíduo tem de si próprio, dos outros e do mundo e que, uma vez formados, orientam o processamento de informação relevante para o seu conteúdo.

Capítulo III.

Luto Complicado: Em torno da questão do diagnóstico

Um dos obstáculos para estabelecer um consenso sobre a fenomenologia de luto complicado é a dificuldade em distinguir luto normal de luto complicado (Sable, 1992).

A questão do diagnóstico do luto é uma das mais frequentemente referidas na literatura científica (Horowitz, Siegel, Holen, Bonanno, Milbrath, & Stinson, 1997; Jacobs, Mazure & Prigerson, 2000; Shear *et al.*, 2001; Stroebe, Schunt & Finkenaue 2001). É no reconhecido sistema de categorização *Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais, 4ª Edição* (DSM-IV: American Psychiatric Association, 1994) em que os critérios para um diagnóstico de luto não adaptativo permanecem conspicuamente ausentes (Lobb, Kristjanson, Aorun, & Monterosso, 2006; Lichtenthal, Cruess & Prigerson, 2004, Bonanno & Kaltman., 2001; Stroebe, Schut, & Finkenaue, 2001). Esta indefinição de diagnóstico situa-se na defesa da terminologia de luto patológico (complicado ou traumático) assim como na inexistência de um consenso relativamente a critérios luto patológico (Horowitz *et al.*, 1997; Jacobs, Mazure & Prigerson, 2000) pelas divergências entre os domínios do trauma e do luto e por uma perplexa distinção entre reacções normais e reacções patológicas de luto. Este facto tem outra dimensão quando nos remetemos para a mais-valia do DSM-IV, a orientação de profissionais de saúde mental em relação ao que é luto patológico e ao que é luto normal (Lichtenthal, Cruess & Prigerson, 2004) e em termos de intervenção apropriada (Stroebe *et al.*, 2000). Contudo, luto é frequentemente citado como um potencial critério de exclusão para perturbações mentais entre "*condições ou problemas... relacionado para... perturbações mentais*" (por exemplo, *perturbação de depressão maior, perturbação de adaptação*) codificável no eixo I no capítulo "*Outras condições que podem merecer atenção clínica*". Deste modo, a indefinição em termos de diagnóstico guia os clínicos a diagnosticarem indivíduos enlutados (caso experienciem sintomas específicos depressivos dois meses ou mais após a perda) com *perturbação de depressão maior*. De facto, conforme refere Rijo (2004), esta sintomatologia, de acordo com o manual, é típica em casos de luto que pode para além de aceitar o humor deprimido como natural, recorrer a ajuda profissional devido a outros sintomas como a insónia ou anorexia. Deste modo, as directrizes de luto estão em conflito com evidência significativa de sintomas de depressão, esses que consideramos integrantes de luto complicado constituindo uma forma patológica separada de relatos de stress psicológico

em enlutados. Em alternativa, o diagnóstico mais aconselhável para luto complicado parece ser o de *perturbação de stress pós-traumático* (Rijo, 2004) considerando uma perda significativa como um acontecimento traumático. A evolução científica tende a assumir uma considerável e crescente evidência de que a sintomatologia de luto complicado deva enquadrar-se no DSM-IV constituindo-se num "*síndrome clínico comportamental ou psicológico significativo ou padrão que surge num indivíduo associado com angústia ou incapacidade*" (American Psychological Association, 1994, p. xxi) diferenciando-se de perturbações de depressão, de ansiedade, de pós-stress traumático e de luto normal (Goodkin, Lee, Molina, Zheng & Frasca, 2006; Lobb, Kristjanson, Aorun, & Monterosso, 2006). Os primeiros contributos para a categorização de complicações inerentes a um luto anormal partiram de Parkes (1965) conceptualizando inicialmente em três categorias² (*luto inibido*, *luto atrasado* e *luto crónico*) sendo posteriormente redefinidos por Parkes e Weiss (1983) adoptando os termos³: *luto antecipado*, *luto conflituoso*, e *luto crónico*. Mais tarde, aparece o termo *luto traumático* e a proposta de critérios (Prigerson *et al.*, 1999). O Quadro 4 apresenta esses mesmos critérios, sendo a *angústia de separação* e *angústia traumática* os seus constituintes.

Quadro 4 - Critérios para luto traumático (Prigerson *et al.*, 1999).

Critério A - Dificuldades de separação.

Critério B - Dificuldades traumáticas.

Critério C - duração das perturbações num período de pelo menos 6 meses.

Critério D - prejuízo social, áreas de funcionamento global, profissional entre outras.

Seguidamente iremos discutir as três propostas que têm merecido maior atenção e credibilidade. Começamos por discutir a proposta de critérios para Distúrbio de Luto Complicado (Horowitz *et al.*, 1997) sendo descritos no Quadro 5 e discutidos seguidamente. Esta proposta tem como base um estudo empírico com dois tempos de avaliação, 6 e 14 meses após a perda significativa salientando a exigência de um período de luto até aos 14 meses (Critério A) remetendo-se para o efeito aniversário, um período de maior activação emocional, no qual podem surgir algumas manifestações de luto não representadas anteriormente (Rijo, 2004). Um outro aspecto a salientar diz respeito aos critérios relacionados com os sintomas, parecendo relevante estarem subdivididos em sintomas intrusivos e sintomas de evitamento/dificuldades de adaptação, o que parece estar relacionado com a distinção típica dos sintomas presentes nas reacções a eventos traumáticos (Horowitz,

² Luto inibido quando não existe reacção individual ou resposta mínima perante a perda em comparação a um Quadro típico de reacção à perda. Luto atrasado ocorre quando a resposta de perda é inibida e é seguida por uma reacção típica ou prolongada. Por fim, luto crónico inclui reacção prolongada à perda, de angústia e de separação severa, intensa e geradora de *stress* (Parkes, 1965).

³ Luto antecipado envolve a negação de perda e sentimentos de desespero, enquanto Luto conflituoso refere-se quando o sentimento do enlutado é ambivalente assemelhando-se a um luto atrasado ou ausente. Por fim, Luto crónico envolve reacções prolongadas ansiosas como resultado de uma relação de dependência a longo prazo com o falecido (Parkes & Weiss, 1983).

1986), sustentado a forte relação de sintomatologia de depressão e ansiedade com luto complicado (Horowitz, Siegel *et al.*, 1997) e por sua vez dificuldades adaptativas face à perda (Horowitz, Wilner, *et al.*, 1997; Jacobs, Mazure & Prigerson, 2000) dando demasiada ênfase ao evitamento traumático (Prigerson & Maciejewski., 2006; Dixon, Smilek, Duffy, Zanna, & Merikle, 2006; Stroebe & Shut, 2006).

Quadro 5- Critérios para Distúrbio de Luto Complicado (Horowitz *et al.*, 1997)

A. Critério relacionado com o acontecimento/resposta prolongada de luto (por perda de cônjuge, outro familiar ou amigo íntimo) há pelo menos 14 meses (evita-se os 12 meses devido a possível reacção turbulenta no primeiro aniversário da morte).

B. Critérios relacionados com sinais e sintomas

No último mês, a presença de três dos seguintes sintomas, com uma severidade que interfere com o funcionamento habitual:

Sintomas intrusivos

1. Memórias espontâneas ou fantasias intrusivas relacionadas com a relação perdida
2. Fortes períodos de intensa emoção relacionada com a relação perdida.
3. Anseios ou desejos fortes e perturbadores de que o(a) falecido(a) esteja presente.

Sinais de evitamento e dificuldades de adaptação

4. Sentimentos de intensa solidão ou de vazio.
5. Afastamento excessivo das pessoas, locais ou actividades que recordam o tema do falecimento.
6. Níveis de interferência no sono pouco habituais.
7. Perda de interesse pelas actividades profissionais, sociais, recreativas ou por tomar conta de terceiros, num grau inapertivo.

Contrapondo com a proposta diagnóstico de luto traumático de Jacobs, Mazure & Prigerson (2000) apresentada no Quadro 6, parece-nos mais interessante que a de Horowitz *et al.*, (1997), na medida em que é proposto um leque mais diversificado de sintomas (Critério B) que abarcam melhor a diversidade da sintomatologia cognitiva e emocional típica das reacções de luto patológico. No entanto, esta proposta é pouco exigente quanto ao tempo necessário após a perda (Critério C). Da mesma forma, parece-nos fraca a exigência de apenas um dos sintomas listados para o Critério B, apesar da necessidade de preencher o Critério D.

Quadro 6 – Critérios para Luto Traumático (Jacobs, Mazure, & Prigerson, 2000)

Critério A: 1. O indivíduo experienciou a morte de um outro significativo

2. A resposta envolve uma preocupação intrusiva e perturbadora relacionada com a pessoa Falecida (e.g., saudades, desejo ou procura).

Critério B: Em resposta à morte, um ou mais dos seguintes sintomas são intensos e persistentes:

1. Esforços frequentes para evitar lembrar-se do falecido (e.g., evita pensamentos, sentimentos, actividades, pessoas, lugares)
2. Sentimentos de inutilidade ou de futilidade acerca do futuro
3. Sensação subjectiva de turpor, desligamento ou ausência de reverberação emocional
4. O indivíduo sente-se atordoado, confuso ou chocado
5. Dificuldades em aceitar a morte (e.g., não acredita no sucedido)
6. Sentimento de que a vida é vazia ou sem sentido
7. Dificuldade em imaginar uma vida preenchida sem o falecido
8. Sentimento de que morreu uma parte desi
9. Visão do mundo alterada (e.g., perda de sentido de segurança, confiança ou controlo)
10. Assume sintomas ou comportamentos prejudiciais da (ou relacionados com a) pessoa falecida
11. Excesso de irritabilidade, amargura ou raiva relacionadas com a morte

Critério C: A duração do distúrbio (sintomas listados) é de, pelo menos, dois meses

Critério D: O distúrbio causa dano clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento

Apesar das equivalências entre alguns dos sintomas, influências distintas estão presentes em ambas as propostas, mantendo actual a discussão acerca do melhor enquadramento teórico para as reacções patológicas.

Apresentamos de seguida a proposta mais recente de critérios para luto complicado (Prigerson & Maciejewski, 2006), redefinida do passado jogo de critérios de luto complicado (Prigerson & Jacobs, 2001b) onde o cerne do diagnóstico seria a perda de alguém significativo, a sua adaptação – *bereavement* - e angústia de separação - *separation distress*. (Lobb, Kristjanson, Aorun, & Monterosso, 2006).

Uma vez que estes parâmetros não fazem distinção de luto complicado e luto normal, surgiram três requisitos: sintomas traumáticos, prejuízo de funcionamento, num período de pelo menos seis meses após a perda. Estes parâmetros foram as bases para a definição de critérios mais actuais de luto complicado.

O jogo de critérios é apresentado no Quadro 7 e discutido seguidamente.

Quadro 7- Critérios propostos para Luto Complicado - DSM-V (Prigerson, 2006).

Critério A: Ansiedade crónica e persistente, abatido, sentir falta, reflectindo vontade de falar com o falecido, que não pode ser satisfeita por outros. Diariamente, angustia intrusiva e desgosto disruptivo (*Disruptive heartache*).

1. Ansiedade / Sentir falta / Desgosto

Critério B: A pessoa deve ter quatro dos oito sintomas seguintes, várias vezes durante o dia ou o grau de intensidade é suficiente para ser angustiante e perturbador:

1. Problemas em aceitar a perda.
2. Incapacidade para confiar nas pessoas.
3. Excessiva irritabilidade, amargura ou raiva em relação à perda.
4. Dificuldade em continuar a sua vida, em fazer novas amizades, novos interesses.
5. Entorpecimento/Separação, vivência subjectiva de anestesia emocional em relação aos outros.
6. Sentimento de vida vazia ou sem sentido.
7. Vivência de falta de objectivos ou visão sombria face ao futuro.
8. Agitação

Critério C: Os sintomas anteriores causam um significativo prejuízo e persistente disfuncionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes da vida do indivíduo

Critério D: Os sintomas anteriores devem ter pelo menos 6 meses de duração

Diagnóstico de Luto Complicado = Critério A, B, C e D devem ser reconhecidos.

Em relação aos critérios há um consenso que com “*base no estudo até à data, que os critérios propostos por Prigerson parecem ter mais vantagens que os propostos por Horowitz*” (Goodkin *et al.*, 2006, p.32) indo ao encontro de Parkes (2006) sublinhando características psicométricas mais viáveis, criticando os critérios de Horowitz por não conseguirem diferenciar claramente luto complicado de outras perturbações, assim como a já referida excessiva ênfase ao evitamento traumático.

Apresentadas as propostas são sugeridas duas questões sem resposta, a ausência de categorização e ausência de terapia apropriada para a mesma perturbação sendo que a resolução da primeira permitiria a solução da segunda questão (Stroebe *et al.*, 2000).

Relativamente à preocupação na categorização de luto complicado no DSM-V é na *"ampla base de perdas culturais"* (Walle, 2004, p.52) assim como a diferenciação destes sintomas de *"sintomas de perturbações de depressão e ansiedade e de reacções de trauma"* (Kaltman & Bonanno, 2001, p.710) onde encontramos as duas dificuldades mais debatidas. Em alternativa, Horowitz sugere que o distúrbio de luto complicado deva ser incluído numa categoria diferente de síndromes de reacções a stress ou numa categoria diferente categoria indo ao encontro dos seus critérios de diagnóstico para luto complicado (Horowitz, 2006) ao contrário de Goodkin (2006) e Stroebe & Shut (2006) apoia a inclusão de luto complicado no DSM-V mas com a clarificação de critérios mais consistentes. Ainda mais recentemente Prigerson & Vanderwerker (2008) recomendam que o foco dos critérios de luto complicado *"é sobre a relação e o significado explícito (e implícito) da perda da relação que o enlutado também perdeu"* (p.92), descartando o enquadramento de luto complicado *"entre perturbações de humor, nem entre transtornos de ansiedade (incluído PTSD e reacções de stress similares), mas sim ser interpretado separadamente no âmbito de uma nova categoria de perturbações de adaptação "* (p.92). Por sua vez Parkes (2006) suporta Prigerson e Horowitz manifestando que: *"o conceito de luto complicado hoje é tão complicado que merece ser reconhecido como um transtorno específico"* (p.110) em vez de ser atribuído a uma qualquer categoria relacionada. Ao encontro dessa mesma ideia, Prigerson e Horowitz estão comprometidos em preparar um conjunto de critérios finais sobre luto complicado, sendo posteriormente distribuído a clínicos e investigadores para esclarecimentos adicionais, revisão e arbitragem com vista a um consenso generalizado (Kenneth, 2006).

Deste modo, e perante a revisão da literatura é pertinente disponibilizar um instrumento de avaliação de casos de Luto para a população portuguesa implicando a discussão da dimensionalidade do constructo de Luto Complicado, auxiliando os clínicos em torno de diagnóstico e de intervenção.

Segunda Parte

Estudo Empírico

Capítulo IV.

Metodologia

4.1. Objectivos e pertinência

O presente estudo foi desenhado com a intenção de responder a dois grandes objectivos teóricos. Em primeiro lugar, pretendíamos analisar a estrutura factorial do *Inventory of Complicated Grief*, ou seja, saber se a estrutura factorial numa amostra portuguesa é a mesma que a do estudo original a partir de uma amostra norte-americana (Prigerson et al., 1995a). Em segundo lugar, interessava-nos confirmar – ou discutir, caso essa confirmação não ocorresse – a dimensionalidade do constructo de luto complicado.

Além destes objectivos teóricos, tínhamos também o objectivo prático de disponibilizar um instrumento internacionalmente credível para a investigação em língua portuguesa e em amostras nacionais sendo útil igualmente na prática clínica.

4.2. Desenho metodológico

Segundo a classificação de Polit & Hungler (2004), o presente estudo é de natureza quantitativa de investigação metodológica que procura a avaliação das propriedades psicométricas do *Inventory of Complicated Grief* (ICG) tendo em conta a realidade portuguesa, uma vez que já foi construído e validado para a língua inglesa (Prigerson et al., 1995a) discutindo: *Luto complicado como um constructo multidimensional*.

4.3. Amostra

4.3.1. Selecção da amostra

No presente estudo foi utilizada uma amostra não-probabilística por acessibilidade sem qualquer método estatístico de selecção e em sintonia com critérios de inclusão e exclusão. Como *Critérios de Inclusão* temos: Jovens adultos estudantes Universitários de ambos os sexos, compreendendo todos os parâmetros do objectivo do estudo, cujo preenchimento é voluntário e anónimo, tendo como referência uma situação de luto com significado pessoal

(familiar directo ou indirecto; amigo; colega; conhecido; vizinho,e.g) não necessariamente a última situação de perda ou luto. Estes critérios pressupõem o consentimento informado para a participação na investigação de acordo com os padrões éticos actuais. Relativamente aos *Critérios de Exclusão*: Não ter tido experiência de luto no seu passado; Não consentir participar na investigação.

4.3.2. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 127 Estudantes Universitários da Escola Superior do Vale do Sousa, de vários cursos de saúde: Enfermagem, Podologia, Fisioterapia e estudantes do Instituto Superior Ciências da Saúde - Norte: Psicologia Clínica dos quais 70.1% (N=89) são do sexo feminino e 70.1% (N=38) do sexo masculino. A idade média dos participantes é de 19.87 anos, com um desvio-padrão de 1,90 anos. A idade mínima da amostra é 17 anos e a máxima 26. A amostra foi diferenciada de acordo com o tipo de perda: morte de avó(s) 55.9% (N=71), morte de irmão(s) 3.1% (N=4), morte de pais 5.5% (N=7), morte de amigos 15% (N=19), morte de tio(s) 15% (N=19), morte de primo(s) 5.5% (N=7). A maioria dos participantes não recorreram a qualquer serviço de saúde mental 95.3% (n=121), enquanto 4.7% (n=6) tiveram acompanhamento psicológico. Todos os participantes são solteiros e residentes em grandes centros urbanos do Norte do País, sendo que 89% (N=113) têm naturalidade portuguesa e 11% outras naturalidades (N=14), tais como: África do sul (N=2); Austrália (N=1); Brasil (N=1); Espanha (N=1); França (N=5); Luxemburgo (N=1); Suíça (N=2); Venezuela (n=1). Observamos que 44.1% (N=56) tiveram lutos anteriores significativos, enquanto 55.9% (N=71) remeteram-se a um primeiro luto significativo.

Em relação à importância do falecido na vida de cada participante, de acordo com o referencial de resposta ("0" - *nada importante* a "10" - *muitíssimo importante*), varia de "2" a "10", com uma média de 7.54 (DP=2.284). Tendo em conta o referencial de resposta ("1" - *nada difícil* a "10" - *extremamente difícil*) actualmente a situação de luto é sentida com um valor mediano de 5.56, sendo o desvio padrão de 2.77. Diversos factores de stress foram igualmente registados, tais como: 16.5% (N=21) a admissão na faculdade; 7.9% (N=10) outros lutos; 3.9% (N=5) a eminência de outros lutos; 4.7% (N=6) problemas familiares; 3.9% (N=5) outros factores de stress de índole pessoal; sendo que 63% (N=80) não revelaram qualquer factor stressante significativo associado à perda. É no intervalo de tempo 1 a 5 anos que se observa maior incidência de casos 34.6% (N=44); sendo que um quarto da totalidade da amostra registou uma perda significativa nos últimos 6 meses. Relativamente à idade do falecido, varia entre os 4 e os 90 anos, independentemente do sexo, com uma média de idade

de 56.72 anos e um desvio-padrão de 24.75 anos. De acordo com o tipo de perda: a “*morte de avó(s)*” 55.9% (N=71) revelou-se a categoria com maior incidência; sendo das seis categorias consideradas (Anexo 3) a categoria “*morte de irmão(s)*” com menor incidência” 3.1% (N=4). Por fim, relativamente à relação entre enlutado e falecido a categoria “*confidente*” tem maior incidência 34.6% (N=44), ao contrário da categoria “*liderança*” com menor prevalência 6.3% (N=8).

4.4. Medidas

Foram utilizadas várias medidas após o consentimento informado - Anexo 2 - entre as quais: um questionário construído para o propósito de caracterizar a nossa amostra - Anexo 3 -; *Inventory of Complicated Grief* - ICG - (Prigerson, et al., 1995a) - Anexo 4 -; *Inventário Depressivo de Beck* - BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) e *Escala de Impacto de Eventos Traumáticos –Revista – IES-r* (Weiss & Marmar, 1997).

O ICG é um instrumento de avaliação de sintomas de luto que auxilia na discriminação entre Luto Complicado (ICG_{total} >25) e não complicado (Prigerson et al., 1995a), colmatando a necessidade de instrumentos direccionados para sintomatologia de luto complicado, diferenciando igualmente de “*outras perturbações emocionais tal como a depressão*” (Prigerson et al., 1995a, p. 76). É consensualmente aceite como um dos instrumentos auxiliares mais solicitado por clínicos, sendo a sua especificidade, fidelidade, validade e predição creditada em vários estudos (Prigerson, Bierhals, & Zonarich, 1996; Prigerson et al., 1995a; Prigerson et al., 1995b). Caracteriza-se por ser numa escala tipo *Likert* (0 = “*nunca*”; 1 = “*raramente*”; 2 = “*às vezes*”; 3 = “*muitas vezes*”; 4 = “*sempre*”) sendo composto por dezanove itens.

No estudo de validação da versão original a amostra era constituída por 70 indivíduos enlutados (M=66.90; SD=6.15) N=19 (sexo masculino); N=51 (sexo feminino): em comparação com 27 indivíduos sem luto (M=81.63; SD=6.15) do sexo masculino (N=7) e do sexo feminino (N=20). O ponto de corte de >25 discrimina assim 20% (N=13) da amostra determinando dificuldades em termos sociais, ao nível cognitivo e funcionamento geral em relação à perda em comparação aos sujeitos que se situavam abaixo. Segundo o mesmo autor, o ICG é melhor caracterizado por um único factor (eigenvalue=10.015, R² = 0.999) possuindo uma consistência interna alta (*Cronbach's* = 0.94). Em termos de validade externa, o ICG foi validado em relação a outras escalas como o *Inventário Depressivo de Beck* - BDI (*r*=0.67; *p*<0.001); *Texas Revised Inventory of Grief -TRIG* (Faschingbauer et al., 1987) (*r* =0.87; *p*<0.001); *Grief Measurement Scale* - GMS (Jacobs et al., 1987) (*r*=0.70; *p*<0.001).

As conclusões finais do autor original vão no sentido de: “*realização de estudos que repliquem as conclusões preliminares desta escala em indivíduos mais jovens*” (Prigerson et al., 1995a, p. 76) assim como a “*necessidade de maior validação do mesmo instrumento*” (p. 75).

Em relação ao IES-r assume-se entre vários tipos de instrumentos disponíveis para avaliar reacções traumáticas como o instrumento mais frequentemente utilizado (Stroebe & Schut, 2006). A IES-r é composta por vinte e dois itens, com cinco níveis de resposta tipo *Likert*, sendo estes incluídos na sub-escala de Evitamento (oito itens), na sub-escala de Intrusão (oito itens originais e um item novo) e na sub-escala de Hipervigilância (seis itens) capazes de avaliar sintomas como irritabilidade, agressividade, dificuldades de concentração, entre outros (Weiss & Marmar, 1997). Mais tarde, pela validação na língua portuguesa (Castanheira, Vieira, Glória, Afonso, Rocha, 2007, Junho) identificamos assim um factor latente, “*embotamento emocional*” (Frade, Sousa, Pacheco & Rocha, 2009, Junho), em consonância com análises factoriais que destacaram tal componente ao estudarem a IES e a IES-R originais (Sundin & Horowitz, 2002). Esta escala quantifica a frequência de sintomatologia pós-traumática dos indivíduos, cotando-se através da média da mesma e a sua cotação é realizada através do somatório das médias das sub-escalas. Deste modo, um resultado elevado é indicativo de mais sintomatologia pós-traumática e conseqüentemente maior gravidade da situação, assim como o inverso, ou seja, quanto menor o resultado, menor será a sintomatologia. Relativamente às características psicométricas, a IES-r, traduzida e validada para a população portuguesa apresenta em termos de fidelidade (consistência interna) um *alfa de Cronbach* de 0.94; variância explicada igual a 63%; validade externa: *r de Pearson* de 0.56 para índices depressivos (Beck Depression Inventory, BDI ($P=0.000<0.01$)) e *r de Pearson* de 0.626 ($P=0.000<0,01$) para sintomatologia psicopatológica - Brief Symptom Inventory, BSI - (Derogatis & Spencer, 1982).

Em relação ao BDI, segundo Stroebe & Schut (2006) a administração deste instrumento indica-nos a extensão da sintomatologia depressiva inerente a situações de luto, sendo a definição do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objectivos do estudo (Beck, Steer & Garbin, 1988). Assim, o BDI (Beck et al., 1961) é um instrumento constituído por 21 grupos de 4, 5 ou 6 afirmações, respeitantes a toda a sintomatologia depressiva, em que 11 relacionam-se com aspectos cognitivos; 5 com sintomas somáticos; 2 com comportamentos observáveis; 2 com o afecto e 1 com sintomas interpessoais (Vaz-Serra, 1994). McIntyre & McIntyre (1995) discriminam como tendo 6 itens respeitantes à componente afectiva (itens 1, 4, 7, 10, 11 e 12); outros 6 à componente cognitiva (itens 2, 3, 5, 8, 13 e 14); 4 itens respeitantes ao desvio funcional depressivo (itens 16, 18, 19 e 21); 2

itens à componente motivacional (itens 9 e 15), outros 2 à componente física (itens 17 e 20) e finalmente o item restante que representa a componente delirante (item 6). Estes mesmos itens relacionam-se com manifestações comportamentais observáveis no Quadro clínico depressivo, e não reflectem uma teoria etiopatogénica da depressão. Deste modo, cada categoria corresponde a uma manifestação comportamental da depressão e é constituída por quatro frases, com valores de 0 a 3 pontos, dispostas por ordem crescente de intensidade, escolhendo o indivíduo a expressão que melhor define o seu estado emocional como referência à última semana, incluindo o dia do questionário. Esta ordenação das questões permite ao sujeito responder a este inventário escolhendo facilmente aquela que melhor descreve a forma como se sente no momento do seu preenchimento.

4.5. Procedimentos

4.5.1. Autorização junto ao autor original

A autorização do nosso estudo foi obtida por meio de correio electrónico junto da autora original do ICG, Holly Gwen Prigerson Phd, Harvard Medical School, assim como foi possível discussão sobre alguns aspectos pertinentes.

4.5.2. Procedimentos de Tradução

Os procedimentos de tradução seguiram as seguintes etapas: *Etapa 1: Tradução Inicial:* tradução directa da versão original inglesa do *Inventory of Complicated Grief* (Prigerson et al., 1995a) para a língua portuguesa. Esta tarefa foi realizada por um tradutor externo habilitado e sem conhecimento do propósito de tradução. Posteriormente o mesmo instrumento foi traduzido por um profissional de saúde, com vínculo académico, sem qualquer conhecimento do propósito da tradução. Por fim, as duas traduções foram analisadas por um profissional de saúde, licenciado em Psicologia Clínica, com vínculo académico, com conhecimento do propósito da tradução, considerando as similaridades entre as duas traduções (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000) comparando-as e sintetizando-as numa única versão. Reunidas condições, procedemos à *Etapa 2: Análise da tradução:* onde a versão portuguesa foi considerada por seis profissionais de saúde, com formação em Psicologia Clínica, com conhecimento do propósito da tradução e do questionário na versão original, discutindo as discrepâncias da tradução inicial *item a item* (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000) com vista a uma fiável tradução do instrumento, tendo em conta diversos aspectos (Schmidt & Bullinger, 2003; Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000;

Ciconelli, 1997) tais como a *Equivalência semântica*: análise do significado das palavras, quando existiam mais de um significado e das dificuldades gramaticais da tradução; *Equivalência idiomática*: adaptação ao vocabulário português de expressões coloquiais ou idiomáticas; *Equivalência experiencial e cultural*: adaptação à cultura portuguesa; *Equivalência conceptual*: verificação de expressões com significado conceptual e importância cultural semelhante, apesar de semanticamente equivalentes. Após estas condições procedemos à *Etapa 3: Tradução de volta ao inglês «back translation»*, sendo realizada por um tradutor oficial de inglês, sem qualquer conhecimento do questionário original e sem formação e conhecimento na área da saúde, sendo comparada com a tradução pré-final, solucionando a *pré-tradução final* (Beaton et al., 2000). Por último foi considerada a *Etapa 4: Pré-teste*, uma etapa muitas vezes ignorada, que revela à partida a primeira validação do instrumento, a validação de face ou aparente⁴, uma vez que cada sujeito revela o seu entendimento em relação à clareza da redacção e do significado dos itens reforçando a aceitação geral do instrumento (Isaac & Michael, 1971). Para este efeito foi seguida a sugestão de Cooper & Schindler (2003) em dois tipos de pré-teste, o *Pré-teste do investigador* e o *Pré-teste ao inquirido*. Relativamente ao primeiro, de forma informal foi realizado nos primeiros momentos após a *pré-tradução final* estruturando e ajustando melhor o instrumento. Já o *Pré-teste ao Inquirido* remeteu-se à primeira administração da *pré-tradução final* a um grupo reduzido de estudantes universitários, com o objectivo de averiguar a perfeita compreensão e adequação dos termos traduzidos. Em ambos os casos, o pré-teste teve como qualidade colaborativa, ou seja cada sujeito foi informado sobre o objectivo da investigação e de todo o processo descrito no consentimento informado - Anexo 2 - com o comprometimento de sugerir e discutir sobre a compreensão dos itens, sendo desta forma agente activo (Cooper e Schindler, 2003) nesta última etapa de procedimentos de tradução.

4.5.3. Autorização junto das entidades

Antes de qualquer administração, foi reservado o direito, sob autorização - Anexo 1 - aos departamentos do Instituto Politécnico de Saúde do Norte e da Escola Superior do Vale do Sousa, de vários cursos de saúde: Enfermagem, Podologia, Fisioterapia, assim como ao Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte: Psicologia Clínica a recolha de dados junto dos Estudantes Universitários.

⁴ Segundo Polit e Hungler (2004) a validade aparente é entendida pela compreensão e clareza dos itens do instrumento, realizada por peritos e juízes (como na validade de conteúdo) que conheçam o objectivo e a importância da análise da clareza, da facilidade de leitura, da compreensão e da forma de apresentação do instrumento.

4.5.4. Recolha dos dados

Antes do fornecimento dos questionários, os participantes foram informados de forma sucinta de acordo com os objectivos e a pertinência do estudo, consentimento informado - Anexo 2 -, clarificando questões relativas ao questionário de dados sócio-demográficos - Anexo 3 -. Posteriormente, procedeu-se à administração dos instrumentos, recolhendo todos os questionários de forma aleatória à frente dos participantes, agradecendo a colaboração dos presentes, reforçando o carácter confidencial das suas respostas. Nas instruções gerais informamos os participantes que o preenchimento dos instrumentos poderia tomar 15 a 20 minutos. Na generalidade, a recolha de dados não levou mais do que o tempo informado, salvo num único caso que necessitou mais de 20 minutos (25 minutos).

4.5.5. Tratamento de dados

Esta etapa é das mais importantes numa investigação, apesar de muitas vezes negligenciada (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998). Neste ponto, as técnicas multivariadas serão ponderadas mediante à adequação da amostra e os objectivos do estudo. No caso deste estudo, os dados foram tratados a fim de satisfazer alguns parâmetros para os dados amostrais exigidos para a utilização das técnicas de *Análise Factorial Exploratória* (AFE) e *Análise Factorial Confirmatória* (AFC) – Modelagem de Equações estruturais. Um desses aspectos centrou-se na presença de *missing values*⁵ e na avaliação da normalidade dos dados. A abordagem escolhida para o tratamento desses valores foi o *listwise* (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998), retirando por completo os casos cujos valores se encontravam em falta. Primeiro, dado que não haveria dificuldade em conseguir uma amostra com número de observações adequadas e suficientes para o nosso estudo, segundo, dado que apenas três casos foram encontrados nessa situação num total de 130. Posteriormente, seguiu-se a sugestão de (Grady, Newman & Vittinghoff, 2001) de codificar aleatoriamente os questionários com vista à sua conversão numa base de dados possibilitando a análise estatística.

No que diz respeito aos procedimentos estatísticos, mais propriamente a realização da AFE e AFC foi realizada com programa estatístico *Statiscal Package for Social Sciences (SPSS, versão 16.0)* para a primeira análise, e o *Linear Structural Relations (Lisrel 8.80 versão trial para Windows Vista)* para a segunda análise.

⁵ A existência de *missing values* em investigação em ciências humanas é muito comum, sendo inúmeros os motivos que levam os participantes a não responderem a uma ou algumas questões.

Capítulo V.

Resultados

5.1. Estudo das características gerais da escala

Tabela 1 - Estudo das características gerais do ICG.

	Nº de itens	Média	Desvio Padrão	Amplitude (min-máx)	Amplitude Verificada (min-máx)
ICG	19	19.60	1.080	76 (0-76)	61 (0-61)

Como podemos observar na Tabela 1, ao número total de itens do ICG (19) corresponde uma média em termos de idade de 19.60 e desvio padrão de 1.080, portanto pouca discrepância em termos de idade. Tendo em conta a amplitude máxima do ICG igual a 76, a amplitude máxima verificada revela-se próxima desses valores, sendo igual a 61.

5.2. Sensibilidade dos itens do ICG

Tabela 2 – Sensibilidade dos itens do ICG.

	Nunca N (%)	Raramente N (%)	Às vezes N (%)	Frequentemente N (%)	Sempre N (%)
Item 1	29 (22.8)	44 (34.6)	36 (28.3)	14 (11)	4 (3.1)
Item 2	37 (29.1)	31 (24.4)	36 (28.3)	15 (11.8)	8 (6.3)
Item 3	27 (21.3)	37 (29.1)	31 (24.4)	20 (15.7)	12 (9.4)
Item 4	11 (8.7)	22 (17.3)	45 (35.4)	32 (25.2)	17 (13.4)
Item 5	31 (24.4)	32 (25.2)	39 (30.7)	14 (11.0)	11 (8.7)
Item 6	31 (24.4)	38 (29.9)	33 (26.0)	18 (14.2)	7 (5.5)
Item 7	35 (27.6)	36 (28.3)	37 (29.1)	14 (11.0)	5 (3.9)
Item 8	40 (31.5)	41 (32.3)	28 (22.0)	14 (11.0)	4 (3.1)
Item 9	71 (55.9)	38 (29.9)	13 (10.2)	3 (2.4)	2 (1.6)
Item 10	76 (59.8)	33 (26.0)	14 (11.0)	4 (3.1)	-
Item 11	101 (79.5)	18 (14.2)	4 (3.1)	4 (3.1)	-
Item 12	77 (60.6)	31 (24.4)	14 (11.0)	4 (3.1)	1 (0.8)
Item 13	45 (35.4)	34 (26.8)	37 (29.1)	7 (5.5)	4 (3.1)
Item 14	83 (65.4)	22 (17.3)	15 (11.8)	6 (4.7)	1 (0.8)
Item 15	81 (63.8)	22 (17.3)	19 (15.0)	5 (3.9)	-
Item 16	91 (71.7)	23 (18.1)	7 (5.5)	3 (2.4)	3 (2.4)
Item 17	45 (35.4)	35 (27.6)	35 (27.6)	8 (6.3)	4 (3.1)
Item 18	80 (63.0)	21 (16.5)	18 (14.5)	7 (5.5)	1 (0.8)
Item 19	63 (49.6)	39 (30.7)	19 (15.0)	4 (3.1)	2 (1.6)

Como se pode observar na Tabela 2, de uma forma geral os itens revelam-se sensíveis, dado que todas as categorias de resposta são seleccionadas. Os itens 10, 11, 15, embora se encontrem enviesados unicamente para o extremo mais negativo da escala de resposta (“Sempre”), não podem daí ser considerados excepção e desta forma, não podemos considerá-los com pouca sensibilidade para discriminar os participantes.

5.3. Validade de constructo do ICG:

5.3.1. Análise de fidelidade

Para verificar a fidelidade do instrumento optou-se pelo coeficiente *Alfa de Cronbach*, que corresponde a uma medida da consistência interna (Spector, 1992) permitindo explorar o grau em que o nosso instrumento produz resultados consistentes ou equivalentes sendo uma representação legítima e adequada do construto ou ausência de erro aleatório.

Tabela 3 – Estudo de fidelidade dos itens do ICG.

Variável	Média da escala se o item for excluído.	Variância da escala se o item for excluído	Correlação total do item	Cronbach's Alpha se o item é excluído
icg16	37,14	136,281	,541	,910
icg17	36,46	138,012	,362	,915
icg18	36,95	140,760	,286	,916
icg1	36,23	130,320	,702	,906
icg2	36,18	130,102	,610	,909
icg3	35,97	126,872	,708	,906
icg4	35,43	131,469	,598	,909
icg5	36,06	129,576	,621	,908
icg6	36,13	130,672	,610	,909
icg7	36,24	130,218	,661	,907
icg8	36,38	128,666	,735	,905
icg9	36,96	134,800	,624	,909
icg10	37,02	135,372	,650	,908
icg11	37,30	139,862	,494	,912
icg12	37,01	137,087	,516	,911
icg13	36,46	130,853	,668	,907
icg14	37,02	137,476	,457	,912
icg15	37,01	137,643	,476	,912
icg19	36,83	135,060	,573	,910

Como observado na Tabela 3, os resultados de “*Alfa se o item é excluído*” sugerem que o valor de consistência interna desce se quaisquer dos itens for excluído, com exceção do item 17 e 18, em que a sua omissão faz o valor do Alfa subir de 0.914 para 0.915 e 0.916, respectivamente. Porém, o aumento é tão reduzido que praticamente não há ganho com a retirada de qualquer um desses itens do instrumento, pelo que optamos por manter a totalidade dos itens.

5.3.2. Estudo da correlação entre as variáveis

Entendendo a não exclusão de qualquer item torna-se necessário explorar o estudo de correlação entre variáveis esclarecendo a adequação à análise factorial exploratória. Se as

correlações entre as variáveis forem pequenas, a análise factorial pode ser inadequada para tratamento dos dados.

Tabela 4 –Matriz das correlações de variáveis do ICG.

	icg1	icg2	icg3	icg4	icg5	icg6	icg7	icg8	icg9	icg10	icg11	icg12	icg13	icg14	icg15	icg16	icg17	icg18	icg19
Icg1	1,00																		
Icg2	,572	1,00																	
Icg3	,493	,447	1,00																
Icg4	,604	,446	,484	1,00															
Icg5	,596	,385	,478	,665	1,00														
Icg6	,427	,403	,583	,418	,418	1,00													
Icg7	,441	,408	,631	,396	,434	,677	1,00												
Icg8	,530	,431	,659	,400	,505	,628	,689	1,00											
Icg9	,515	,526	,398	,310	,274	,452	,439	,442	1,00										
Icg10	,492	,491	,432	,322	,339	,369	,334	,442	,695	1,00									
Icg11	,452	,388	,271	,179	,185	,223	,266	,280	,566	,604	1,00								
Icg12	,367	,461	,314	,266	,317	,268	,348	,410	,408	,517	,598	1,00							
Icg13	,617	,423	,440	,674	,654	,304	,351	,485	,377	,519	,312	,389	1,00						
Icg14	,265	,249	,421	,159	,265	,187	,297	,353	,338	,436	,324	,229	,276	1,00					
Icg15	,266	,281	,423	,332	,289	,286	,365	,385	,226	,286	,218	,235	,423	,466	1,00				
Icg16	,352	,251	,412	,196	,282	,268	,372	,414	,356	,425	,375	,234	,350	,473	,421	1,00			
Icg17	,157	,175	,324	,188	,231	,283	,342	,395	,130	,133	,061	,250	,197	,195	,187	,347	1,00		
Icg18	,160	,181	,277	,078	,083	,230	,139	,273	,211	,200	,233	,071	,148	,178	,181	,317	,238	1,00	
Icg19	,504	,400	,321	,423	,429	,299	,349	,352	,535	,476	,338	,312	,530	,252	,132	,429	,272	,170	1,00

Segundo o estudo das correlações dos itens - Tabela 4 -, há muitas correlações significativas entre todas as variáveis. Por exemplo, as variáveis icg8 com icg1; icg3; icg5; icg6; icg7 revelam correlações relativamente elevadas (0.530; 0.659; 0.505;0.628; 0.689) entre si esperando-se que estas variáveis se correlacionem com o mesmo conjunto de factores.

Assim, pela análise dos coeficientes de correlação de *Pearson* adjectiva-se fortes correlações entre itens.

5.3.3. Adequação da amostra e teste de validade da análise factorial

Foram processados os testes de *esfericidade de Bartlett* e a medida de adequação da amostra *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) apresentados na Tabela 5. Na nossa amostra, tanto o teste KMO⁶ como o de *esfericidade de Bartlett* possibilitam a análise factorial. O teste KMO apresentou um valor de $0.887 > 0.50$ sendo um bom indicador (Pestana & Gageiro, 2003), ao passo que no teste de *Bartlett*, o nível de significância de $0.000 < 0.001$ para $X^2=1245.799$ assegura haver correlação entre as variáveis e que o número da amostra adequa-se ao estudo (Pestana & Gageiro, 2003).

⁶ KMO varia entre 0 e 1, compara as correlações de ordem zero com as correlações parciais observadas entre as variáveis. Entre 1- 0.9 adjectiva-se uma análise factorial muito boa.

Deste modo, os resultados aferem a qualidade das correlações entre as variáveis, indicando que a matriz é adequada para uma análise factorial.

Tabela 5- Avaliação da adequação da amostra: *KMO e Bartlett's Test.*

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,887
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1245,799
	Df	171,000
	Sig.	,000

5.3.4. Estudo de Comunalidades

Os índices de comunalidades dos indicadores são determinantes tendo em vista o número de factores extraídos na análise factorial exploratória, não os gerando por si só e na adequação à abordagem análise factorial confirmatória. A Tabela 6 apresenta a matriz de comunalidades com os índices atribuídos às variáveis o que expressam, em termos percentuais, o quanto a variabilidade de cada variável é explicada.

Tabela 6- Comunalidades para os indicadores da análise factorial exploratória.

Variáveis	Initial	Extraction
icg1	1,000	,694
icg2	1,000	,545
icg3	1,000	,699
icg4	1,000	,776
icg5	1,000	,735
icg6	1,000	,754
icg7	1,000	,765
icg8	1,000	,740
icg9	1,000	,706
icg10	1,000	,734
icg11	1,000	,741
icg12	1,000	,523
icg13	1,000	,792
icg14	1,000	,695
icg15	1,000	,728
icg16	1,000	,682
icg17	1,000	,577
icg18	1,000	,529
icg19	1,000	,678

Como pode ser observado na Tabela 6, quatro indicadores apresentaram valores abaixo de 0.60 (Pestana & Gageiro, 2003) apesar de que se aproximam do mesmo valor. O item melhor explicado é o icg13 explicando 79.2% ao contrário do icg12 com uma variância explicada de 52,3%. Os restantes valores (quinze indicadores) apresentaram valores acima de 0.60, sendo portanto, admissíveis. Esses coeficientes são denominados de cargas factoriais e representam as correlações entre os factores e as variáveis da matriz. Considerando os parâmetros colocados por Hair (2006) como necessários para a definição da amostra, assim como uma

das premissas principais da AFC, estes dados amostrais, são considerados adequados, tanto pelo número de observações (N=127) como pelos índices dentro dos parâmetros exigidos. Deste modo estão reunidas as condições necessárias para procedimentos de rotação de factores com vista a explicação da variabilidade dos dados.

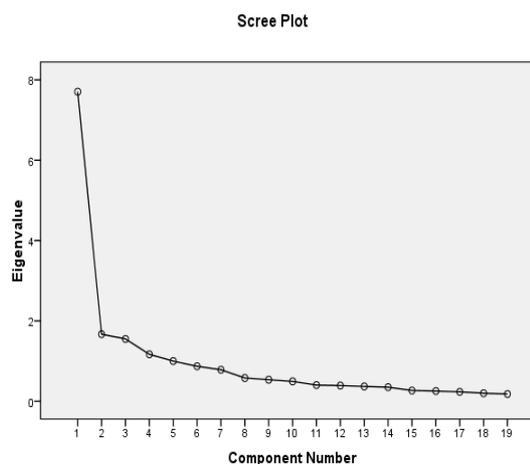
5.4. Análise Exploratória Factorial do ICG⁷

De acordo com Churchill (1979) a AFE tem o propósito de sugerir o número de dimensões subjacentes a um constructo. Para o efeito procedeu-se à estratégia analítica *Principal Components*, com rotação *Varimax*, sendo o método mais comum de rotação ortogonal facilitando a interpretação dos resultados (Kaiser, 1958). Tanto a Tabela 7 como a Figura 7 apresentam o comportamento do nosso instrumento com este método esclarecendo a definição do número de factores extraídos da matriz (Cattell, 1966; Malhotra, 2001).

Tabela 7- Relação entre os Itens do ICG, seus autovalores; Explicação da variância e explicação da variância acumulada.

Itens	Valores Próprios (Eigenvalues)		
	Total	Explicação da variância (%)	Variância Acumulada (%)
1	7,705	40,551	40,551
2	1,669	8,787	49,337
3	1,550	8,160	57,498
4	1,168	6,147	63,644
5	,999	5,260	68,904
6	,870	4,579	73,484
7	,784	4,126	77,609
8	,579	3,046	80,655
9	,537	2,824	83,479
10	,494	2,599	86,078
11	,402	2,117	88,195
12	,391	2,059	90,254
13	,369	1,940	92,193
14	,350	1,842	94,035
15	,267	1,407	95,442
16	,253	1,334	96,776
17	,233	1,228	98,005
18	,199	1,049	99,054
19	,180	,946	100,000

Figura 5 – Sree Plot representativo dos autovalores do ICG.



A Tabela 7 mostra dois critérios que podem ser utilizados para se definir o número de factores a ser extraídos. Pelo critério de autovalores (*eigenvalues*) de Kaiser (1960) somente os factores maiores que "um" são considerados significantes (Pestana & Gageiro, 2003). Pelo

⁷ O propósito essencial da análise factorial é descrever, se possível, a estrutura de covariâncias entre as variáveis em termos de um número menor de variáveis (não observáveis) chamadas factores. Por outras palavras, a análise factorial estuda os inter-relacionamentos entre as variáveis, num esforço para encontrar um conjunto de factores (em menor número que o conjunto de variáveis originais) que exprima o que as variáveis originais partilham em comum.

critério de percentagem da variância explicada podemos considerar os factores que expliquem pelo menos 60% da variância (Hair, Anderson Tatham & Black, 1998; Pestana & Gageiro, 2003). Deste modo, os dois critérios sugerem a extracção de dois a seis factores. Tendo em conta que o objectivo da análise factorial exploratória é o equilíbrio (Pestana & Gageiro, 2003) e há riscos inerentes à opção de uma estrutura factorial, quer com poucos factores (prejuízo na estrutura latente) quer com muitos factores (interpretação torna-se complexa), procurou-se respeitar os critérios com vista à definição de *um modelo representativo* (Hair, Anderson Tatham & Black, 1998; Pestana & Gageiro, 2003). Partindo do pressuposto que o primeiro factor representa as variáveis que são mais homogéneas na totalidade da amostra (Hair, Anderson Tatham & Black, 1998) encontramos uma estrutura por extracção de cinco factores. Muito embora, pelo respeito mais estrito do critério dos valores próprios consideraríamos quatro factores explicando apenas 60.21% da variância, dado que o quinto factor não supera o valor de 1.00. Contudo, o valor próprio deste quinto factor é de 0.999, muito próximo de 1.000. Por esse motivo, verificámos que a variância explicada na estrutura de 5 factores é de 68.904, o que sustenta a escolha da estrutura factorial a quatro factores, quer a cinco factores, 60.21% >60.00%; 68.904% >60.00%, respectivamente. Mesmo assim, a determinação da estrutura factorial final foi ponderada após comparação entre soluções de quatro e cinco dimensões pré-determinadas, reflectindo igualmente qual seria a que clarificasse uma melhor interpretação dos dados do inventário. Deste modo, a estrutura factorial de cinco factores foi a que ofereceu maior coerência ao nível dos itens explicando, no global, assim como a que tem maior variância explicada.

Os resultados são apresentados na Tabela 8 e descritos seguidamente.

Tabela 8 - Extracção por componentes principais após rotação *Varimax* e valores de comunalidades (h^2).

	Componentes					h^2
	1	2	3	4	5	
Item 1	.442	0.644	.272	.066	.074	.694
Item 2	.540	.361	.349	.033	.018	.545
Item 3	.186	.299	.651	.340	.187	.699
Item 4	.092	.825	.283	.081	-.024	.776
Item 5	.080	.783	.304	.146	.051	.735
Item 6	.211	.185	.810	.005	.137	.754
Item 7	.209	.194	.800	.166	.128	.765
Item 8	.238	.282	.703	.222	.246	.740
Item 9	.760	.173	.266	.055	.157	.706
Item 10	.761	.244	.131	.251	.124	.734
Item 11	.834	.038	.027	.186	.093	.741
Item 12	.658	.159	.236	.094	-.012	.523
Item 13	.264	.799	.095	.255	.097	.792
Item 14	.271	.062	.097	.763	.162	.695
Item 15	.053	.212	.253	.785	.010	.728
Item 16	.266	.164	.085	.516	.557	.682
Item 17	-.067	.126	.337	.047	.664	.577
Item 18	.137	-.039	.099	.093	.700	.529
Item 19	.433	.550	.015	-.051	.431	.678
Valor-próprio	7.705	1.669	1.550	1.168	.999	
% Variância	17.87	16.99	15.47	9.89	8.69	
% Variância	17.87	34.86	50.32	60.21	68.90	(acumulada)
α	.83	.87	.88	.63	.56	Cronbach's Alpha = .914

A análise de factores comuns resultou na diferenciação de cinco componentes, que explicam 68.90% da variância total com *Cronbach's Alpha* de 0.914 . O Factor I explica 17.87% ($\alpha=0.83$), Factor II explica 16.99% ($\alpha=0.87$), o Factor III explica 15.47% ($\alpha=0.88$); o factor IV com 9.89% de variância explicada ($\alpha=0.63$) e por fim o factor V explica 8.69% ($\alpha=0.56$). Assim, o modelo teórico apresenta-se com cinco factores ou dimensões, a serem considerados como constructos exógenos na AFC.

5.4.1. Estudo de Fidelidade

Como vimos anteriormente no estudo da fidelidade dos itens - Tabela 3 -, o valor da consistência interna desce se quaisquer dos itens for excluído, com excepção dos itens 17 e 18, em que a sua omissão favorece o *Alpha de Cronbach*, optando por manter a totalidade dos itens. Após a realização da AFE observamos - Tabela 8 - que o ICG total obteve um valor de consistência interna, medida pelo *Alpha de Cronbach*, de 0.914, bem acima de um valor mínimo de 0.60 (Hair, Anderson Tatham & Black, 1998; Pestana & Gageiro, 2003) mostrando que a consistência interna do instrumento é satisfatória.

5.5. Análise Factorial Confirmatória – Modelagem de Equações Estruturais

O objectivo da modelização de equações estruturais é o de testar estatisticamente um modelo. O modelo é uma representação da teoria, a qual resulta da “*formação sistemática de relações que providenciam uma explicação consistente e compreensiva do fenómeno em estudo*” (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2005, p.713).

Para este efeito o método estimação da máxima verossimilhança ou «*Maximum Likelihood*» é sugerido como o mais adequado (Jöreskog & Sörbom, 1993) por ser o método mais usual na estimação da modelização de equações estruturais, assim como em particular respeito do nosso estudo adequa-se ao nível dimensão da amostra (N=127) compreendendo-se entre 100 a 150 participantes para assegurar soluções estáveis (Hair et al., 2005). Deste modo, pretendemos examinar a estrutura dos interrelacionamentos expressos numa série de equações (Engel, Blackwell, & Kollat, 1978) similares a séries de equações de regressão múltipla que descrevem todas as relações entre as variáveis envolvidas na análise (Ullman, 2007; Hair et al., 2005; Byrne, 1998) dos elementos do modelo estimado, [1] Modelo multidimensional a cinco factores em confronto com o [2] Modelo alternativo unifactorial discutindo assim a dimensionalidade do constructo.

De acordo com a Tabela 9, as medidas de ajustamento absoluto demonstram que a estatística *Qui-Quadrado* com $X^2=242.79$ e $gl=142$ com $P=0.0545$, acima do valor mínimo desejado de 0.05 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005), favorece o modelo [1] ao contrário do modelo [2] com um valor desajustado. Em relação ao *Índice de Adequação do Ajustamento*, o «*Goodness-of-Fit Index* (GFI)» o valor de [1] igual a $0.83 > 0.68$ de [2], favorece o modelo [1] aproximando-se do valor máximo de 1.0 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005; Bilich, Silva & Ramos, 2006), assim como o «*Comparative Fit Index*» (CFI) com um valor próximo de 1.0, igual a 0.97 para [1] sustentam um ajustamento satisfatório em relação a [2] cujo valor é de 0.87. Já a medida «*Root-Mean-Square Error of Approximation*» (RMSEA), com intervalo de confiança de 90%, sendo um indicador de erro de ajuste com o seu ideal compreendido entre 0.05 e 0.08, podendo no máximo aceitável ir até ao 0.10 (Kelloway, 1998), o valor de [1] igual a 0.075 não só revela um satisfatório ajustamento como rejeita o [2] sendo este desajustado dos valores ideais.

Tabela 9 - Ajustamento global do modelos :[1] multifactorial e [2] unifactorial

Modelo	X^2		<i>Gl</i>	GFI	CFI	RMSEA	(intervalo)
[1] Multifactorial (cinco factores)	242.79	$P=0.0545$	142	0.83	0.97	0.075	(0.059; 0.091)
[2] Unifactorial	472.04	$P=0.0000$	152	0.68	0.87	0.15	(0.13; 0.16)

A Tabela 10 apresenta os valores de ajustamento incremental e de ajustamento parcimonioso do nosso instrumento para os dois modelos [1] e [2]. Os valores do «*Índice Tucker-Lewis*» (TLI) ou «*Índice de Ajustamento Não-Normalizado*» (NNFI) de 0.96 e o «*Índice de Ajustamento Normalizado*» (NFI) de 0.92 para [1] excedem o limite mínimo de 0.90 determinando um satisfatório ajustamento incremental do modelo proposto, ao contrário do modelo [2] ($AGFI=0.60 < 0.90$; $NFI=0.83 < 0.90$) sendo mais uma vez rejeite a condição unifactorial.

Tabela 10- Ajustamento Incremental do Modelo.

Modelo	NNFI	X^2/gl	AGFI	NFI
[1] Multifactorial (cinco factores)	0.96	1.709	0.91	0.92
[2] Unidimensional	0.83	3.10	0.60	0.83

Por sua vez o «*Adjusted Goodness-of-Fit Index*» (AGFI) sendo análogo ao R^2 em regressão múltipla indica um valor acima do recomendado >0.90 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005), revelando um ajustamento satisfatório para [1] e um valor desajustado para [2]. Por fim a relação do χ^2 (*qui-quadrado*) com aos graus de liberdade «*degrees of freedom*» ($\chi^2/g.l.=1.709$), não podendo ser superior a 3.0 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005), revela um ajustamento adequado do [1] rejeitando mais uma vez o modelo [2] com ($X^2/g.l.=3.10 > 3.00$).

5.5.1. Validação cruzada do modelo

Uma das últimas etapas do processamento da AFC procura a validação cruzada do modelo proposto. Nesta etapa uma das estratégias é dividir a amostra em duas sub-amostras aleatórias, sendo uma utilizada para estimar o modelo e criar a matriz de correlação ou covariância estimada a qual será então comparada com a outra sub-amostra para validação (Hair, Anderson Tatham & Black, 1998). Neste caso haveria necessidade de pelo menos 300 casos para o seu processamento (Diamantopoulos & Siguaw, 2000). Sendo problema o tamanho da amostra a alternativa é segundo Diamantopoulos & Siguaw (2000) utilizar o índice esperado de validação cruzada (ECVI) aplicável para comparações de modelos *à priori* avaliando se o modelo serve para validação cruzada com outras amostras de igual tamanho da mesma população. Assim, para o modelo multidimensional a cinco factores, o ECVI do *modelo teórico* é igual a 2.69 para um intervalo de 90% de confiança entre 2.38 e 3.06, para o *modelo saturado* igual a 3.02 e para o *modelo nulo* igual a 25.80. A regra é comparar os índices dos modelos e o que tiver o menor valor será o escolhido como representante de maior potencial para replicação (Diamantopoulos & Siguaw, 2000). Assim, o modelo multidimensional apresenta-se com o menor índice entre os três modelos evidenciando ser o modelo a ser replicado entendendo que o constructo é melhor explicado com uma estrutura multidimensional de cinco factores. Em resumo, a AFC permitiu-nos aceitar um entre dois modelos propostos discutindo a dimensionalidade de constructo. Após a realização da AFC observamos que o modelo unifactorial não se ajusta, aceitando em alternativa o modelo multidimensional. Nesta análise as medidas de ajustamento global do modelo, em especial, o *Qui-Quadrado* com a não significância de 0,0545 ($p > 0.05$), as medidas de ajustamento global NNFI e NFI superiores a 0,90, os baixo valor de RMSEA, os índices de ajustamento parcimonioso e o estudo da validade cruzada usando o ECVI leva-nos o modelo multidimensional a cinco factores tem bom ajustamento global e representa uma boa aproximação da população portuguesa.

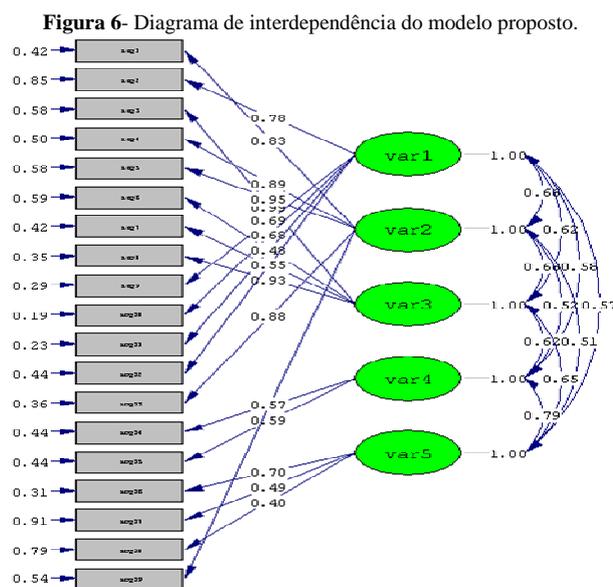
5.5.2. Ajustamento do modelo de mensuração

Resultados sem sentido para parâmetros individuais podem ocorrer mesmo em boas medidas de ajustamento global de um modelo (Bollen, 1989). Assim e consoante Hair, Anderson Tatham & Black (1998) cada constructo deve ser avaliado separadamente pelo exame das cargas individuais dos indicadores dos constructos, observando quais delas possam não ser significantes. Na Tabela 11 apresentamos a matriz das cargas dos constructos e respectivos valores *t*, que serão utilizados para avaliação do ajustamento do modelo de medida.

Tabela 11: Matriz das cargas dos constructos e valores *t*.

Itens do ICG	Constructos					Valores <i>t</i>
	Factor 1	Factor2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	
Icg2	0.78					7.68
Icg9	0.69					10.12
Icg10	0.68					11.10
Icg11	0.48					8.74
Icg12	0.55					7.61
Icg1		0.83				10.18
Icg4		0.89				10.10
Icg5		0.95				10.05
Icg13		0.88				10.92
Icg19		0.57				7.31
Icg3			0.99			10.29
Icg6			0.88			9.57
Icg7			0.91			10.74
Icg8			0.93			11.34
Icg14				0.65		7.34
Icg15				0.59		6.99
Icg16					0.70	7.86
Icg17					0.49	4.73
Icg18					0.40	4.16

Apesar dos valores *t* serem normalmente distribuídos, em grandes amostras, não seguem uma distribuição *t*, sendo utilizados para determinar se um parâmetro particular é significativamente diferente de zero na população. Valores *t* entre -1.96 e 1.96 indicam que o parâmetro não é significativamente diferente de zero ao nível de significância de 5% (Diamantopoulos & Siguaw, 2000). Como observado na Tabela 11 os valores *t* associados a cada carga excederam os valores críticos de 5% de significância bem como o nível de significância de 1% (de -2.576 a 2.576). Assim, todas as variáveis estão significativamente relacionadas com os seus constructos sendo desnecessário excluir qualquer variável e consequentemente uma nova estimativa do modelo. A Figura 6 apresenta o modelo proposto e estimado pelo aplicativo *Lisrel* esquematicamente por um diagrama de interdependência⁸ - «*path diagram*» com as respectivas cargas e erros ou resíduos das variáveis observadas.



⁸ O diagrama é uma representação gráfica de como os diferentes elementos do modelo se relacionam entre si (Diamantopoulos & Siguaw, 2000).

Adicionalmente à análise, a Tabela 12 apresenta o valor da correlação múltipla ao quadrado (indicando o quanto uma variável mensurada mede o seu constructo), a covariância do erro de mensuração, o erro padrão e o valor *t* de cada variável mensurada.

Tabela 12 – Exploração dos itens do ICG com respeito à correlação múltipla ao quadrado; covariância de erro de mensuração; erro padrão e respectivo valor *t*.

Variável	Correlação múltipla ao quadrado (R ²)	Covariância de erro de mensuração	Erro padrão	Valor <i>t</i>
Icg1	0.62	0.42	0.066	6.39
Icg2	0.41	0.85	0.12	7.17
Icg3	0.63	0.58	0.091	6.35
Icg4	0.61	0.50	0.077	6.44
Icg5	0.61	0.58	0.090	6.46
Icg6	0.57	0.59	0.088	6.71
Icg7	0.67	0.42	0.069	6.06
Icg8	0.72	0.35	0.062	5.57
Icg9	0.62	0.29	0.048	6.11
Icg10	0.71	0.19	0.037	5.29
Icg11	0.50	0.23	0.034	6.83
Icg12	0.41	0.44	0.062	7.19
Icg13	0.68	0.36	0.061	5.91
Icg14	0.49	0.44	0.088	5.00
Icg15	0.44	0.44	0.078	5.61
Icg16	0.61	0.31	0.091	3.38
Icg17	0.21	0.91	0.13	7.26
Icg18	0.17	0.79	0.11	7.44
Icg19	0.38	0.54	0.073	7.37

Verifica-se que a grande maioria das variáveis têm correlações altas, exceptuando as variáveis icg17; icg18; icg19 com correlações baixas e as variáveis icg2; icg12; icg15 com correlações moderadas. Dado que maioria possuem correlações altas, podemos considerar que de uma forma geral existem correlações altas com os seus constructos demonstrando a utilidade do uso da técnica de modelagem de equações estruturais (Diamantopoulos & Siguaw, 2000).

5.5.3. Análise da fidelidade de constructos e variância extraída:

Os resultados da fidelidade de constructo são apresentados no Quadro 8. O cálculo das estimativas das fidelidades dos constructos é realizado pela seguinte equação:

$$\text{Fidelidade do constructo} = \frac{(S \text{ cargas padronizadas})^2}{[(S \text{ cargas padronizadas})^2 + S \text{ erros de mensuração}]}$$

Quadro 8 – Cálculo da Fidelidade do constructo

<p><u>S cargas padronizadas:</u> Constructo 1: 0.85 + 0.29 + 0.19 + 0.23 + 0.44 = 2 Constructo 2: 0.42 + 0.50 + 0.58 + 0.36 + 0.54 = 2.30 Constructo 3: 0.58 + 0.59 + 0.42 + 0.35 = 1.94 Constructo 4: 0.44 + 0.44 = 0.88 Constructo 5: 0.31 + 0.91 + 0.79 = 2.01</p>	<p><u>Cálculo da fidelidade:</u> Constructo 1: $(2)^2 / [(2)^2 + 0.301] = \mathbf{0.93}$ Constructo 2: $(2.30)^2 / [(2.30)^2 + 0.073] = \mathbf{0.94}$ Constructo 3: $(1.94)^2 / [(1.94)^2 + 0.31] = \mathbf{0.92}$ Constructo 4: $(0.88)^2 / [(0.88)^2 + 0.166] = \mathbf{0.82}$ Constructo 5: $(2.01)^2 / [(2.01)^2 + 0.331] = \mathbf{0.92}$</p>
<p><u>S erros de mensuração:</u> Constructo 1: 0.12 + 0.048 + 0.037 + 0.034 + 0.062 = 0.301 Constructo 2: 0.0666 + 0.077 + 0.090 + 0.061 = 0.073 Constructo 3: 0.091 + 0.88 + 0.069 + 0.062 = 0.31 Constructo 4: 0.088 + 0.078 = 0.166 Constructo 5: 0.091 + 0.13 + 0.11 = 0.331</p>	

Em relação à variância extraída, esta é calculada através da seguinte equação:

$$\text{Variância extraída} = (S \text{ quadrados das cargas padronizadas}) / (S \text{ cargas padronizadas} + S \text{ erros de mensuração})$$

Os resultados de variância extraída são apresentados seguidamente no Quadro 9.

Quadro 9 – Cálculo da variância explicada para cada constructo do modelo.<

<p><u>S quadrados cargas padronizadas:</u> Constructo 1: $0.85^2 + 0.29^2 + 0.19^2 + 0.23^2 + 0.44^2 = \mathbf{1.0363}$ Constructo 2: $0.42^2 + 0.50^2 + 0.58^2 + 0.36^2 + 0.54^2 = \mathbf{1.184}$ Constructo 3: $0.58^2 + 0.59^2 + 0.42^2 + 0.35^2 = \mathbf{0.9834}$ Constructo 4: $0.44^2 + 0.44^2 = \mathbf{0.3872}$ Constructo 5: $0.31^2 + 0.91^2 + 0.79^2 = \mathbf{1.5483}$</p> <p><u>S erros de mensuração:</u> Constructo 1: $0.12 + 0.048 + 0.037 + 0.034 + 0.062 = \mathbf{0.301}$ Constructo 2: $0.0666 + 0.077 + 0.090 + 0.061 = \mathbf{0.073}$ Constructo 3: $0.091 + 0.88 + 0.069 + 0.062 = \mathbf{0.31}$ Constructo 4: $0.088 + 0.078 = \mathbf{0.166}$ Constructo 5: $0.091 + 0.13 + 0.11 = \mathbf{0.331}$</p>	<p><u>Cálculo da variância explicada:</u> Constructo 1: $1.0363 / (1.0363 + 0.301) = \mathbf{0.7749}$ Constructo 2: $1.184 / (1.184 + 0.073) = \mathbf{0.7749}$ Constructo 3: $0.9834 / (0.9834 + 0.31) = \mathbf{0.760}$ Constructo 4: $0.3872 / (0.3872 + 0.166) = \mathbf{0.555}$ Constructo 5: $1.5483 / (1.5483 + 0.331) = \mathbf{0.823}$</p>
--	--

Como observado no Quadro 8, todos os constructos representados pelo modelo teórico excedem amplamente o nível desejado de 0.60 (Bagozzi & Yi, 1988) indo igualmente ao encontro do estudo exploratório, sendo valores considerados aceitáveis, demonstrando assim que todos os constructos se comportam de forma fidedigna. Em relação à variância extraída - Quadro 9 -, os valores alcançam o limite mínimo de 0.50 (Bagozzi & Yi, 1988), o que indica que mais da metade das variâncias dos indicadores foi considerada para os constructos, sendo desnecessário explorar cargas adicionais desses indicadores noutros constructos (Hair, Anderson Tatham & Black, 1998). Em suma, o ajustamento do modelo de mensuração apresentou resultados satisfatórios quanto à fidelidade composta dos constructos exógenos e suas variáveis mensuradas, assim como resultados satisfatórios de acordo com as variâncias extraídas. Estes resultados apontam igualmente para a não influência dos erros de mensuração em relação ao valor da variância dos indicadores, não sendo necessário explorar os erros de mensuração padronizados (resíduos), o índice de modificações possíveis e consequentemente uma reestruturação do modelo. Assim sendo, não há nenhuma dúvida em relação à adequação dos indicadores de cada constructo e/ou ao constructo em si (Diamantopoulos & Siguaw, 2000).

5.6. Validade externa

A validade externa diz respeito à confiança nos resultados da investigação, a fim de ser possível generalizá-los (Tuckman, 2000). A Tabela 13 apresenta os resultados da validade externa dos factores do ICG e as restantes medidas e seus respectivos factores.

Tabela 13 - Estudo de validade externa.

	ICG total	ICG factor1	ICG factor2	ICG factor3	ICG factor4	ICG facto r5	IES-R Evitamento	IES-R Intrusão	IES-R Hipervigilância	IES-R Numbing	IES-R total	BDI total
ICG total	1.000	.805**	.842**	.851**	.611**	.627**	.535**	.783**	.727**	.666**	.778**	.504**
ICG factor 1	.805**	1.000	.602**	.561**	.418**	.370**	.500**	.631**	.603**	.554**	.652**	.521**
ICG factor 2	.842**	.602**	1.000	.603**	.384**	.359**	.315**	.659**	.602**	.532**	.613**	.338**
ICG factor 3	.851**	.561**	.603**	1.000	.464**	.496**	.470**	.648**	.584**	.607**	.651**	.348**
ICG factor 4	.611**	.418**	.384**	.464**	1.000	.423**	.376**	.547**	.504**	.418**	.538**	.339**
ICG facto r5	.627**	.370**	.359**	.496**	.423**	1.000	.434**	.478**	.469**	.368**	.507**	.430**

** p<0.01

Como podemos observar para todas as medidas do nosso estudo corresponde uma significância de $P < 0.01$ sendo que consideramos uma correlação moderada quando valores de r de Pearson > 0.50 . (Pestana & Gageiro, 2003) No que diz respeito ao nosso instrumentos em relação aos restantes, constatamos que tanto no BDI (r de Pearson = 0.50; $p = 0.000 < 0.01$) como na IES-r (r de Pearson = 0.53; $p = 0.000 < 0.01$), os resultados revelam uma correlação moderada.

Capítulo VI.

Discussão

Com o presente estudo, pretendíamos analisar as propriedades psicométricas da versão Portuguesa do ICG, de modo a verificar se a sua estrutura factorial replicava aquela que foi originalmente encontrada (Prigerson et al., 1995a). Caso a nossa estrutura factorial não fosse a mesma da ICG original, pretendíamos discutir a dimensionalidade encontrada e, por acréscimo, defende-la empregando a AFC, nomeadamente a técnica de modelagem de equações lineares estruturais (ou simplesmente equações estruturais). Esta linha de pensamento permitiu-nos compreender *Luto complicado como um constructo multidimensional*. Tínhamos, ainda, a expectativa de que as propriedades psicométricas do ICG, revelando-se suficientemente sólidas, validassem a sua utilização para a investigação empírica em Portugal, assim como um instrumento auxiliar na prática clínica.

Discutimos de seguida os dados que apoiam os resultados enunciando as conclusões gerais.

De uma maneira geral, a ICG revelou possuir boas características psicométricas, a par disso, a análise da sensibilidade dos itens mostrou que os mesmos possuem bom poder discriminativo. Vimos também que mantendo a estrutura original de 19 itens sem qualquer exclusão, a estrutura factorial da versão portuguesa do ICG não é a mesma que a validação inglesa do ICG. Na realidade, numa amostra portuguesa, o ICG revelou um modelo multidimensional a cinco factores contrariamente, sob ponto de vista psicométrico da validação numa amostra norte-americana (Prigerson et al., 1995a) com um modelo unidimensional.

De seguida, observamos os resultados com maior detalhe, discutindo a multidimensionalidade encontrada. Antes porém, importa destacar a solidez quer dos resultados estatísticos, quer da amostra, pois ambos asseguram as boas qualidades da versão portuguesa do ICG. No que diz respeito aos resultados estatísticos, os valores da consistência interna e das análises factoriais são considerados bons. No caso concreto do *Alpha de Cronbach*, os valores do nosso estudo são concordantes com os valores que têm sido avançados pela literatura sendo o valor total de $0.914 > 0.60$ (Hair, Anderson Tatham & Black, 1998) sem exclusão de qualquer item mantendo a estrutura original a 19 itens. Quanto à amostra, é de salientar não só o seu tamanho ($N=127$), assegurando a confiança na análise factorial exploratória e análise factorial confirmatória realizada, mas sobretudo as suas características, que a tornam numa amostra rica e diversificada. Destacamos cinco: (1) Estudantes universitários com média de idade média de 19,87 anos ($SD=1,904$); (2) diversidade e complexidade das categorias de perda representadas; (3) diversidade de factores de stress concorrentes; (4) diferentes tipos de relação entre o enlutado e falecido onde destacamos não só a importância do falecido na vida de cada participante, de acordo com o referencial de resposta [”0” - *nada importante* a “10” - *muitíssimo importante*] com uma média de 7,54 ($SD=2,284$) assim como, a intensidade da mesma (quanto é penosa a situação de luto considerada na actualidade) média de 5,56 ($SD=2,7771$), segundo o mesmo referencial. Por fim e, principalmente (4) diferentes tempos após a perda. Pensamos que esta amostra pelas suas características representa a realidade de luto complicado mais diversificada.

Em relação à análise da AFE, o ICG foi melhor explicado numa estrutura com cinco factores. Este dado é novo na literatura, outras validações do mesmo instrumento apontam para uma monofactorialidade (Prigerson., et al., 1995a; Graig & Sossou, 2008; Bougeois, 2006; García-García, 2002) indo ao encontro das conclusões do autor original de que facto: “*Há necessidade de uma maior validação do ICG*” (Prigerson et al., 1995a, p. 76) assim como “*necessária investigação para replicar as conclusões preliminares desta escala entre indivíduos mais jovens*” (p. 76). Neste ponto cruzamo-nos com o propósito da nossa amostra e com a pertinência do nosso estudo na discussão da dimensionalidade de luto complicado

disponibilizando igualmente um instrumento auxiliar na prática clínica. Contudo, atendendo o nosso estudo de características psicométricas, a AFE por si só é insuficiente sendo necessária uma replicação numa outra abordagem: a AFC – *Modelagem de Equações Estruturais*, onde pretendíamos explorar o ajustamento do modelo multidimensional a cinco factores anteriormente encontrado. Concretamente, a modelagem de equações estruturais responde a dois problemas básicos de inferência estatística por meio de duas partes que a constitui: o modelo de mensuração e o modelo de equações estruturais. O modelo de mensuração aponta como as variáveis latentes (ou constructos) são mensuradas em termos das variáveis observadas, além de expor suas propriedades de mensuração – fidelidade e validade. Enquanto o modelo estrutural aponta as relações causais entre as variáveis latentes, além de expor os efeitos causais e o total da variância explicada e a não explicada (Schuler, 1995).

Observamos que o modelo multidimensional comporta-se em todos os níveis de forma mais satisfatória que o modelo unidimensional, sendo este último inadequado. Deste modo centremo-nos apenas nos resultados do modelo a cinco factores. Em relação ao seu ajustamento absoluto ($X^2 = 242.79$; $gl = 142$; $P = 0.0545 > 0.05$; $\chi^2/g.l. = 1.709$; $GFI = 0.83$; $CFI = 0.97$; $AGFI = 0.91$; $RMSEA = 0.0075$; $NNFI = 0.96$; $NFI = 0.92$) o modelo apresentou valores compreendidos entre os ideais (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005; Bilich, Silva & Ramos, 2006; Kelloway, 1998) e logo um ajustamento global satisfatório do modelo. Numa última etapa, Diamantopoulos e Siguaw (2000) propõem a validação cruzada que pressupõe um número suficientemente grande em termos de amostra ($N = 300$). Contudo, dado que o número da nossa amostra ($N = 127$) não permite divisão em duas sub-amostras suficientemente grandes, seguimos uma alternativa viável, o índice esperado de validação cruzada (ECVI).

O valor de ECVI mostrou-nos que o nosso modelo multidimensional a cinco factores é um modelo com potencial de replicação. Contudo, apesar de resultados satisfatórios é necessário avaliar a unidimensionalidade e a confiabilidade de cada constructo do modelo, isto é analisar o ajustamento do modelo de mensuração. Nesta etapa interessava-nos compreender se independentemente de satisfatórios ajustamentos globais os resultados fariam sentido para parâmetros individuais. Deste modo avaliamos cada constructo individualmente explorando as cargas individuais dos indicadores dos constructos (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998) observando quais delas possam ser ou não significativas. Nesta altura poderíamos escolher um dos dois níveis de significância, a 1% (com valores t entre -2.576 e 2.576) ou a 5% (com valores t entre -1.96 e 1.96). Ambos os critérios asseguram-nos que todos os itens estão significativamente relacionados com os seus constructos (Diamantopoulos & Siguaw, 2000), excedendo os valores críticos, não reunindo condições para exclusão de qualquer variável mensurável e conseqüentemente a realização de uma nova estimativa do modelo.

Interessava-nos explorar o valor da correlação múltipla ao quadrado (R^2) avaliando o quanto uma variável mensurada mede o seu constructo uma vez que só saberíamos pela análise de coeficientes de correlação de *Pearson* (r entre 0.157 e 0.617) a existência de correlações fortes entre itens. Neste ponto verifica-se que a grande maioria das variáveis observadas têm correlações altas com os seus constructos (excepto as variáveis icg17; icg18; icg19). Ainda dentro do ajustamento dos constructos procuramos entender a fidelidade e a variância extraída de cada um, através do seu cálculo todos os valores excederam amplamente o nível desejado de 0.60 (Bagozzi & Yi, 1988) pelo que todos os constructos do modelo se comportam de forma fidedigna demonstrando confiança em termos de relação à consistência dos indicadores (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998). Relativamente às variâncias extraídas dos constructos verificamos valores superiores a 0.50 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998) mostrando que os indicadores são de facto representativos dos constructos correspondentes. Estes resultados apontam igualmente para a não influência dos erros de mensuração em relação ao valor da variância dos indicadores, não sendo necessário explorar os erros de mensuração padronizados (resíduos), o índice de modificações possíveis e consequentemente uma reestruturação do modelo. Assim sendo, não há nenhuma dúvida em relação à adequação dos indicadores de cada constructo e/ou ao constructo em si (Diamantopoulos & Siguaw, 2000). O Quadro 10 apresenta não só os cinco constructos encontrados, como os itens correspondentes a cada constructo permitindo a discussão relativa à definição de cada constructo.

Quadro 10 – Representação dos constructos e itens correspondentes do ICG.

Constructos	Itens
Constructo 1: Dificuldades Traumáticas Itens: 11; 10; 9; 12; 2. Variância explicada = 17.87%	Item 11: <u>Eu sinto dor na mesma parte do corpo</u> ou tenho alguns dos sintomas da pessoa que morreu... Item 10: Desde que ele(a) morreu, sinto que <u>perdi a capacidade de me interessar com outras pessoas</u> ou sinto-me distante das pessoas de que gosto... Item 9: Desde que ele(a) morreu é-me <u>difícil confiar nas pessoas</u> ... Item 12: Eu desvio-me do meu caminho para evitar <u>lembranças da pessoa que morreu</u> ... Item 2: As <u>memórias da pessoa que morreu perturbam-me</u> ...
Constructo 2: Dificuldades de Separação Itens: 4; 13; 5; 1; 19. Variância explicada = 16.99%	Item 4: Eu dou por mim a <u>sentir a falta da pessoa que morreu</u> ... Item 13: Sinto a minha <u>vida vazia sem a pessoa que morreu</u> ... Item 5: Eu sinto-me <u>atrapalado às coisas e lugares associados à pessoa que morreu</u> ... Item 1: Eu penso tanto nesta pessoa que é <u>difícil fazer as coisas que normalmente faço</u> ... Item 19: Eu <u>sinto-me só</u> grande parte do tempo desde que ele(a) morreu...
Constructo 3: Dimensão Negação e revolta Itens: 6;7;8;3. Variância explicada = 15,47%	Item 6: <u>Não consigo evitar sentir-me zangado</u> com a sua morte... Item 7: Eu sinto <u>descrença sobre o que aconteceu</u> ... Item 8: Eu sinto-me <u>atordoado</u> ou <u>confuso</u> com o que aconteceu... Item 3: Eu sinto que <u>não aceito a morte da pessoa que morreu</u> ...
Constructo 4: Dimensão psicótica Itens: 14; 15 Variância explicada = 9,89%	Item 15: Eu vejo a pessoa que morreu diante de <u>mim</u> ... Item 14: Eu <u>ouço a voz</u> da pessoa que morreu <u>falar-me</u> ...
Constructo 5: Dimensão Depressiva Itens: 18;17;16. Variância explicada = 18.69%	Item 18: Eu sinto <u>inveja daqueles que não perderam ninguém próximo</u> ... Item 17: Eu sinto-me <u>amargo</u> sobre a morte desta pessoa... Item 16: Eu sinto que é <u>injusto que eu deva viver enquanto esta pessoa morreu</u> ...

Faltaria-nos portanto compreender e discutir a multidimensionalidade encontrada.

Em relação aos dois primeiros factores sugerimos o termo *dificuldades traumáticas* e *dificuldades de separação* respectivamente. De facto, estes dois termos não são novos na

literatura (Prigerson & Jacobs, 2001a; Bierhals, et al., 1997; Prigerson et al., 1995a) sendo reconhecidos por «*traumatic distress*» e «*separation distress*», respectivamente. Jacobs (1993) originalmente descreveu-os como componentes de luto traumático relacionando-se com perda súbita e traumática. Mais tarde seriam descritos como componentes de luto complicado (Prigerson et al., 1995a; Prigerson et al., 1999).

Assim *dificuldades traumáticas* referem-se quando uma pessoa está perturbada pela morte de uma pessoa significativa (item 2), apresentando sintomas de evitamento (item 10; item 9; item 12); desesperança no futuro (item 9; item 12); sentimentos de dor ou doença similar do falecido (item 11) descritos por Kenneth (2006) e solidão (item 10) tal como refere Figley (1999). O item 2 revela inteiramente sintomatologia traumática intrusiva indo ao encontro de Horowitz (1997) sugerindo o diagnóstico de luto complicado caracterizado por pensamentos intrusivos intensos. Com vista a sustentar esta nossa hipótese constatamos igualmente uma forte correlação entre a dimensão de intrusão do ICG e a dimensão de intrusão da IES-r (r Pearson= 0.547; $p=0.000$). Mais tarde Jacobs, Mazure & Prigerson (2000) referia-se a *dificuldades traumáticas* como experiências individuais com um sofrimento clinicamente significativo ao nível social, ocupacional e noutras áreas, sendo a sintomatologia: "pensamentos intrusivos sobre o falecidos" (item 11; item 12; item 2); "sensações de entorpecimento" (item 10); "descrença sobre a perda, sendo chocado ou confuso, e um fragmentado nível de segurança e confiança" (item 10) (Mazure & Prigerson 2000, p. 187). Alias, o mesmo termo corresponde ao Critério "B" na proposta de critérios de diagnóstico (Prigerson et al., 1999) para o luto traumático. Por último referimos o contributo de Kenneth (2006) num estudo com população jovem adulta em que *dificuldades traumáticas* são sentidas em situações de luto correlacionando-se com sintomatologia depressiva, reforçando assim o fundamento do termo adoptado.

Para o segundo factor propomos o termo *dificuldades de separação*, «*separation distress*», presente nas concepções do termo luto traumático (Prigerson et al., 1997a), assim como na concepção do termo luto complicado (Prigerson et al., 1999a). Deste modo, vamos ao encontro de Kenneth (2006) e Prigerson & Jacobs (2001a) descrevendo *dificuldade traumáticas* como a resposta a uma perda significativa envolvendo uma preocupação intrusiva e angustiante (item 5; item 1) face à perda e à pessoa (item 1). Também Parkes (1965) nas suas pioneiras compreensões sobre luto complicado já se referia a *dificuldades de separação* no luto crónico. Mais tarde, Jacobs (1993) referia-se a *dificuldades de separação* no processo de luto com marcada sintomatologia intrusiva (item 4; item 5) e de evitamento (item 1). Em propostas de categoria de diagnóstico de luto traumático o termo *dificuldades de separação* também é mencionado como o primeiro critério ou Critério "A" (Prigerson et al., 1999). Assim segundo

Jacobs, Mazure & Prigerson (2000) *dificuldades de separação* revelam sintomatologia: "penoso sentimento de saudade" («pangs of yearning») (item 4; item 13; item 1; item 19); "preocupação" (item 1); "solidão" (item 13; item 19); "choro; percepções visões e tácteis; ilusões auditivas e procura da pessoa falecida" (item 5) (Jacobs, Mazure & Prigerson, 2000, p. 186). Deste modo acreditamos que estes dois factores sejam representativos dos seus factores indo ao encontro de Kenneth (2006): "os constructos *dificuldades traumáticas e dificuldades de separação* aparecem com uma forte correlação em amostras de jovens adultos ($r = 0.693$)" (Kenneth, 2006, p.33).

Quanto ao terceiro factor representamos por *dimensão de negação e revolta*. Por um lado podemos interpretar que os sujeitos do estudo tenham assumido essas reacções negativas face à perda dada a média elevada de 7.54 (SD=2.284) num referencial de resposta de ("0" - nada importante a "10"- muitíssimo importante) em relação à importância do falecido na vida de cada sujeito, por outro lado pela média de 5.56 (SD=2.7771) em relação ao quanto é penosa a situação de perda, segundo o mesmo referencial. A ser verdadeira, esta hipótese parece insinuar que a reacções de negação (item 3; item7; item 8) e revolta (item 6) participam no processo de luto complicado, tal como é avaliada por este instrumento. Igualmente podemos enquadrar teoricamente a *dimensão de negação e revolta* nos modelos de compreensão de luto de Kübler-Ross (1998), correspondendo à *Fase 1: Negação* (item 3; item 7; item 8). Nesta fase verificam-se diversas reacções: "Não, eu não, não pode ser verdade" (claramente o item 3), sendo um mecanismo de defesa através do qual a pessoa se protege contra o impacto total do evento, amenizando a situação de perda. Ainda dentro da conceptualização de Kübler-Ross: "isso não pode ser verdade" (item 3; Item 7; item 8), onde existem sentimentos de raiva, revolta, inveja e surgindo a questão "Porquê eu?" (item 6; item 7). Com Bowlby (1980) também podemos enquadrar este nosso factor apelando à *fase de choque e negação* caracterizada pela falha no registo da perda da figura de vinculação (item 6; item 3; item 8), com duração até uma semana e pode ser interrompida por explosões de ansiedade e raiva extremamente intensas (item 6). Também na *fase de protesto* (Bowlby, 1980), uma fase dominada pela preocupação permanente com a pessoa perdida marcadamente com emoções características de ansiedade, revolta (item 3; item 6) e medo. É na concepção de Stroebe & Shut (1999) que igualmente encontramos um cruzamento com a nossa proposta para este factor. Deste modo, Stroebe & Shut (1999) defendem que o *coping* focado na emoção inclui quer o controlo quer a expressão do luto passando por várias etapas que vão desde a ruminação ao evitamento ou negação, implicando a negação como uma reacção decorrente de um processo de luto, sublinhando a o papel activo do sujeito no processo de luto tendendo à aceitação da perda.

Relativamente ao nosso quarto factor, *dimensão psicótica*, quer o item 14, quer o item 15 expressam de facto sintomas de índole psicótica que comumente se apresentam no luto (Beckwith, 1996; Kersting, 2004; Worden, 2004) e igualmente no diagnóstico de Episódio Depressivo Major, diferindo sobretudo na posição que ocupa num contínuo temporal. Segundo Worden (2001) as alucinações, tanto visuais (item 14) como auditivas (item 15), são comuns na experiência de luto e, daí não serem indicadores de luto complicado *per si*, contribuindo para um disfuncionamento global podendo ser úteis com vista ao restabelecimento do estado pré-perda. Essa mesma utilidade é entendida como uma forma benigna de adaptação ao processo de luto, um tipo de mecanismo de adaptativo (Kersting, 2004).

Por fim, o nosso quinto factor, *dimensão depressiva* revela-nos a relação intrínseca (r Pearson $BDI_{total}=0.430$; $p=0.000$) entre sintomatologia de Luto Complicado e sintomatologia observada em casos de Depressão Major (Stroebe, Schut & Finkenauer, 2001). Esta relação entre luto e depressão é frequentemente esclarecida nas conceptualizações de luto por Kübler-Ross (1969) *Fase 4: Depressão*; por Bowlby (1980), *Fase 3: desespero, desorganização e depressão*; por Jacob (1993), sendo a depressão indicador interveniente no processo de resolução do processo de luto, assim como em diversas propostas de luto complicado (Jacobs, Mazure, & Prigerson, 2000; Prigerson & Maciejewski, 2006).

Deste modo, os resultados e discussão do nosso estudo poderão representar, assim, uma resposta ao desafio lançado por vários autores com vista à clarificação de um jogo de critérios de luto complicado consistente de forma a compreender as mudanças que o processo de luto opera após uma perda significativa promovendo uma intervenção igualmente adequada.

Em resposta ao nosso objectivo prático, as características da amostra e os resultados estatísticos apontam para um instrumento com boas e adequadas características gerais ao nível da fidelidade ($Alfa$ de Cronbach=0.914); validade (variância explicada= 68.9%), assim como pela validade externa uma forte correlação com BDI_{total} (r Pearson=0.500; $p=0.000<0,01$) e IES-r total (r Pearson=0.530; $p=0.000<0,01$). A AFC como meio imprescindível numa análise psicométrica de instrumentos (Pestana & Gageiro, 2003) também nos mostrou um bom ajustamento global do ICG sustentando uma estrutura multidimensional a cinco factores, demonstrando ser um instrumento útil e apropriada na prática clínica.

Capítulo VII.

Conclusão

A versão portuguesa do ICG caracterizou-se com uma estrutura multidimensional - cinco factores - sendo eles: Dificuldades Traumáticas; Dificuldades de Separação; Dimensão Negação e Revolta; Dimensão Psicótica e Dimensão Depressiva, alimentando de modo pertinente a discussão relativa à natureza multidimensional do conceito de Luto complicado.

Pela análise das suas características psicométricas, mostramos igualmente que esta versão demonstra ser útil e apropriada na avaliação de sintomas psicopatológicos de eventos de Luto, nomeadamente Luto complicado, assim como na investigação empírica no âmbito do luto complicado.

Espera-se assim que este estudo seja um ponto de partida para uma maior e melhor produção científica nesta área e, certamente um reforço ao suporte empírico promovendo uma melhor prática clínica quer ao nível de avaliação quer ao nível de intervenção clínica.

Deste modo, estimaríamos de ver o nosso estudo como um contributo modesto e ao mesmo tempo válido para a intensificação da investigação empírica nacional no âmbito do luto complicado.

Deste modo consideramos as seguintes limitações de estudo:

Primeiro, neste tipo de estudos há uma possibilidade da ocorrência de respostas tendenciosas em relação às características dos participantes neste estudo, ou seja, respostas estereotipadas tanto por desejabilidade social como por respostas sistemáticas, apesar do comprometimento com o anonimato. Tais tipos de erros são difíceis de serem evitados, no caso da desejabilidade social, a atitude do participante não representa uma vontade de falsear os dados, mas sim uma aspiração irreflectida de se apresentar bem diante dos outros. Já respostas sistemáticas representam erros de julgamento como efeito de halo, leniência, tendência central, etc.

Segundo, obviamente que o contexto cultural influencia o nosso estudo da mesma forma que o processo de tradução do ICG mesmo seguindo todos os parâmetros e etapas recomendadas.

Terceiro, e em relação ao nosso instrumento, apesar de possuir satisfatórias características psicométricas, avaliando de forma fidedigna e válida Luto Complicado, sendo este uma característica não directamente observável, não devemos ter uma representação reducionista.

Um questionário é apenas um mapa da realidade que se pretende observar (Maia, 1996).

Quarto, hoje em dia é consensual o recurso à técnica de modelação de estruturas para discutir modelos multifactoriais, pelo seu rigor transmite alguma segurança no estudo das qualidades

psicométricas, conforme nossa intenção. No entanto, não é legítimo concluir que os modelos considerados satisfatórios numa determinada amostra sejam generalizáveis a todas da mesma população ou de outras. Para isso, há necessidade de se proceder ao estudo da invariância factorial dos modelos, ou seja, replicá-los noutras amostras da mesma ou de outra população e observar a sua adequação.

Referências Bibliográficas:

- Adler, A. (1943). Neuropsychiatric complications in victims of Boston's Coconut Grove disaster. *Journal of American Medical Association*, 123, 1098-1101.
- American Psychological Association. (1994). *Publication Manual of the American Psychological Association: fourth edition*. Washington DC: American Psychological Association.
- Bagozzi, R. P., & Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 16(1), 74-94.
- Barry, L. C., Kasl, S. V., & Prigerson, H. G. (2001). Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 447-57.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24):3186-91.
- Beck, A., Steer, R., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8: 77-100.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4:53-63.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T. (1993) Cognitive therapy. Past, present and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 194-198.
- Beckwith, S. (1996). *Complicated Bereavement: definitions, diagnosis, and implications* (CG 026 870), University of southern Main (Ed 393 044).
- Berezin, M. A. (1970). The psychiatrist and the geriatric patient. Partial grief in family members and others who care for the elderly patient. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 53-70.
- Bilich, F., Silva & Ramos. P. (2006). Análise de flexibilidade em economia da informação: modelagem de equações estruturais. *Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação*, 3 (2), 93-122.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski P., & Peterson E. (1991). Traumatic events and Post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-212.

- Breslau, N., Wilcox, H. C., Storr, C. L., Lucia, V. C., & Anthony, J. C. (2004). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder: A study of youths in urban America. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 81(4), 530-544.
- Briere, J. N. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treating of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Bollen, K. A. 1989. *Structural Equations with Latent Variables*. Wiley Series in Probability and Mathematical Statistics. New York: Wiley.
- Bonanno, G., Holen, A., Keltner, D., & Horowitz, M. (1995). When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: Verbal-autonomic response dissociation and mid-life conjugal bereavement. *Journal of Personality and Social Psychiatry*, 69, 975-989.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.
- Bourgeois, M. L. (2006). «Études sur le deuil. Méthodes qualitatives et méthodes quantitatives», *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 164, 2006, 278-291.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, vol. 1: Attachment. New York, New York: Basic Books.
- Bowlby, J., & Parkes, C. M. (1970). *Separation and loss within the family*. In E. J. Anthony (ed.), *The Child in his family*. New York: J. Wiley.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*, vol. 3: Loss, sadness and depression. New York, New York: Basic Books.
- Brown, F. (1989). *The Impact of Death and Serious Illness on the Family Life Cycle*. In B. Carter & M. MacGoldrick (Eds.), *The Changing Family Life Cycle* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Byrne, B. M. (1998). *Structural equation modelling with LISREL, PRELIS and SIMPLIS: basic concepts, applications and programming*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Canavarro, M. (2004). Vinculação, perda e luto: Implicações clínicas. *Psychologica*, 35, 1-25
- Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., Rocha J. (2007, Junho). *Impacto of Event Scale – Revised (IES-R): Portuguese Validation*. Poster session presented at the: 10th European Conference on Traumatic Stress. Opatija: Croácia.
- Cattell, R. B. (1966). The Scree Test For The Number Of Factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1(2), 245-276.
- Ciconelli, R. M. (1997). Tradução para o Português e Validação do Questionário Genérico de Avaliação da Qualidade de Vida "Medical Outcomes Study 36- Item Short- Form Health Survey (SF-36)". Tese de Doutoramento, Universidade Federal de São Paulo, 143 págs.
- Chisholm, J. (1996). The evolutionary ecology of attachment organization. *Human Nature*, 7, 1-38

- Churchill, G. A. (1979). A Paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*, 16, 64-73.
- Cleiren, M. (1999). Guest editorial: The complexity and simplicity of grief. *Mortality*, 4 (2), 109-110
- Conte, J. (2005, Setembro). *Understanding Trauma: The american experience*. Seminário de Formação. *O Trauma no Abuso Sexual de Crianças*, Lisboa, Portugal.
- Cooper, D. R., & Schindler, P. S. (2003). *Métodos de pesquisa em administração*. (7a ed). Porto Alegre: Bookman.
- Davis, C. G., Wortman, C. B., Lehman, R. R., & Silver, R. C. (2000). Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? *Death Studies*, 24 (6), 497-540.
- Diamantopoulos, A., & Siguaw, J. (2000). *Introducing lisrel*. London: Sage.
- Dixon, M. J., Smilek, D., Duffy, P. L., Zanna, M. P., & Merikle, P. M. (2006). The role of meaning in grapheme-colour synaesthesia. *Cortex*, 42, 243-252.
- Doorn, C. V., Kasl, S. V., Beery, L. C., Jacobs, S. C., & Prigerson, H. G. (1998). The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 566-573.
- Dunne, K. (2004). Grief and its manifestations. *Nursing Standard*, 18, 45-51.
- Engel, J. F., Blackwell, R. D., & Kollat, D. T. (1978). *Consumer Behavior* (3rd ed.). Hinsdale: Dryden Press.
- Figley, C., Bride, B., & Mazza, N. (1997). *Death and trauma: The traumatology of grieving*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Figley, C. (1999). *Traumatology of grieving: Conceptual, theoretical and treatment foundations*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Frade, B., Sousa, H., Pacheco, D., Rocha J.(2009, Junho). *Impact of Traumatic Events in Drugs addicts*. Poster session presented at the: 11th European Conference on Traumatic Stress, “Trauma in Lives and Communities: Victims, Violators, Prevention and recovery” Oslo Congress Centre, Oslo – Noroega.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Loss and bereavement: Attachment theory and recent controversies concerning “grief work” and the nature of detachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 735–759). New York: Guilford
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Freeman, S. J., & Ward, S. (1998). Death and bereavement: What counsellors should know. *Journal of Mental Health Counseling*, 20 (3), 216-226.

- Freud, S. (1916). Mourning and melancholia. In: J. Strachey (Ed.) (1957), *The complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol.8, pp.236-238). London, England: Hogarth Press.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In: J. Strachey (Ed.) (1957), *The complete psychological works of Sigmund Freud* (pp.152-170). London, England: Hogarth Press.
- Freud, S. (1953). Mourning and melancholia. In Strachey J. London (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 243-258). London: Hogarth Press. (Original work published 1917)
- Furst, B. A. (2007). Bowlby Goes to the Movies: Film as a Teaching Tool for Issues of Bereavement, Mourning, and Grief in Medical Education. *Acad. Psychiatry* 31: 407-410.
- Goodkin K., Lee, D., Molina, R., Zheng, W., & Frasca, A. (2006) Complicated bereavement: Disease state on state of being. *Omega The Journal of Death & dying*, 52, 21-35
- Green, B. L. (2000). Traumatic loss: Conceptual and empirical links between trauma and bereavement. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 5, 1-17.
- Grady, D., Newman, T.B., Vittinghoff, E: (2001). *Data management*. In *Designing clinical research: an epidemiologic approach*. Edited by: Hulley SB. Philadelphia, PA: Williams & Wilkins; 2001:247-257
- Hair, J. R., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W.C. (1998). *Multivariate data analysis* 5^a ed. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Hair, J. R. (2006). *Multivariate analysis*. 6^a ed. Upper Saddle River: Prentice Hal.
- Hair, J. R., Black, B., Babin, B., Anderson, R. E., & Tatham, R.L. (2005). *Multivariate Data Analysis*. 6^a ed. Prentice Hall.
- Horowitz, M., Wilner & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress *Psychosom Med*, 41: 209-218.
- Horowitz, M. (1986). *Stress response syndromes*. Northvale, NJ: Aronson.
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., & Holen, A. (1993). Pathologic grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260–273.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonnano, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904-910.
- Horowitz, M. J. (2006) Meditating on complicated grief disorder as a diagnosis. *Omega: Journal of Death & Dying*, 52. 87-89
- Isaac, S., & Michael, N. (1971). *A collection of principles, methods and strategies useful in the planning design and evaluation of studies in educational and the behavioral sciences*. Handbook in Research and Evaluation: California: Edit Publishers.

- Jacobs, S. (1993). *Pathologic grief: Maladaptation to loss*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Jacobs, S., Mazure, C., & Prigerson, H. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies*, 24(3), 185-199.
- Jacobs, S., Kasl, S.V., Ostfeld, A.M., Berkman, L., Kosten. T.R., & Charpentier, P. (1987) The measurement of grief: bereaved versus non-bereaved. *The Hospice Journal* 2. 21-36.
- Jöreskog, K., & Sörbom, D. (1993). *Lisrel8: structural equation modeling with the simplis command language*. Chicago: Scientific Software International, Inc.
- Kaiser, H. F. (1960). *The application of electronic computers to factor analysis*. Educational and Psychological Measurement, v.20.p.111-117.
- Kaiser, H. F. (1958). The varimax criteria for analytical rotation in factor analysis. *Psychometrika*, 23: 141-51,
- Kelloway, E. K. (1998). *Using LISREL for structural equation modeling: A researcher's guide*. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications, Inc.
- Kenneth, E. (2006). *The Relationship Between Self Reported Trauma, Complicated Grief, and Depression Among College Students* :Tese de Doutorado: Department of Family and Child Sciences. The Florida state university college of Human sciences, EUA.
- Kersting, A. (2004). The Psychodynamics of Grief Hallucinations - A Psychopathological Phenomenon of Normal and Pathological Grief. *Psychopathology*, 37:50-51
- Kilpatrick, D. G, Saunders, B. E., Veronen, L. J., Best, C. L., & Von J. M. (1987). Criminal victimization: Lifetime prevalence, reporting to police and psychological impact. *Crime and Delinquency*, 33 (49), 479-489.
- Kristjanson, L., Lobb, E., Aorun, S., & Monterosso, L. (2006). A Systematic review of the literature on complicated grief. Edit Cowan University, *Commonwealth of Australia – Canberra*: Department of Heath & Ageing.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Tavistock Publications, London, UK.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer*. (8ª Edição Portuguesa ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Lacey, D. (2005). Nursing home social worker skills and end-of-life planning. *Social Work Health Care*, 40, 19-40.
- Latham, A. E. & Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 350-62.
- Lindeman, E. L. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.

- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., & Prigerson H. G. (2004) A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review* 24, 637-662
- Lobb, E., Kristjanson, L., Aorun, S. & Monterosso, L. (2006). An overview of complicated grief terminology and diagnostic criteria. *Grief Matters* 9 (2): 28-32
- Maercker, A., Bonanno, G. A., Znoj, H & Horowitz, M. J. (1998). Prediction of complicated grief by positive and negative themes in narratives. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1117-1136.
- Maciejewski, P.K., Zhang, B., Block, S.D., & Prigerson, H.G. (2007). An empirical testing of the stage theory of grief resolution. *JAMA*, 297, 716-723.
- Maia, A. (1996). Um discurso metodológico em torno da validade de constructo: Posições de um Lisrelita. Em L. S. Almeida, S. Araújo, M. S. Gonçalves, C. Machado & M. R. Simões (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (Vol. IV, p. 43-50). Braga: APPORT
- Mallon, B. (2001). *Ajudar as Crianças a Ultrapassar as Perdas* (I. Boavida, trad.). Porto: Ambar.
- Malhotra, K. (2001). *Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada*. Editora Bookman, Porto Alegre.
- Marwit, S. J. (1991). DSM III-R, grief reactions, and a call for revision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 75-79.
- Marwit, S. J. (1996). Reliability of diagnosing complicated grief: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 563-568.
- Marcell, D. (2002). *Os estados depressivos na adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nader, O. (1997). Childhood traumatic loss: The interaction of trauma and grief. In Figley, C.R., Bride, B. E. & Mazza, N. (1997) *Death and trauma: The traumatology of grieving*. Washington, D.C.: Taylor & Francis, 17-42.
- McIntyre, L., & McIntyre, S. (1995). Inventário de Beck para a Depressão (BDI). Versão de Investigação. Universidade do Minho.
- Neimeyer, R. A. (1998). *The lessons of loss: A guide to coping*. New York: McGraw Hill.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-558.
- Parkes, C. M. (1965). Bereavement and mental illness: A classification of bereavement reactions. *British Journal of Medical Psychology*, 38, 13-26.
- Parkes, C. M. (1988). Bereavement as a Psychosocial Transition: Processes of Adaptation to Change. *Journal of Social Issues* 44, no. 3:53-65.
- Parkes, C. M. (2006). Guest editor's conclusions. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 52, 107-113.
- Parkes, C. M. & Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.

- Pasquali, L. (2001). Técnicas de exame psicológico (TEP) - manual, volume I: Fundamentos das técnicas psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, Conselho Federal de Psicologia.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. G. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Silabo.
- Penson, R., Green, K., Chabner, B. & Lynch, T. (2002). When does the responsibility of our care end: bereavement. *Oncologist*, 7, 251-8.
- Polít, D. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed., Porto Alegre, Artmed.
- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newsom, J., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995a). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59: 65-79.
- Prigerson, H., Frank, E., Kasl, S., Reynolds III, C., Anderson, B., Zubenko, G., Houck, P. R., George, C. J., & Kupfer, D. J. (1995b). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 22-30
- Prigerson, Bierhals A. J., & Zonarich D L. (1996) Complicated grief: Nosology, treatment and outcomes. *Dir. Psychiatry* 16 1-11.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Day, N., Beery, L. C., Newsom, J. T., & Jacobs, S. C. (1997a). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154(5), 616-623.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Frank, E., Beery, L. C., Silverman, R., Prigerson, J., & Reynolds III, C. F. (1997b). Traumatic grief: A case of loss-induced trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 1003-1009.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Bierhals, A. J., Pilkonis, P. A., Wolfson, L., Hall, M., Zonarich, D. L., & Reynolds III, C. F. (1997c). Case histories of traumatic grief. *Omega: Journal of Death and Dying*, 35(1), 9-24.
- Prigerson, H. G., Shear, M.K., Jacobs, S.C., Reynolds, C.F., Maciejewski, P.K., Davidson, J.R.T., Rosenheck, R.A., Pilkonis, P.A., Wortman, C.B., Williams, J.B.W., Widiger, T.A., Frank, E., Kupfer, D.J., & Zisook, S. (1999). Consensus Criteria for traumatic grief. a preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001a). Diagnostic criteria for traumatic grief: A rationale, consensus criteria, and preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 614-646) .Washington, DC: American Psychological Association.

- Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001b). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary test. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, R. O. Hansson, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 47–63) Washington, DC: American Psychological Association.
- Prigerson, H.G. (2004). Complicated grief: when the path of adjustment leads to a dead-end. *Bereavement Care*, 23, 38-40.
- Prigerson, H. G., & Maciejewski, P.K (2006). A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V. *Omega: The Journal of Death & Dying*, 52, 1-19.
- Prigerson, H: G., Vanderwerker, L. C., & Maciejewski, P. K. (2008). Complicated grief as a mental disorder: Inclusion in DSM. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, & H. Schut, & W. Stroebe. (2008). (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice*. Washington: American Psychological Association.
- Pynoos, R. S., Nader, K., Frederick, C., Gonda, L. & Stuber, M. (1987). Grief reactions in school age children following a sniper attack at school. *Israel Journal of Psychiatry*, 24, 53-63
- Rando, T. (1996). Complications in mourning traumatic death. In K. J. Doka (Ed.), *Living with grief after sudden loss: Suicide, homicide, accident, heart attack, stroke* (pp. 139-159). Washington, DC: Hospice Foundation of America.
- Raphael, B., & Martinek, N. (1997) Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. In J. Wilson and T. Keane, (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 373-395). New York: The Guilford Press.
- Raphael, B. (1997). The interaction of trauma and grief. In D. Black, M. Newman, J. Harris-Hendricks, & G. Meezy (Eds.), *Psychological trauma: A developmental approach*. London: Gaskell.
- Resnick, H. S. (1993). “Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (6), 984-991.
- Regehr, C., & Sussman, T. (2004). Intersections between grief and trauma: Toward an empirically based model for treating traumatic grief. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 289-309
- Rijo, D. (2004). Temas críticos de luto patológico: Diagnóstico, modelos de intervenção terapêutica. *Psychologica*, 35, 49-67
- Rubin, S. (1999). The Two-Track Model of Bereavement: Overview, retrospect and prospect. *Death Studies*, 23(8), 681-714.

- Sable, P. (1992). Attachment, loss of spouse, and disordered mourning, *Families in Society*, 73 (5). 266-273
- Sanders, C. (1999). *Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement*. (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Schuler, M. (1995). Análise multivariada de segunda geração : tudo o que eu queria saber sobre Lisrel e que os matemáticos foram herméticos demais para me explicar. *Revista Brasileira de Administração Contemporânea*, v. 1, n. 5, p. 93-108.
- Schmidt, S., & Bullinger, M. (2003). Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. *Arch Phys Med Rehabil*. 84(s2):29-34.
- Shear, M. K., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds, C. F., Bilt, J. V., & Masters, S. (2001). Traumatic grief treatment: A pilot study. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (9), 1506-1508.
- Spector, P. E. (1992). *Summated rating scale construction: an introduction*. Age Series: Quantitative Applications in the Social Sciences. Vol 82. Los Angeles: Sage.
- Stroebe, M. (1992). Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. *Omega, Journal of Death and Dying*, 26, 19-42.
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999) The Dual Process Model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23 (3), 197 – 224.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., & Van den Bout., J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief - Clinical description and diagnostic guidelines. *Clinical Psychology Review, Elsevier*, Volume 20, Number 1, January 2000 , pp. 57-75(19)
- Stroebe, M., Schut, H., & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief: A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 185-201.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W. & Schut, H. (2001). "Introduction: Concepts and Issues in Contemporary Research on Bereavement." In *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*, ed. M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, and H. Schut. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2006). Who benefits from disclosure? Exploration of attachment style differences in the effects of expressing emotions. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 66-85.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2006). Complicated grief: A conceptual analysis of the field. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52(1): 53-70.
- Sundin, E., & Horowitz, M. (2002). Impact of Event Scale: psychometric properties. *The British Journal of Psychiatry*, 180: 205-209.

- Swarte, N. B., Van der Lee, M. L., Van Den Bout, J., & Heintz, A.P. (2003). Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: a cross sectional study. *British Medical Journal*, 327, 189-192.
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Fundação Caloutse Gulbenkian.
- Ullman, J. B. (2007). *Structural equation modeling. In Using multivariate statistics*. vol. 14, p.676-780. Fifth Edition. Pearson Education.
- Vaz Serra, A. (1994). *Inventário de avaliação clínica da depressão*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Vicent, G. (1991). Uma história do segredo? In P. Ariès & G. Duby (Eds.), *História da vida privada. Da primeira Guerra Mundial aos nossos dias* (Vol. 5; A. Carvalho Homem, trad.). Porto: Círculo de Leitores.
- Walle, A. (2004). Native people and the DSM IV-TR: Expanding diagnostic criteria to reflect minority trauma. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 3(3): p. 49-65.
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guildford.
- Worden, J. W. (1991). *Grief counseling and grief therapy*. New York: Springer.
- Worden, J. W. (2001). *Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (3rd ed.). Hove: Brunner-Routledge.
- Worden, J. W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesamiento psicológico y terapia*. Ed. Paidós.
- Young, J. E. (1990). Cognitive therapy for personality disorders: A schemajocused approach. Florida: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J. E., & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 6 (1), 11-23
- Young, J. E., Beck, A. T., & Weinberger, A. (1993). Depression. In Barlow, D. H. (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (pp. 240-277). New York: The Guilford Press.
- Young, J. E., Kosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy. A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press
- Zhang, B., El-Jawahri A, & Prigerson, H.G. (2006). Update on bereavement research: evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 9, 1188-1203.
- Zygmunt, M., Prigerson, H. G., Houck, P. R., Miller, M. D., Shear, M. K., Jacobs, S., & Reynolds III, C. F. (1998). A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptoms of traumatic grief. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(5), 241-245.

Anexo 1.

Exmº(a) Sra Mestre Raquel Esteves
Directora da ESSVS

Bruno Miguel Almeida Frade

Mestrando em Psicologia Clínica e da Saúde.

[93 616 66 06](tel:936166606) [Bruno.frade@iscsn.cespu.pt](mailto: Bruno.frade@iscsn.cespu.pt)

Assunto: Autorização para aplicação de questionário (s) aos alunos da ESSV

No âmbito da realização de uma investigação sobre o luto, inserida no meu projecto de mestrado orientado pelo Prof. Doutor José Carlos Rocha e integrada na UnIPSa, do Instituto Superior de Ciências de Saúde – Norte, venho por este meio solicitar a V.Exa a autorização para a aplicação do questionário anexo aos alunos da ESSV. As respostas dadas serão tratadas num registo confidencial e respeitando os mais elevados padrões de ética na investigação em Psicologia tendo em vista o objectivos centrais do trabalho de mestrado.

(Bruno Frade)

20 de Novembro de 2008
Gandra

Anexo 2.

Consentimento informado:

Caro (a) estudante, somos uma equipa de investigação da Unipsa, do Instituto Superior de Ciências de Saúde – Norte. Neste momento encontramos-nos a implementar uma investigação sobre Luto na população portuguesa. Para que o estudo seja possível é indispensável a sua cooperação. Neste sentido, solicitamos a sua colaboração para esta investigação no preenchimento de todos os itens das escalas. Se desejar não participar, ou desistir, poderá fazê-lo em qualquer altura.

Como se trata da sua opinião, não existem respostas certas e erradas. As suas respostas serão tratadas num registo confidencial e respeitando os mais elevados padrões de ética na investigação em Psicologia.

Se tiver algumas dúvidas, poderá contactar-nos através do e-mail bruno.frade@iscscn.cespu.pt ou jose.ferreirinha.rocha@gmail.com.

Muito Obrigado pela sua colaboração!

Declaro que tomei conhecimento e que concordo em participar:

Gandra, 2008

Anexo 3.

Questionário dados sociodemográficos

(Quando nos referimos a “Luto”, entendemos uma situação de perda de alguém realmente significativo podendo ser: familiar directo ou indirecto; amigo; colega; conhecido; etc.)

O acontecimento de Luto a que se refere: _____ que aconteceu há _____ semanas/meses/anos (risque as opções erradas)

Identificação

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____ Naturalidade: _____ Área de residência: _____

Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

Recorrência a Serviços da Saúde Mental:

- Não Sim

- **Se Sim**, indicar:

a) há quanto tempo? _____ (aproximadamente)

b) tipo(s) de Serviço(s) - _____

c) número de vezes - _____

d) percurso - _____

e) causa atribuída - _____

f) sintomatologia - _____

g) diagnóstico - _____

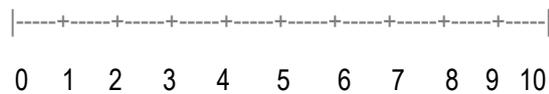
h) medicação psicofarmacológica prescrita - _____

História da Relação Falecido – Enlutado

- Idade do Falecido: _____ - Grau de Parentesco do Falecido: _____

- Há quanto tempo se relacionavam? _____

- Importância do falecido na vida do sujeito (nada importante – muitíssimo importante):



- Papel/função do falecido na família/grupo de pares:

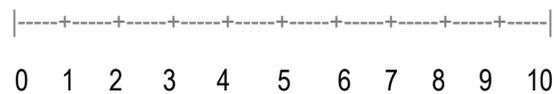
(*Educação; *Liderança; *Chefe de Família; *Financeiro; *Negligente; *Confidente; *etc.)

Contextualização da Perda para o Enlutado

- História de lutos anteriores:

*Não Sim

Quão difícil está a ser para si esta situação (nada difícil – extremamente difícil)?



- Existência de Factores de Stress Concorrentes (por exemplo outros acontecimentos que o preocupam):

Anexo 4.

Inventário de Luto complicado (Prigerson *et al.*, 1995)

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

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Regularmente	Sempre
1. Eu penso tanto nesta pessoa que é difícil fazer as coisas que normalmente faço...	0	1	2	3	4
2. As memórias da pessoa que morreu perturbam-me...	0	1	2	3	4
3. Eu sinto que não aceito a morte da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
4. Eu dou por mim a sentir a falta da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
5. Eu sinto-me atraído às coisas e lugares associados à pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
6 Não consigo evitar sentir-me zangado com a sua morte...	0	1	2	3	4
7. Eu sinto descrença sobre o que aconteceu...	0	1	2	3	4
8. Eu sinto-me atordoado ou confuso com o que aconteceu...	0	1	2	3	4
9 Desde que ele(a)morreu é-me difícil confiar nas pessoas...	0	1	2	3	4
10. Desde que ele(a) morreu, sinto que perdi a capacidade de me interessar com outras pessoas ou sinto-me distante das pessoas de que gosto...	0	1	2	3	4
11. Eu sinto dor na mesma parte do corpo ou tenho alguns dos sintomas da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
12. Eu desvio-me do meu caminho para evitar lembranças da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
13. Sinto a minha vida vazia sem a pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
14. Eu ouço a voz da pessoa que morreu falar-me...	0	1	2	3	4
15. Eu vejo a pessoa que morreu diante de mim...	0	1	2	3	4
16. Eu sinto que é injusto que eu deva viver enquanto esta pessoa morreu...	0	1	2	3	4
17. Eu sinto-me amargo sobre a morte desta pessoa...	0	1	2	3	4
18. Eu sinto inveja daqueles que não perderam ninguém próximo...	0	1	2	3	4
19. Eu sinto-me só grande parte do tempo desde que ele(a) morreu...	0	1	2	3	4

Anexo 5.

Artigo em formato publicável em revistas com *peer-review*:

Running head: Analysis of psychometric characteristics of the Portuguese version of ICG

Title: Analysis of psychometric characteristics of the Portuguese version of the Inventory of Complicated Grief.

Authors: Bruno A. Frade, Duarte N. Pacheco, Ana S. Andrade, Mónica A. Sá, José C.

Rocha

UnIPSa-CICS, ISCS-N – CESPU, Portugal

Address: Rua Central de Gandra, 1317; 4585-116 Gandra PRD; Portugal

Summary:

Loss is a universal experience that can be qualified as a very stressful life event with possible traumatic symptoms, particularly when individuals are focused on the most terrifying aspects. Symptoms of Complicated Grief (CG) predict long-term functional impairments resulting in a failure to adapt (Prigerson et al., 1995). With the aim of adapting to Portuguese population an instrument to evaluate CG on clinical and research contexts, we began with the translation procedures of Inventory of Complicated Grief (ICG), general psychometric studies, reliability and validity analysis. Data was collected on 127 university students ($M=19.9$; $SD=1.90$), including socio-demographic data and psychopathological symptoms, through Beck Depression Inventory and Impact of Event Scale - Revised. Results for (a) general scale characteristics, (b) reliability (internal consistency: Cronbach's Alpha=0.91) and (c) validity (five factors solution explains 68.9% of variance; correlations with depressive symptoms, $r=0.50$, and with traumatic symptoms, $r=0.53$). Confirmatory Factorial Analysis reveal a good fit of the measurement model ($\chi^2/df = 1709$, CFI = 0.97, RMSEA = 0.075, AGFI = 0.91, NFI = 0.92). Therefore, results of both studies provided clear evidence of validity and reliability of psychometrics properties of Portuguese version of ICG, reason for that its use is recommended and support in a relevant discussion on the multidimensional nature of the concept of complicated grief.

Keywords: Bereavement; Complicated grief; Psychometric analysis

Analysis of psychometric characteristics of the Portuguese version of the Inventory of Complicated Grief

It is now generally accepted the influence of grief events in the Health world.

In fact, there are rare phenomena that accompany us from our being. The loss is an event of universal life that can be lived in a traumatic way, especially when individuals are focused on aspects threatening experience. When this is understood pathological grief or complicated grief being in the presence of symptoms that predict functional impairment in the long term inherent difficulties adaptation and restoration of the pre-loss (Kristjanson, Lobb, Aoun, & Monterosso, 2006). Few areas deserve as much attention in recent years, not only by increasing exposure to traumatic events, as well as the establishment of diagnostic criteria for complicated grief as a specific disorder, in the construction of instruments assessment and diagnosis. Throughout the review of the literature we observed a movement to redefine terms: mourning absent, abnormal, distorted, morbid, maladaptive; atypical intense, unresolved, neurotic, dysfunctional, chronic, delayed, inhibited, traumatic, prolonged, and complicated grief as consistent (Kenneth, 2006; Parkes, 2006; Horowitz, 2006; Goodkin et al., 2006; Stroebe, & Shut, 2006).

Bereavement is a universal experience that can be qualified as a very stressful life event with possible traumatic symptoms associated with excessive morbidity and mortality. Firstly, there are some particularities of terminology which are related to translation from English to Portuguese, ie, different meaning of "*Bereavement*", "*Grief*" and "*Mourning*". Although it is difficult to make categorical distinctions between the terms, a previous clarification is important to understand its use. According to Furst (2007) and Stroebe, Hanson, Stroebe, & Shut (2001) 'Bereavement' refers to the situation of loss, a significant and consistent adaptive process of mourning that is the goal situation of significant loss of an immediate family

member, friend or indirect. Mourning itself, rather than a process, concerns about the patterns of behavior and emotional expression culturally acceptable during the mourning process we call the “*Mourning*” bereavement social support (Stroebe, Hansson, Stroebe, & Schut, 2001). Finally, “*Grief*” refers to the loss, reaction or emotional component of the mourning process – “*Mourning*” and all the events surrounding the loss of psychological (cognitive, social and behavioral) and physical (physiological-somatic) (Stroebe, Hansson, Stroebe, & Schut, 2001). This distinction becomes even more complicated when we try to understand behaviors such as crying. The act of crying is difficult to envision, being able to reconcile the three terms, crying as a reflection of the emotional loss – “*Grief*” - a social norm – “*Mourning*” - a situation of significant loss – “*Bereavement*” (Stroebe, Hansson, Stroebe & Schut, 2001). When we refer to a significant loss in our lives, we assume a natural response, normal, inevitable and variable in shape to how individuals deal with that loss over the life course (Marcell, 2002). The relationship between Trauma and Bereavement has been separately clarified over the past decades, as different phenomena, not necessarily independent, but the resulting indissociation between the two phenomena has led them to be treated together (Figley, 1999; Figley, Bride & Mazza, 1997; Raphael & Martinek, 1997). Trauma focuses on the most terrifying aspects of the experience, while grief is concerns with the loss of the individual. Grief can further be described as a subjective state of physiological and psychological reaction to a loss. Grief is considered complicated when symptoms are found to predict long-term functional impairments resulting in a failure to return to pre-loss performance levels (Prigerson et al., 1995). Complicated grief reflects grief-related symptoms beyond the time considered adaptive. Trauma and grief are closely intertwined through the connection of crisis and loss. Raphael (1997) outlines the differences and similarities of trauma and grief. The interplay of trauma and grief has become more apparent to healthcare professionals after several natural disasters and terrorist attacks (Regehr & Sussman, 2004). Prigerson et al., (1995) originally described complicated grief as a distinct disorder, encapsulating separation distress and

traumatic distress. Further investigation into complicated grief is needed to establish if a separate criterion set will better serve the interest and treatment of the patient. The increased exposure to traumatic events and the incidence of complicated grief in recent years (Breslau, Wilcox, Storr, Lucia, & Anthony, 2004) has refocused researchers on the establishment of diagnostic criteria for complicated grief, and thus the construction of assessment and diagnostics tools to assist clinicians on effective interventions (Prigerson et al., 1999). The Inventory of Complicated Grief - ICG - is suggested as a consensual context of clinical practice in cases of bereavement and in the context of grief research. In Portuguese, there is no type of instrument validated assessment and diagnosis for complicated grief. Although the ICG itself as a necessary tool in the discrimination and evaluation of cases of complicated grief should consider the following suggestions: “*studies that replicate the findings of this scale in younger individuals*” (Prigerson et al., 1995, p. 76) and the “*need for further validation of that instrument*” (Prigerson et al., 1995, p. 75). The one-dimensional model of the original Inventory of Complicated Grief able to differentiate not only cases of complicated grief in uncomplicated and "other emotional disturbances such as depression” (Prigerson et al., 1995, pp. 76). Therefore, we focus on the implementation of translation and validation of the Inventory of Complicated Grief for the Portuguese language, including exploratory factorial analysis- AFE and its confirmation as a construct, Confirmatory factor analysis – CFA. With this, we would see our study as a modest contribution while valid for the intensification of national empirical research in the complicated grief. The intended result is a starting point for a bigger and better production in this area and certainly strengthen the empirical support in order to better clinical practice both in terms of assessing whether the level of clinical intervention.

Method

Objectives:

This study was designed with the intention to respond to two major theoretical objectives: (1) We wanted to examine the factorial structure of the *Inventory of Complicated Grief* in a Portuguese sample, (2) to confirm or discuss the dimensionality of the concept of complicated grief. In addition to these theoretical objectives, we also had the practical purpose of providing an internationally credible instrument for research in Portuguese and in national samples are also useful in clinical practice.

Sample:

The sample consisted of 127 university students of the Polytechnic Health Institute - North and of the Institute of Health Sciences – North that reported having a past bereavement experience, 89 were female, 70.1%, and 38 males, 29.9%, with ages between 17 and 26 years, corresponding to an average of 19.87 years ($SD = 1.90$). The specific bereavement was related to the death of grandparents in 55.9% of the sample, 15% death of friend, 15% death of uncle or aunt, 5.5% death of parent, 5.5% death of cousin and 3.1% death of a brother or sister. All participants were single and living in large urban centers of the north of Portugal.

Description of the Adaptation Procedure:

In order to translate it to Portuguese there was: a) direct translation of the original version of the ICG (Prigerson et al., 1995), English into Portuguese, performed by an external translator; b) the same instrument was translated by health professionals; c) the two translations were confronted and reviewed, considering Beaton et al., (2000) guidelines and synthesized them into the Portuguese version; d) back translation to English and discussion of similarities and discrepancies; e) finally, the last step was a pre-test of the pre-final translation

to a small group of university students, in order to ascertain the full understanding and appropriateness of the translated terms.

Measures:

A questionnaire constructed with the purpose of characterizing our sample socio-demographical and bereavement related aspects, the Portuguese version of the *Inventory of Complicated Grief* (ICG), the *Beck Depression Inventory* (BDI) and the *Impact of Event Scale - revised* (IES-R). The ICG is a 19-item *Likert* scale [0 - 4] (0 = “never”, 1 = “rarely”, 2 = “Sometimes” 3 = “often”, 4 = “always”) built for assessing of symptoms of grief and to differentiate between complicated grief (ICG total score > 25) and not complicated (Prigerson, et al., 1995). For the IES-R is assumed between various types of instruments available for assessing traumatic reactions as the most frequently used (Stroebe & Schut, 2006). The IES-R consists of twenty-two items, with five levels of response type scale, which are included in the subscale avoidance (eight items), sub-scale intrusion (eight original items and a new item) and sub-scale of hypervigilance (six items) able to evaluate symptoms such as irritability, aggressiveness, difficulty concentrating, among others (Weiss & Marmar, 1997). For the BDI, according to Stroebe, & Schut (2006) the administration of this instrument shows us the extent of depressive symptoms inherent in situations of mourning. Therefore, the BDI (Beck et al., 1961) is an instrument consisting of 21 groups of 4, 5 or 6 statements, relating to any depressive symptoms, in which 11 relate to cognitive, somatic symptoms with 5, 2 with observable behaviors; 2 to 1 with affection and interpersonal symptoms (Vaz-Serra, 1994) and McIntyre & McIntyre (1995) discriminate as having 6 items relating to the affective component (items 1, 4, 7, 10, 11 and 12), other cognitive component of 6 (items 2, 3, 5, 8, 13, 14), 4 items relating to the diversion functional depression (items 16, 18, 19 and 21), 2 items to the motivational component (items 9 and 15), another 2 to its physical (items 17 and 20) and finally the remaining item that represents the component delusional (item 6).

Experimental design:

This study is a quantitative research methodology that seeks to evaluate the psychometric properties of an instrument of complicated grief regarding the situation in Portugal, as has already been built and validated the English language (Prigerson et al., 1995) allowing this phase pairing theory to the existing understanding the hypothesis: *Complicated Grief as a multidimensional construct*. With regard to statistical procedures, most particularly the completion of Exploratory Factor Analysis and Confirmatory Factor Analysis was performed with program *Statistical Statistical Package for Social Sciences (SPSS, version 16.0)* for the first analysis, and the *Linear Structural Relations (LISREL 8.80 trial version for Windows Vista)* for the second analysis.

Results

The general descriptive characteristics of the scale show an average of 19.60 and standard deviation of 12.18. To analyze the Construct Validity we ran analysis for exploratory factor analysis, beginning with the *Bartlett's sphericity test* and the measure of adequacy of sample *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)*. The KMO test showed a value of 0.887, which is considered a good indicator, while the Bartlett's test, the significance level was .000, $X^2 = 1245.799$, which ensures there is no correlation between the variables and the number of sample is suitable for the study. Both results indicate that the matrix is suitable for factor analysis.

The analysis of common factors resulted in the differentiation of five components (by *Principal Components with Varimax rotation*), explaining 68.90% of the variance with *Cronbach's Alpha total = 0.914*. The Factor I explains 17.87% ($\alpha = 0.83$), Factor II explains 16.99% ($\alpha = 0.87$), Factor III explains 15.47% ($\alpha = 0.88$), factor IV explains 9.89 % ($\alpha = 0.63$) and finally the V factor explains 8.69% of the variance ($\alpha = 0.56$). According to Churchill (1979) factor analysis is meant to suggest the number of dimensions underlying a

construct, represented by the generic model of complicated grief in this study. Thus, the theoretical model is presented with five factors or dimensions, to be considered as exogenous constructs in the AFC (Figure 1).

So we used the technique of *Maximum Likelihood estimation* specifies for standardized data and a type of covariance matrix (Joreskog & Sörbom, 1993). The adjustment measures absolute Statistics show that the chi-square with $X^2 = 242.79$ $df = 142$ reached a significance level of .0545, above the desired minimum of .05, favoring the model. In relation to the *adequacy of Adjustment*, the *Goodness-of-Fit Index (GFI)* reached 0.83, higher value, because 1.0 is the maximum possible, accounting for a satisfactory fit (Hair et al., 2005; Bilich, Silva & Ramos, 2006). The *Comparative Fit Index (CFI)* has the value of 0.97 and also supports a good model fit estimated or hypothetical no correlations between variables. As *Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA)*, with its confidence interval 90%, which indicates the fitting error with ideal results between 0.05 and 0.08, the maximum acceptable and may go up to .10 (Kelloway, 1998), our value is 0.075, thus it shows a satisfactory fit of our model. For measures of incremental adjustment, the values of the Tucker-Lewis index (TLI) or *Index Adjustment Non-normalized (NNFI)* of 0.96 and *Normalized Adjustment Index (NFI)* of 0.92 exceeds the minimum threshold of 0.90. The ratio between χ^2 and *degrees of freedom* ($\chi^2/df = 1.709$), should not be greater than 3.0 and shows an appropriate adjustment. In turn, the *Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI)*, is similar to R^2 in multiple regression, indicates a value above the recommended (> 0.90) showing a satisfactory fit.

(TABLE 1)

Table 1: Exploratory factor analysis. Factor loadings of Varimax rotation– Principal Components, eigenvalues, and percentages of variance.

(FIGURE 1)

Figure 1: Confirmatory factor analysis: Parameter estimated of the accepted model.

The external validity of the Portuguese version of ICG was studied through correlations with the following psychometric measures: (1) *Beck Depression Inventory - BDI* - and (2) *Impact of Event Scale – Revised - IES-R*.

(TABLE 2)

Table 2: External validity for ICG; between the factors of ICG divided into the previous analysis with the total values of ICG, BDI, IES and its factor.

There are positive correlations between the ICG factors and the total values of ICG, BDI, IES and its factors (table 2). As can be observed for all measures in our study corresponds a significance of $P < 0.01$ and we considered that there is a moderate correlation when values of *Pearson's r* > 0.50 . In what concerns the relations between ICG and the other instruments, we found that with both the BDI (*Pearson's r* = 0.50, $P < 0.001$) and the IES-R (*Pearson's r* = 0.53, $P < 0.001$), establishes moderate correlations.

Discussion:

In this study, we wanted to examine the psychometric properties of the Portuguese version of the ICG in order to ascertain whether the factor structure would replicate what was originally found (Prigerson et al., 1995). If our factor structure was not the same as the original ICG, we wanted to discuss the dimensionality of this instrument using the AFC

(modeling of linear structural equations). This line of thinking has allowed us to define our hypothesis of the study together with the whole process of validation and adaptation of the ICG: *Ccomplicated Grief as a construct Multidimensional*. We also expect that the psychometric properties of ICG, revealing strong enough, validate its use for empirical research in Portugal. We discuss below the data that support these general conclusions. Overall sample characteristics and statistical results allow conclusions with some confidence and both attest to the quality of our study. The Portuguese version of the ICG has good general characteristics and has an appropriate level of reliability (Hair et al., 1998), explained variance of the five factor model of 68.9%, defining a multidimensional structure (through exploratory factor analysis) revealed a good overall fit (through confirmatory factor analysis) which revealed complicated grief as a multidimensional construct and the external validity reflects strong correlations with BDI (*Person's* $r = 0.500, p < 0.01$) and IES-r (*Person's* $r = 0.530, p < 0.01$).

The different latent constructs can be named and theoretically framed.

For the first two factors suggest the term difficulties and problems of traumatic separation respectively. In fact, these two terms are not new in the literature (Prigerson & Jacobs, 2001; Bierhals, et al., 1997, Prigerson et al., 1995a) is recognized by well-known as '*traumatic distress*' and '*separation distress*' respectively. Jacobs (1993) originally described them as components of traumatic grief in relationship with a sudden and traumatic. Later be described as components of complicated grief (Prigerson et al. 1995; Prigerson et al., 1999). So traumatic difficulties relate to when a person is disturbed by the death of a significant person (item 2), and symptoms of avoidance (item 10, item 9, item 12), hopelessness in the future (item 9, item 12), feelings of pain or similar illness of the deceased (item 11) described by Kenneth (2006) and loneliness (item 10) as regards Figley (1999). With regard to Item 2 reveals quite intrusive traumatic symptoms coming up Horowitz (1997) suggesting the diagnosis of complicated grief characterized by intrusive thoughts intense. In order to support

this hypothesis we also found a strong correlation between the extent of intrusion of ICG and extent of intrusion IES-r (*Pearson* $r = 0.547$, $p = 0.000$). Later Jacobs, Mazure & Prigerson (2000) referred to difficulties traumatic experiences as an individual with clinically significant distress in social, occupational and other areas, and the symptoms: "*intrusive thoughts about the deceased*" (item 11, item 12, item 2), "*feelings of numbness*" (item 10); "*disbelief about the loss, being stunned or confused and fragmented level of security and trust*" (item 10) (Mazure & Prigerson 2000, p. 187). The same term corresponds to the criterion "B" in the proposed diagnostic criteria (Prigerson et al., 1999) for traumatic grief. Finally refer to the contribution of Kenneth (2006) in a study of young adult population where difficulties are experienced traumatic situations in mourning correlated with depressive symptoms, thereby strengthening the foundation adopted the term. For the second factor we propose the term difficulties of separation, "*separation distress*", in this conception of the term traumatic grief (Prigerson et al., 1997) as well as the design of the term complicated grief (Prigerson et al., 1999). Thus, we encounter Kenneth (2006) and Prigerson & Jacobs (2001) difficulty describing traumatic as the answer to a significant loss of concern involving intrusive and distressing (item 5, item 1) with the loss and the person (item 1). Also Parkes (1965) in their pioneering insights about complicated grief already referred to difficulties in separating chronic grief. Later, Jacobs (1993) referred to difficulties in the separation process of mourning marked with intrusive symptoms (item 4, item 5) and avoidance (item 1). In the proposed diagnostic category of traumatic grief term *difficulties of separation* is also mentioned as the first criterion or criteria "A" (Prigerson et al., 1999). So second Jacobs, Mazure & Prigerson (2000) show difficulties in separating symptoms: "*pangs of yearning*" (item 4, item 13, item 1, item 19); "*concern*" (item 1), "*longing*" (item 13, item 19); "*cry; vision and tactile perception, auditory illusions and for the deceased*" (item 5) (Jacobs, Mazure & Prigerson, 2000, p. 186). Thus we believe that these two factors are representative of their inputs reaching out to Kenneth (2006): "*constructs traumatic difficulties and*

*difficulties in separation appear with a strong correlation in samples of young adults ($r = 0.693$)" (Kenneth, 2006, p.33). The third factor represent a *dimension of denial and anger*. On the one hand we can interpret that the study subjects have taken on such negative reactions in the face of loss due to the high average of 7.54 (SD = 2.284) in a reference response ("0" - *nothing important* "10" - *very important*) in the importance of the deceased in the life of each subject, on the other hand the average of 5.56 (SD = 2.7771) compared to how difficult the situation is lost by the same reference. To be true, this hypothesis seems to imply that the reactions of denial (item 3; Item7, item 8) and anger (item 6) are involved in complicated grief, as measured by this instrument. Also can theoretically fit the size of denial and anger in the models of understanding of mourning Kubler-Ross (1998), corresponding to *Stage 1: Denial* (item 3, item 7, item 8). At this stage there are several reactions: "*No, I can not be true*" (clearly the item 3), and a defense mechanism by which the person is protected against the impact of the event, mitigating a loss situation. Even within the conceptualisation of Kubler-Ross: "*This can not be true*" (item 3, item 7, item 8), where there are feelings of anger, resentment, envy and rising the question "*Why me?*" (Item 6, item 7). As Bowlby (1980) can also fit this factor our calling to the *stage of shock and denial* characterized by the failure to record the loss of attachment figure (item 6, item 3, item 8), lasting up to one week and may be interrupted by explosions of anxiety and anger extremely intense (item 6). Also during the protest (Bowlby, 1980), a phase dominated by the abiding concern with the lost person markedly with emotions characteristics of anxiety, anger (item 3, item 6) and fear. Is the design of Stroebe & Shut (1999) who also found a cross with our proposal for this factor. Thus, Stroebe & Shut (1999) argue that the emotion-focused coping includes both the control or the expression of grief through several steps ranging from rumination to avoidance or denial, a denial as a reaction resulting from a process mourning, emphasizing the active role of the subject in the grieving process tends to take the loss. This logic reminds us of the diversity of our sample, with participants in different stages of the grieving process, at*

different times after the loss, expressing various indicators of negative reactions with the loss in trying to adapt to a new reality. With regard to our fourth factor, *psychotic dimension*, whether the item 14 or item 15 in fact express nature of psychotic symptoms that commonly occur in mourning (Beckwith, 1996; Kersting, 2004; Worden, 2004) and also in the diagnosis of *Episode Major Depressive*, differing mainly in the position in a temporal continuum. According to Worden (2001) hallucinations, both visual (item 14) and auditory (item 15), are common in bereavement, and hence they are not indicators of complicated grief itself, contributing to a global disturbance may be useful in order to restoring the pre-loss. This same value is seen as a benign form of adaptation to the process of mourning, a kind of defense mechanism (Kersting, 2004) that protects the ego of adverse effects after a loss. Finally, our fifth factor, depressive dimension reveals the intrinsic relationship (*Pearson r* BDI_{total} = 0.430, *p* = 0.000) between symptoms of complicated grief and pain observed in cases of Major Depression (Stroebe, Schut & Finkenauer, 2001) exacerbating leverage a state of suicidal ideation. This relationship between mourning and depression is commonly informed the conceptualization of mourning for Kubler-Ross (1969) *Stage 4: Depression*; by Bowlby (1980), *Phase 3: despair, disorganization, and depression*, by Jacob (1993), and depression *indicator* player in the process of resolution of the mourning process, as well as various proposals for complicated grief (Jacobs, Mazure, & Prigerson, 2000; Prigerson & Maciejewski, 2006). Thus, the results and discussion of our study may represent therefore a response to the challenge by several authors to clarify a set of criteria for complicated grief consistent in order to understand the changes that the grieving process after an opera promoting a significant loss intervention also appropriate. In response to our practical purpose, the sample characteristics and statistical results show a good instrument, and general characteristics of the appropriate level of fidelity (*Cronbach's alpha* = 0.914), life (explained variance = 68.9%), as well as the validity outside a strong correlation with BDI_{total} (*Pearson r* = 0.500, *p* = 0.000 <0.01) and IES-R total (*r* = *Pearson* 0.530, *p* = 0.000 <0.01). AFC as an

indispensable means of an analysis of psychometric instruments (Pestana & Gageiro, 2003) also showed a good overall adjustment of ICG supporting a multidimensional structure of five factors, proved to be a useful and appropriate in clinical practice.

Thus, the results and discussion of our study may represent therefore a response to the challenge by several authors to clarify a set of criteria in mourning complicated consistent way to know the changes that the grieving process operates after a loss and a significant intervention also appropriate.

Conclusion:

Unlike monofactorial structure of the original author, the Portuguese version of the ICG was characterized with a multidimensional structure - five factors - namely: *Traumatic difficulties, difficulties of separation; Dimension Disclaimer and Revolt, Dimension and Dimension Psychotic Depression*, feeding in a relevant the discussion on the multidimensional nature of the concept of complicated grief.

The analysis of its psychometric properties also shows that this version proves to be useful and appropriate in the assessment of psychopathological symptoms of Grief events, including complicated grief, as well as empirical research in the context of complicated grief. Finally, we would estimate to see our study as a modest contribution while valid for the intensification of national empirical research in the complicated grief. It is expected that this study is a starting point for a bigger and better production in this area and certainly strengthen the empirical support in order to better clinical practice both in terms of assessing whether the level of clinical intervention. Finally, we would like to see our study as a modest contribution while valid for the intensification of national empirical research in the complicated grief.

It is expected that this study is a starting point for a bigger and better production in this area and certainly strengthen the empirical support in order to better clinical practice both in terms of assessing whether the level of clinical intervention.

References:

- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4:53-63.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24):3186-91.
- Bilich, F., Silva & Ramos, P. (2006). Análise de flexibilidade em economia da informação: modelagem de equações estruturais. *Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação*, 3 (2), 93-122.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*, vol. 3: Loss, sadness and depression. New York, New York: Basic Books.
- Breslau, N., Wilcox, H. C., Storr, C. L., Lucia, V. C., & Anthony, J. C. (2004). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder: A study of youths in urban America. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 81(4), 530-544.
- Churchill, G. A. (1979). A Paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*, 16, 64-73.
- Figley, C., Bride, B., & Mazza, N. (1997). *Death and trauma: The traumatology of grieving*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Figley, C. (1999). *Traumatology of grieving: Conceptual, theoretical and treatment foundations*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Furst, B. A. (2007). Bowlby Goes to the Movies: Film as a Teaching Tool for Issues of Bereavement, Mourning, and Grief in Medical Education. *Acad. Psychiatry* 31: 407-410.
- Goodkin K., Lee, D., Molina, R., Zheng, W., & Frasca, A. (2006) Complicated bereavement: Disease state on state of being. *Omega The Journal of Death & dying*, 52, 21-35
- Hair, J. R., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis* 5^a ed. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Hair, J. R., Black, B., Babin, B., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2005). *Multivariate Data Analysis*. 6^a ed. Prentice Hall.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonnanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904-910.
- Horowitz, M. J. (2006) Meditating on complicated grief disorder as a diagnosis. *Omega: Journal of Death & Dying*, 52. 87-89.

- Jacobs, S. (1993). *Pathologic grief: Maladaptation to loss*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Jacobs, S., Mazure, C., & Prigerson, H. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies*, 24(3), 185-199.
- Jöreskog, K., & Sörbom, D. (1993). *Lisrel8: structural equation modeling with the simplis command language*. Chicago: Scientific Software International, Inc.
- Kelloway, E. K. (1998). *Using LISREL for structural equation modeling: A researcher's guide*. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications, Inc.
- Kenneth, E. (2006). *The Relationship Between Self Reported Trauma, Complicated Grief, and Depression Among College Students* :Tese de Doutorado: Department of Family and Child Sciences. The Florida state university college of Human sciences, EUA.
- Kersting, A. (2004). The Psychodynamics of Grief Hallucinations - A Psychopathological Phenomenon of Normal and Pathological Grief. *Psychopathology*, 37:50-51
- Kristjanson, L., Lobb, E., Aorun, S., & Monterosso, L. (2006). A Systematic review of the literature on complicated grief. Edit Cowan University, *Commonwealth of Australia* – Camberra: Department of Heath & Ageing.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Tavistock Publications, London, UK. Kubler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer*. (8ª Edição Portuguesa ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Marcell, D. (2002). *Os estados depressivos na adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- McIntyre, L., & McIntyre, S. (1995). Inventário de Beck para a Depressão (BDI). Versão de Investigação. Universidade do Minho.
- Parkes, C. M. (1965). Bereavement and mental illness: A classification of bereavement reactions. *British Journal of Medical Psychology*, 38, 13-26.
- Parkes, C. M. (2006). Guest editor's conclusions. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 52, 107-113.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. G. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Silabo.
- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newsom, J., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995a). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59: 65-79.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Day, N., Beery, L. C., Newsom, J. T., & Jacobs, S. C. (1997a). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154(5), 616-623.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R. T., Rosenheck, R. A., Pilkonis, P. A., Wortman, C. B., Williams, J. B. W., Widiger, T. A., Frank,

- E., Kupfer, D. J., & Zisook, S. (1999). Consensus Criteria for traumatic grief: a preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001). Diagnostic criteria for traumatic grief: A rationale, consensus criteria, and preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 614-646). Washington, DC: American Psychological Association.
- Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2006). A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V. *Omega: The Journal of Death & Dying*, 52, 1-19.
- Raphael, B., & Martinek, N. (1997) Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. In J. Wilson and T. Keane, (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 373-395). New York: The Guilford Press.
- Regehr, C., & Sussman, T. (2004). Intersections between grief and trauma: Toward an empirically based model for treating traumatic grief. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 289-309.
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999) The Dual Process Model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23 (3), 197 – 224.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). "Introduction: Concepts and Issues in Contemporary Research on Bereavement." In *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*, ed. M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, and H. Schut. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2006). Complicated grief: A conceptual analysis of the field. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52(1): 53-70.
- Vaz Serra, A. (1994). *Inventário de avaliação clínica da depressão*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guildford.
- Worden, J. W. (2001). *Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (3rd ed.). Hove: Brunner-Routledge.

Author notes:

This study was presented in oral communication and poster presentation

Oral presentations:

Frade, B., Pacheco, D., Sousa, H., Rocha, J. (2009, April). Complicated Grief - A validation of ICG instrument. X Days of Clinical Psychology, on the theme «No Limiar da Vida». Porto: Centro de Congressos e Exposições da Alfândega do Porto.

UnIPSa, ISCS-N, CESPU, CRL.

Frade B. (2008, September). Proposal for a translation and validation of the Inventory of Complicated Grief: Inventory of Complicated Grief. UnIPSa Summer-Sessions: Under the theme, Loss and Trauma ". Superior Institute of Health Sciences - North, CESPU,

UnIPSa, ISCS-N, CESPU, CRL

Frade., B, H. Sousa, D. Pacheco, S. Andrade e J. Rocha (2010, February). Luto Complicado: Proposta de tradução e validação do Inventory of Complicated Grief - ICG; VII Simpósio Nacional Investigação em Psicologia: Braga (2010).

UnIPSa, ISCS-N, CESPU, CRL

Posters:

Frade, B., Pacheco, D., Sousa, H., Rocha, J. (2009, April). Complicated Grief: A validation of ICG instrument. X Days of Clinical Psychology, on the theme " «No Limiar da Vida». Porto: Centro de Congressos e Exposições da Alfândega do Porto.

UnIPSa, ISCS-N, CESPU, CRL.

Frade, B., Sousa, H., D. Pacheco., Rocha, J. (2009, June). Complicated Grief. A validation of ICG instrument. 11th European Conference on Traumatic Stress, Trauma in Lives and Communities: Victims, Violators, Prevention and Recovery "Oslo Congress Center, 15 to 18 June, Oslo - Norway.

UnIPSa, ISCS-N, CESPU, CRL.

Frade, B., Sousa H., Pacheco, D., Andrade, S., & Rocha J. (2010, February). Complicated Grief: The translation and validation of the Inventory of Complicated Grief - ICG; VII Symposium on Research in psychology: Braga (2010).

UnIPSa, ISCS-N, CESPU, CRL

(Table 1)

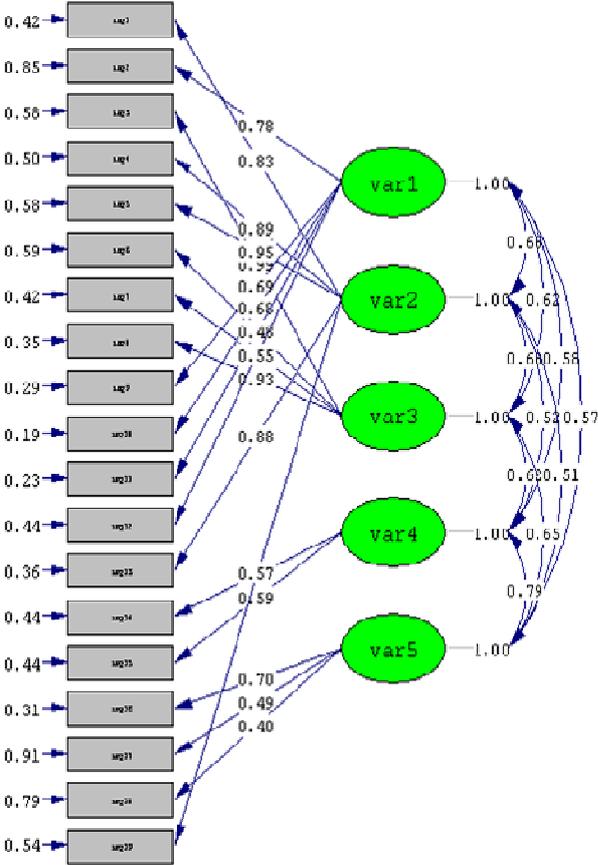
	Componentes				
	1	2	3	4	5
Item 1	.442	0.644	.272	.066	.074
Item 2	.540	.361	.349	.033	.018
Item 3	.186	.299	.651	.340	.187
Item 4	.092	.825	.283	.081	-.024
Item 5	.080	.783	.304	.146	.051
Item 6	.211	.185	.810	.005	.137
Item 7	.209	.194	.800	.166	.128
Item 8	.238	.282	.703	.222	.246
Item 9	.760	.173	.266	.055	.157
Item 10	.761	.244	.131	.251	.124
Item 11	.834	.038	.027	.186	.093
Item 12	.658	.159	.236	.094	-.012
Item 13	.264	.799	.095	.255	.097
Item 14	.271	.062	.097	.763	.162
Item 15	.053	.212	.253	.785	.010
Item 16	.266	.164	.085	.516	.557
Item 17	-.067	.126	.337	.047	.664
Item 18	.137	-.039	.099	.093	.700
Item 19	.433	.550	.015	-.051	.431
Eigenvalues	7.705	1.669	1.550	1.168	.999
% Variance	17.87	16.99	15.47	9.89	8.69
% Variance Accumulated	17.87	34.86	50.32	60.21	68.90
α	.83	.87	.88	.63	.56
Cronbach's Alpha = .914					

(Table 2)

	ICG total	ICG factor1	ICG factor2	ICG factor3	ICG factor4	ICG facto r5	IES-R Avoidance	IES-R Intrusion	IES-R Hiperarousal	IES-R Numbing	IES-R total	BDI total
ICG total	1.000	.805**	.842**	.851**	.611**	.627**	.535**	.783**	.727**	.666**	.778**	.504**
ICG factor 1	.805**	1.000	.602**	.561**	.418**	.370**	.500**	.631**	.603**	.554**	.652**	.521**
ICG factor 2	.842**	.602**	1.000	.603**	.384**	.359**	.315**	.659**	.602**	.532**	.613**	.338**
ICG factor 3	.851**	.561**	.603**	1.000	.464**	.496**	.470**	.648**	.584**	.607**	.651**	.348**
ICG factor 4	.611**	.418**	.384**	.464**	1.000	.423**	.376**	.547**	.504**	.418**	.538**	.339**
ICG facto r5	.627**	.370**	.359**	.496**	.423**	1.000	.434**	.478**	.469**	.368**	.507**	.430**

** p<0.01

(Figure 1)



Anexo 6.

Abstract para submissão de comunicação oral

Title: Analysis of psychometric characteristics of the Portuguese version of the Inventory of Complicated Grief

Authors: Frade, B.; Pacheco, D.; Andrade, S.; Sá, M., Rocha, J.

UnIPSa-CICS, ISCS-N – CESPU, Portugal

Abstract

Loss is a universal experience that can be a live as a very stressful life event with possible traumatic symptoms, especially when individuals are focused on the most terrifying aspects. Symptoms of Complicated Grief (CG) predict long-term functional impairments resulting in a failure to adapt (Prigerson et al., 1995). With the aim to adapt for Portuguese population an instrument to evaluate CG, on clinical and research contexts, we began translation procedures of *Inventory of Complicated Grief* (ICG), general psychometric studies, reliability and validity analysis. The original ICG (Prigerson et al., 1995) is a *Likert* and self-reported scale with 19 itens. Translation tasks kept introductory content, structure and order. Data was collected on 127 university students, with ages between 17 and 26 years ($M=19.9$; $SD=1.90$), including socio-demographic data and psychopathological symptoms, through *Beck Depression Inventory* and *Impact of Event Scale - Revised*. Results for (a) general scale characteristics, (b) reliability (internal consistency: *Cronbach's Alpha*=0.91) and (c) validity (five factors solution explains 68.9% of variance; correlations with depressive symptoms, $r=0.50$, and with traumatic symptoms, $r=0.53$). Confirmatory Factorial Analysis revealed a good fit of the measurement model constituted by five factors ($X^2/df=1.709$; $CFI=0.97$; $RMSEA=0.075$; $AGFI=0.91$; $NFI=0.92$). Therefore, results of both studies provided clear evidence of validity and reliability of psychometrics properties of Portuguese version of ICG, reason for that its use is recommended and support in a relevant discussion on the multidimensional nature of the concept of complicated grief.

Keywords: Bereavement; Complicated grief; psychometric analysis.