

# **Validação de Metodologias de Diferenciação Clínica Entre Luto Saudável e Luto Complicado**

**Rosy Virgiana da Silva Sousa**

**Gandra, Outubro de 2011**

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte  
Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, CRL (CESPU)

# Validação de Metodologias de Diferenciação Clínica entre Luto Saudável e Luto Complicado

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte,  
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Elaborada sob orientação do Professor Doutor José Carlos Rocha

**Rosy Virgiana da Silva Sousa**

Gandra, Outubro

## Agradecimentos

O término desta investigação traduz-se num longo caminho percorrido e comportou uma série de anseios, preocupações e desafios. O resultado deste trabalho é fruto de múltiplos contributos, sem os quais a sua realização se tornaria praticamente impossível. Deste modo, foi essencial o apoio incondicional de algumas pessoas, às quais não posso deixar de manifestar o meu sincero agradecimento.

Primeiramente agradeço a todas as pessoas que participaram voluntariamente na investigação, pois sem elas esta não seria possível.

Ao Professor Doutor José Carlos Rocha, pelo seu profissionalismo, disponibilidade e encorajamento com que me acompanhou ao longo desta investigação. Obrigada pelos conhecimentos transmitidos, pela inspiração, pelos desafios sustentados e por cada oportunidade de enriquecimento conseguida em todos os momentos desta investigação.

À Sofia Castro, companheira de viagem neste percurso. Foi um privilégio para mim, partilhar todos os meus anseios, dificuldades, alegrias e oportunidades vivenciadas neste ano. Obrigada pelas longas horas de trabalho em conjunto, pelo conhecimento partilhado e pelos momentos de descontração e humor. Agradeço a compreensão, o encorajamento, o carinho e a sincera amizade de todos os momentos e que, espero não perder pelas vicissitudes da vida!

À Virgínia Silva por toda a ajuda e disponibilidade prestada, pelo profissionalismo demonstrado, pelos conhecimentos partilhados e acima de tudo pelo espírito de equipa, pelo carinho e amizade que desenvolvemos ao longo desta caminhada.

À minha família, pelo suporte com que me presentearam nas alturas mais atarefadas deste percurso e pela compreensão demonstrada, no tempo que não lhes dediquei. Obrigada por acreditarem sempre em mim.

Ao Robert Reis, expresso aqui a minha enorme gratidão pelo constante companheirismo, entusiasmo, compreensão e apoio com que me brindou ao longo de todos estes anos.

E por fim, àqueles que não podiam ser esquecidos... todos os meus familiares e amigos pelo apoio de sempre...

## Resumo

O processo de Luto Saudável é um processo natural, saudável, inerente à perda de alguém significativo e consiste na capacidade de lidar com as diversas manifestações do processo de luto, sem que este influencie negativamente o percurso de vida e não seja necessária ajuda profissional especializada (Golden & Dalgleish, 2010; Stroebe, Schult & Finkenauer, 2001). Contrariamente, o Luto Complicado implica a afectação das capacidades funcionais do indivíduo, impedindo-o de regressar ao seu estado de funcionamento anterior à perda. Este fenómeno encontra-se presente quando o processo de luto diverge do que é culturalmente normativo, quanto à duração, sintomas e intensidade do luto (Prigerson et al.,1995). Apesar da existência de várias definições e características para o luto saudável e complicado, não existe um consenso na literatura.

Neste sentido surge a necessidade de criar metodologias de diferenciação clínica entre o luto saudável e complicado. Esta investigação tem três estudos distintos: 1) cálculo do ponto de corte do Inventário de Luto Complicado (ICG) (Frade, 2009) para Luto Complicado; 2) validação convergente da narrativa protótipo do luto complicado (Moreira, 2010); 3) validação divergente da narrativa protótipo do luto complicado numa amostra de pessoas com luto complicado (Moreira, 2010).

A amostra do primeiro e segundo estudo é constituída por 73 participantes, 62 mulheres, 11 homens, com idade média de 23,00 (dp=25,8). Para a avaliação da amostra foi utilizado o Questionário Sociodemográfico (QSD), o ICG e a Entrevista de Diagnóstico Clínico de Luto complicado (EDCLC) construída para esta investigação. Para o primeiro estudo, os resultados da EDCLC permitem categorizar os participantes face ao Luto Complicado para posterior realização de curva ROC. No segundo estudo foi utilizado o questionário de validação convergente da narrativa protótipo de luto complicado e verificou-se o nível de identificação com esta narrativa entre participantes com e sem diagnóstico de Luto Complicado.

A amostra do estudo de validação divergente foi constituída por 28 participantes, 24 mulheres, 4 homens, com idade média de 74,15 (dp=22,0). Os instrumentos utilizados foram o QSD, a EDCLC e o questionário de validação divergente da narrativa protótipo de luto complicado. Comparando várias narrativas protótipo, é possível verificar se os

participantes com Luto Complicado se identificam mais com a narrativa de luto complicado em detrimento de outras narrativas protótipo.

Os resultados obtidos foram, 1) o ponto de corte do ICG é  $\geq 30$  para Luto Complicado com 100% de sensibilidade e 2,2% de especificidade; 2) os participantes com luto complicado identificam-se significativamente mais com a narrativa protótipo do luto complicado, comparativamente com aqueles sem luto complicado; 3) a narrativa protótipo de luto complicado é aquela com que, os participantes com luto complicado, mais se identificaram comparativamente às outras narrativas.

A pertinência da validação das metodologias de diferenciação revelou-se através dos dados obtidos. Deste modo, espera-se que os resultados aumentem o conhecimento sobre as metodologias de diferenciação entre o luto saudável e o luto complicado, contribuindo para o surgimento de novos conhecimentos de compreensão da perturbação do Luto Complicado e integração nos manuais de doença mental.

**Palavras-chave:** Ponto de Corte; ICG; Narrativas Protótipo; Validação Convergente; Validação Divergente; Luto Saudável; Luto Complicado;

## Abstract

The process of Healthy Grieving is a natural, healthy, inherent to the loss of someone significant; is the ability to deal with the various manifestations of grieving process, and influences the course of life and the recurrence for professional help won't be needed (Golden & Dalgleish, 2010; Stroebe, Finkenauer & Schult, 2001). In contrast, complicated grief involves the commitment of the functional ability of person, impeding him to return to his previous work state. This phenomenon is present when the grieving process differs from what is culturally normative, for duration and intensity of Grief symptoms (Prigerson et al., 1995). Although there are several definitions for the characteristics of healthy and complicated grief, there is not a consensus among the literature.

Therefore emerged the necessity to establish methodologies of clinical differentiation between healthy and complicated grief. This investigation groups three studies, a) calculating the cutoff ICG b) convergent validity of the prototype narrative of complicated grief; c) validation of prototype divergent narrative of complicated grief.

The sample of the first and second study consists of 73 participants, 62 women, 11 men, mean age 23.00 (SD = 25.8). For the evaluation of the sample it was used the Sociodemographic Questionnaire (DSF), the ICG and the Clinical Diagnostic Interview for complicated grief (EDCLC) built for this investigation. For the first study, the results of EDCLC allow to categorize the participants and address them to complicated grief for subsequent performance of the ROC curve. In the second study it was used the convergent validation questionnaire of the prototype narrative of complicated grief and it was found the level of identification with this narrative between participants with and without a diagnosis of complicated grief.

The validation study sample consisted of 28 divergent subjects, 24 women, 4 men, mean age 74.15 (SD = 22.0). The instruments used were the DSF, EDCLC and the divergent validation survey of narrative prototype of complicated grief. Comparing various prototype narratives, we can verify that the participants with complicated grief identify more with the narrative of complicated grief over other prototype narratives.

The results were 1) the cutoff point of ICG's  $\geq 30$  for Complicated Mourning with 100% sensitivity and specificity of 2.2%; b) the convergent validity study of the prototype narrative of complicated grief reveals that participants with complicated grief identify more significantly with the prototype narrative of complicated grief compared to participants without complicated grief, c) the validation study reveals that the prototype divergent narrative of complicated grief was significantly different as that participants with complicated grief have been identified compared to most other narratives.

The relevance of the validation of methods of differentiation is revealed by the obtained data. Thus, it is expected that the results increase the knowledge about the methods of differentiation between healthy and complicated grief, contributing to the emergence of new knowledge of understanding of complicated grief disorder and his integration in manuals of mental illness.

**Keywords:** Cutoff point; ICG; Prototype Narratives; Convergent Validity; Divergent Validity; Healthy Grief; Complicated Grief.

## Índice

Capítulo I. Introdução.....	1
1.1.Luto Saudável versus Luto Complicado.....	2
1.1.1. Características do Luto Saudável .....	2
1.1.2. Características do Luto Complicado.....	5
1.1.3. Critérios de Diagnóstico Propostos para o Luto Complicado....	7
1.1.4. Factores Preditores do Luto Complicado.....	10
1.1.5. A Comorbilidade do Luto Complicado com Outros Quadros Nosológicos.....	12
Capítulo II. Distinção Quantitativa e Qualitativa entre Luto Saudável e Complicado.....	14
2.1. Instrumentos Quantitativos de Avaliação no Luto Complicado.....	14
2.1.1. Curva de Roc no Diagnóstico Clínico do Luto Complicado.....	16
2.2. As Narrativas e a Avaliação Qualitativa do Luto Complicado... 18	
2.2.1. O Reflexo das Narrativas na Psicopatologia.....	20
2.2.2. Narrativa do Luto Complicado.....	22
2.2.3. Validação da Narrativa Protótipo de Luto Complicado.....	25
Capítulo III. Objectivos.....	28
Capítulo IV. Método.....	29
4.1. Amostra.....	29
1) Amostra para o Cálculo do ponto de corte do ICG e Validação Convergente na Narrativa Protótipo do Luto Complicado.....	29
2) Amostra para a Validação Divergente da Narrativa Protótipo do Luto Complicado.....	32
4.2. Instrumentos.....	33



4.3. Procedimentos.....	37
Capítulo V. Resultados.....	40
1) Cálculo do Ponto de Corte do ICG ( <i>Inventário do Luto Complicado</i> ).....	40
2) Validação Convergente de Narrativa Protótipo do Luto Complicado.....	42
3) Validação Divergente da Narrativa Protótipo numa Amostra com Luto Complicado.....	43
Capítulo VI. Discussão dos Resultados.....	45
Capítulo VII. Conclusão .....	49
Referências Bibliográficas.....	51
Anexos	

## Índice de Quadros

Quadro 1. Critérios de Diagnóstico para o Luto Complicado (Prigerson et al., 2009).....	9
---	---

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Categorias Gramaticais das Narrativas Protótipo (Maia,1998; Henriques,2000; Machado,2005;Duarte,1993; Sá,2009; Moreira, 2010).....	24
Tabela 2. Características Sociodemográficas da Amostra .....	30
Tabela 3. Características Sociodemográficas da Amostra sem Luto Complicado.....	30
Tabela 4. Características Sociodemográficas da Amostra com Luto Complicado.....	31
Tabela 5. Características Sociodemográficas da Amostra com Luto Complicado na Validação Divergente.....	33
Tabela 6. Resultados da EDCLC.....	36
Tabela 7. Frequência da Amostra no Cálculo do Ponto de Corte do ICG.....	40
Tabela 8. Coordenadas da Curva de ROC – Valores de Sensibilidade e Especificidade.....	41
Tabela 9. Resultados do Qui-Quadrado na Validação Convergente da Narrativa Protótipo do Luto Complicado.....	42
Tabela 10. Médias e Teste de Friedman do Grau de Identificação com Narrativas Protótipo numa Amostra com Luto Complicado.....	43

## Índice de Gráficos

Gráfico 1. Curva de Roc do ICG e Indicadores de Sensibilidade e Especificidade.....	41
Gráfico 2. Frequência de Respostas Face ao Acordo com a Narrativa de Luto Complicado para Casos com e sem Luto Complicado.....	43
Gráfico 3. Médias e Teste de Friedman do Grau de Identificação com Narrativas Protótipo numa Amostra com Luto Complicado.....	44

## Índice de Anexos

Anexo I: Consentimento Informado ARS-Norte.

Anexo II: Consentimento Informado para Outras Instituições.

Anexo III: Protocolo de Avaliação.

Anexo IV: Artigo 1.

Anexo V: Artigo 2.

Anexo VI: Resumo Submetido para Poster no 12<sup>th</sup> European Congress of Traumatic Stress, Viena, Áustria.

Anexo VII: Curriculum Vitae.

## Capítulo I. Introdução

A experiência de luto é um fenómeno psicológico inevitável ao longo do ciclo de vida. É um acontecimento que exige capacidades de adaptação perante a situação stressante, sendo necessário reajustes emocionais e cognitivos por parte da pessoa enlutada. A perda de alguém significativo pode ser vivenciada de um modo diferente de pessoa para pessoa pelo que é frequente a existência de um período de elevado stress, associado a reacções físicas, psicológicas, tal como sentimentos de culpa, arrependimento e solidão relacionados com o sofrimento da perda (Stroebe, Schut & Stroebe, 2000). Este período de adaptação à perda pode tornar-se um problema de saúde mental quando atinge níveis de complexidade pouco comuns ao longo da vida (Prigerson et al, 2009).

De acordo com Stroebe, Schut & Stroebe (2000) o processo de Luto Saudável (LS) atinge a proporção de Luto Complicado (LC), quando se observam níveis acentuados de sintomatologia causando uma deterioração significativa nas diferentes áreas em que o indivíduo se insere. O LC é um conjunto de várias complicações físicas e mentais, relacionadas com o processo de luto (Lichtenhal, Cruess, & Prigerson, 2004).

Embora existam critérios que definem o LC como uma perturbação mental, a sua aplicação diagnóstica levanta algumas polémicas, uma vez que não é uma categoria de diagnóstico descrita nos manuais de saúde mental tal como, DSM-IV TR (Manual de diagnóstico e estatística das doenças mentais) e CID-10 (Classificação Internacional de Doença). Deste modo, o diagnóstico do LC é utilizado apenas para orientação clínica, dando especial atenção à duração da sintomatologia (igual ou superior a seis meses) e ao aparecimento significativo de mal-estar na vida do indivíduo (Neymeyer, Prigerson & Davies, 2002).

A elevada longevidade e intensidade do processo de luto, torna o indivíduo vulnerável a várias perturbações de saúde mental, sem recurso a tratamentos psicológicos adequados (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007; O'Connor, Allen & Kaszniak, 2002; Stroebe, Folkman, Hansson & Schut, 2006).

No que concerne às medidas quantitativas de avaliação, são escassos os instrumentos que pretendem realizar o diagnóstico clínico do LC. Actualmente, o instrumento mais utilizado pelos profissionais clínicos é o Inventário de Luto Complicado (ICG), originalmente validado por Prigerson et al. (1995). Segundo a autora, este instrumento apresenta altos níveis de consistência interna e validação convergente. Em Portugal, o estudo de Frade (2009) demonstrou que o instrumento ICG possui boas características psicométricas e a análise da sensibilidade dos itens mostra que os mesmos têm bom poder discriminativo.

Na amostra portuguesa, o instrumento não obteve os mesmos resultados quando comparados aos da amostra norte-americana (Frade, 2009). Perante estes resultados e a ausência do ponto de corte validado para a população portuguesa, torna-se relevante o estudo e cálculo do ponto de corte do ICG para a amostra portuguesa, sendo esta uma necessidade para o diagnóstico do LC nesta investigação.

Neimeyer (2000, cit in Ferreira, 2007) afirma que as narrativas protótipo fazem parte de uma compreensão qualitativa da psicopatologia e sugere a possibilidade de existir uma diferenciação na linguagem narrativa entre os clientes e, deste modo, contribuir para uma melhor compreensão da psicopatologia e práticas clínicas. A narrativa protótipo do LC torna-se assim um modelo em que o indivíduo constrói e se organiza a si e às suas experiências em torno de narrativas coerentes, complexas e diversificadas. Em estados psicopatológicos ou em experiências perturbadoras, tal como, a morte de uma pessoa significativa, os processos de organização e construção de experiências e do conhecimento encontram-se desorganizados e o modo como a pessoa enfrenta a perda depende da capacidade de reconstrução da realidade pessoal (Neymeyer, Prigerson & Davies, 2002).

A elaboração da narrativa protótipo do LC foi realizada por Moreira (2010) que, no entanto, não estudou a sua validade. Neste sentido, é pertinente a realização de estudos de validação convergente e divergente da narrativa protótipo, com vista à melhor utilização de metodologias qualitativas na avaliação do LC e melhor compreensão das diferenças semânticas que distinguem o LS do LC.

## **1.1. Luto Saudável versus Luto Complicado**

### **1.1.1. Características do Luto Saudável**

O LS consiste na capacidade de lidar com as diversas manifestações do processo de luto sem que este influencie negativamente o percurso de vida e não seja necessário ajuda profissional especializada (Stroebe, Schult & Finkenauer, 2001).

O processo de LS encontra-se inerente à perda de alguém significativo, é uma resposta natural, saudável, inevitável e variável quanto ao modo como lidamos com essa mesma perda. Este acontecimento de vida é caracterizado por um estado de stress que poderá

afectar o bem-estar físico (fisiológico e somático), psicológico (cognitivo, comportamental) e social dos indivíduos (Stroebe, Schut & Stroebe 2007).

De acordo com Neimeyer, Prigerson & Davies, (2002, pp. 236) *“A morte não é apenas um evento biológico no qual cada um de nós sucumbe, mas uma catálise para a construção de ferramentas culturais de significado que liga os membros ao longo das gerações.”*

Segundo Stroebe, Van Son, Stroebe, Kleber, Schut, Van den Bout, (2000), o processo de luto é uma reacção normal face à perda e caracteriza-se por manifestações de quatro tipos: manifestações afectivas, tal como humor depressivo, ansiedade, anedonia, sentimentos de culpa, raiva e solidão; manifestações comportamentais, tais como, a fadiga, comportamentos de procura, choro e isolamento; manifestações cognitivas, como por exemplo, a preocupação com o falecido, baixa auto-estima, desanimo, lentidão de pensamento, perdas de memória; e, por último, manifestações fisiológicas, tal como, perda de apetite, perturbações de sono, queixas somáticas e maior vulnerabilidade para doenças. Tais reacções podem apresentar uma intensidade variável dependendo de muitos factores. (Stroebe, Van Son, Stroebe, Kleber, Schut, Van den Bout, 2000).

Perante o processo de LS o indivíduo aceita a perda e consegue desenvolver estratégias e capacidades para prosseguir com a sua vida normal, desenvolvendo desta forma novos papéis e relações. Em grande parte das situações o sentimento de perda é tão doloroso que não pode ser encarado sem nenhum contexto. Na maioria das vezes é o sistema familiar que acaba por suportar e proteger todos os indivíduos, através dos seus laços afectivos, onde cada membro do sistema familiar reage à perda de uma forma particular e em fases distintas (Brown & Harris, 1989). O LS é um processo cujo tempo, duração, intensidade e consequências ao nível pessoal e social se tornam num percurso único para cada indivíduo, podendo ser inconsciente ou descontínuo ao longo dos meses após a perda. Este envolve também grandes alterações ao nível da vinculação com a pessoa falecida, na sua dimensão afectiva (Neimeyer, Prigerson & Davies, 2002).

A morte de um ente querido causa várias mudanças e implica a uma reorganização da estrutura, já que a morte se assume como uma experiência perturbadora, significativa de profunda tristeza e carência de suporte (Neimeyer, Prigerson & Davies, 2002).

A resolução deste processo depende das estratégias de coping desenvolvidas pelos indivíduos enlutados face à necessidade de adaptação à situação de crise, mas nem sempre os indivíduos dispõem dessas estratégias para se adaptarem. Quando tal não ocorre, existe uma não-aceitação da perda iniciando-se o processo de negação. Este caracteriza-se por um

mecanismo de defesa psicológico inconsciente, que pretende proteger os indivíduos da realização de uma realidade dolorosa (Stroebe, 2001).

Uma das controvérsias relativas ao estudo do luto refere-se ao seu período de tempo, não existindo consenso sobre a duração de LS na literatura (Shuchter & Zisook, 1993; Hagman 2004; Prigerson et al. 1996, 2009).

Hagman (2004) refere que não há necessidade de definir um determinado período para o processo de Luto. Por sua vez, Prigerson et al. (1996, 2009) na sua definição de LC inclui o factor tempo e considera que o período de seis meses após a perda é o período necessário para a resolução do LS. Após este período, a autora considera que este processo passa a designa-se LC.

Ao longo dos anos, têm sido vários os autores que tentam compreender o LS, através da elaboração de modelos compreensivos. Elizabeth Kubler-Ross (1969 in Bell & Taylor, 2011) realizou o primeiro estudo que gerou um modelo compreensivo, baseado em estádios e tarefas da aproximação à morte. Este modelo permitiu a aceitação da noção de LS caracterizada por uma progressão de várias fases. O estudo realizado pela autora, em duzentos pacientes que sofriam de doença terminal, concluiu que estes atravessam cinco fases enquanto se aproximam da sua própria morte: a) a primeira fase diz respeito à Negação, a pessoa não acredita na realidade e procura várias opiniões sobre a melhor forma de se proteger contra essa realidade; b) segunda fase refere-se à Raiva, a pessoa consciencializa internamente a sua realidade e questiona, experienciando frequentemente sentimentos de raiva, revolta e inveja; c) na terceira fase, a pessoa procura formas de lidar com a realidade para ter maior e melhor qualidade de vida até à sua morte; d) quarta fase designa-se de Depressão, em que a pessoa não pode negar a sua situação e considera que todos os seus esforços para resolver a situação são ineficazes, gerando sentimentos de perda e raiva; e) por último, a Aceitação é a quinta fase onde a pessoa aceita as circunstâncias e o seu fim próximo com serenidade. Apesar de esta teoria ser destinada a pessoas com doenças terminais, esta parece também adequar-se a situações de perda significativa (Joyce-Moniz, 1993).

No seguimento deste pensamento, Bowlby (1980) pela teoria da vinculação defende que existem vários tipos de vinculação e que estes influenciam a vivência da perda. Deste modo, o autor considera que o LS apresenta vários estádios de adaptação neste processo, e por isso descreve quatro estádios: (1) fase de choque e negação (falha no registo da perda da figura de vinculação); (2) fase de protesto (permanente preocupação com a pessoa

perda e tentativa de conseguir o seu regresso); (3) fase de desespero e de desorganização (constatação da ineficácia da fase anterior); (4) fase de desvinculação e de reorganização (recuperação gradual do interesse em actividades sociais e outras áreas). O autor afirma que os indivíduos enlutados apresentam uma tristeza prolongada depois da perda e experienciam uma multiplicidade de reacções físicas e psíquicas.

Worden (1991) redefine as fases de LS realçando os aspectos cognitivos, sociais e comportamentais. Segundo ele, os indivíduos enlutados devem de trabalhar as suas reacções para conseguirem um equilíbrio. Para tal é necessário definir tarefas ao longo deste processo de perda. Estas tarefas consistem na aceitação da perda, vivência da dor provocada pela perda, adaptação à realidade sem a pessoa significativa, remoção do investimento emocional no ente perdido e reinvestimento em outros relacionamentos.

As críticas realizadas a todos estes modelos de fases sugerem que o grau de sofrimento à adaptação da perda e a progressão específica de etapas indica que os indivíduos enlutados devem atravessar e concluir todas as fases, de modo normativo e linear. Estes modelos assumem que o processo de LS termina quando o indivíduo retorna ao equilíbrio do seu funcionamento psicológico e social (Stroebe, Van Son, Stroebe, Kleber, Schut & Van den Bout, 2000). As críticas apresentadas são um impulso para o surgimento de novos modelos de compreensão do luto, tendo sempre em conta as limitações dos modelos anteriores.

Apesar de existirem várias definições de LS, de acordo com Frade (2009), este carece de uma definição em língua portuguesa, capaz de abranger toda a complexidade do fenómeno. O grande desafio da investigação actual é tentar condensar, expor o seu significado, realizar o seu diagnóstico, planificar a sua intervenção e traduzir todo o seu significado numa única palavra.

### 1.1.2. Características do Luto Complicado

Perante a caracterização do LS, os estudos de Boelen e Van den Bout (2008); Golden & Dalgleish (2010) concluem que o LC difere do LS. O LC implica a afectação das capacidades funcionais do indivíduo, impedindo-o de regressar ao seu estado de funcionamento anterior à perda. Para Prigerson (1995) o LC encontra-se presente quando o processo de luto diverge do que é culturalmente normativo, quanto à duração, sintomas e



intensidade do luto. O LC surge normalmente, seis meses após uma perda significativa e caracteriza-se por uma diminuição de interesse em uma ou mais actividades importantes no meio ambiente do indivíduo, ou períodos intensos de emoções, recordações espontâneas e sentimentos de solidão ou vazio (Prigerson, 1995). Considera-se que aos catorze meses após a perda, ainda são frequentes sentimentos de saudade intensos pelo falecido, perturbações de sono ou evitamento de recordações da pessoa falecida (Bonanno, Keltner, Holen, & Horowitz, 1995). No processo do LC todas as emoções e sentimentos relativas à perda perturbam gravemente o indivíduo, assistindo-se ao prolongamento do processo de luto (Horowitz et al, 1993; Komaroff & Coburn, 2006; Shear et al, 2007).

O LC encontra-se associado a uma perda que por si só é um evento stressante e possivelmente traumático, com consequências no bem-estar físico, social e psicológico do indivíduo. Relativamente às reacções psicológicas, são frequentes a presença de emoções negativas como a depressão, ansiedade, descrença, desespero, angústia, raiva e apatia (Stroebe & Hansson, 2001; Prigerson et al, 2009). Estas emoções também fazem parte de outros quadros nosológicos, o que torna mais evidente a dificuldade de distinção entre o LC e outras perturbações mentais.

Estudos recentes indicam que um terço dos indivíduos enlutados desenvolve LC (Znoj, 2004 in Maercker & Znoj, 2010). Bonanno & Kaltman (2001) revelam que a prevalência do LC encontra-se entre os 10% e os 20% de indivíduos enlutados e a prevalência da perturbação após os dez anos de perda é de 2,4% (Fujisawa et al, 2010). Um estudo realizado na Alemanha concluiu que 3,7% da população apresentava LC e 6,7% teria probabilidade de desenvolver esta perturbação após uma experiência de luto significativo (Kersting, Braehler, Glaesmer & Wagner, 2011). Outra investigação realizada apenas com uma amostra idosa concluiu que 4,8% dos idosos tinham LC, no entanto esta prevalência aumentava para 7% entre os idosos de 75 e 85 anos de idade. Estes dados revelaram que as populações idosas entre os 75 e 85 anos encontram-se mais vulneráveis ao LC comparativamente aos idosos mais velhos (Newson, Boelen, Hek, Hofman & Tiemeier, 2011). Em Portugal uma investigação com doentes psiquiátricos revelou que 77,3% dos doentes tinham LC (Silva, 2010).

Alguns autores defendem que no LC, o indivíduo encontra-se estagnado numa determinada fase do processo de luto, condicionando o estado emocional do indivíduo e toda a sua vida. As fases do processo de luto não são ultrapassadas pelo sujeito de um modo rígido e linear, podendo o indivíduo saltar da primeira fase para a terceira e posteriormente retroceder para

a segunda ou avançar da primeira para a quarta fase, não passando pelas fases intermédias (Horowitz et al., 1993; Komaroff, 2006; Shear et al., 2007).

Deste modo, o processo de luto é um fenómeno indispensável mesmo não apresentando um carácter patológico e uma durabilidade superior a seis meses. Por estas razões torna-se ainda mais complexo elaborar uma definição de critérios rigorosos para o LC (Horowitz et al, 1993; Viederman, 1995; Ogrodniczuk et al, 2003; Rebelo, 2005; Komaroff, 2006).

### 1.1.3. Critérios de Diagnóstico Propostos para o Luto Complicado

A questão do diagnóstico do LC é ainda uma das grandes dificuldades que os investigadores tentam ultrapassar. A primeira questão que se coloca é a dificuldade da distinção entre LS e LC, não existindo um consenso quanto à sua fenomenologia. Existem estudos quanto ao diagnóstico de LS mas são escassas as investigações relativas ao LC como um quadro nosológico independente.

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-IV TR, 2002) apresenta um sistema de categorização e definição, características das perturbações mentais onde os critérios do LC ainda não estão presentes. O conceito de luto é muitas vezes citado como critério de exclusão para algumas perturbações mentais tal como a depressão, a perturbação de adaptação e outras condições que podem ser foco de atenção clínica (Lichtenthal et al, 2004). Este manual faz referência a vários sintomas típicos no processo de LS que ajudam o profissional de saúde a realizar a distinção entre o LC e um episódio depressivo major. Tendo em conta que este manual de diagnóstico não referencia o LC como uma perturbação, o mais adequado será realizar o diagnóstico de Perturbação de Pós-Stress Traumático (PTSD), onde a morte de alguém significativo é considerado um acontecimento traumático. (Lichtenthal et al, 2004).

As investigações de Enright & Marwit, (2002) concluem que na prática clínica, o LC é diagnosticado como sendo outra perturbação, pois não se encontra nos manuais de diagnóstico, e por isso, os indivíduos com LC são diagnosticados com Perturbação de Pós-Stress Traumático (PTSD), depressão, perturbações de ansiedade e/ou de personalidade. A inexistência de uma definição clara e consensual torna o seu diagnóstico cada vez mais complexo.

Segundo Stroebe, Schut & Finkenauer (2001), existe uma indefinição de diagnóstico e de consenso relativamente aos critérios e à terminologia de luto. Para que o LC se assuma como a entidade distinta do LS, do trauma e da depressão, os investigadores devem procurar o consenso e a distinção entre o LC e as demais psicopatologias e estados com características semelhantes. O crescente número de investigações que tem vindo a ser realizadas sobre o LC enfatizam cada vez mais, a necessidade desta definição ser reconhecida nas próximas edições do DSM. São alguns os autores que propõem um conjunto de critérios para a perturbação do LC. (Horowitz et al, 1997; Prigerson, et al, 1999; Jacobs, Mazure & Prigerson, 2000).

Prigerson et al. (1995) realizou a validação factorial do ICG e declarou que este é resultado de uma pesquisa com base na experiência clínica com pessoas enlutadas. Desta forma, Prigerson et al. apresenta com conjunto de sintomas para o LC: preocupação com os pensamentos acerca do falecido causando impedimento em realizar as actividades diárias; sentimentos de raiva; desconfiança e desinteresse pela interacção social como uma consequência da morte; dor física nas mesmas partes do corpo, tal como o falecido antes da morte, evitamento de lembranças acerca do falecido, sentimentos de vazio, culpa, amargura após a morte significativa; alucinações visuais do falecido; e, sentimentos de inveja para com outros que não perderam alguém próximo.

Horowitz et al (1997) defende que a avaliação do LC deve ser feita entre os seis e os catorze meses após a perda de uma pessoa significativa, salientando a exigência de um período de luto prolongado até aos catorze meses após a perda (critério A); no último mês devem estar presentes com gravidade, sintomas intrusivos (memórias espontâneas, emoções intensas e desejos fortes relacionados com a perda) sinais de evitamento e dificuldades de adaptação à situação de perda (critério B). No entanto, este conjunto de critérios foi alvo de algumas críticas, nomeadamente o demasiado ênfase no evitamento traumático e limitação quanto à sintomatologia cognitiva e emocional (Prigerson & Maciejewski, 2006; Stroebe & Schut, 2006).

Prigerson et al. (1999) propõe quatro critérios para o luto complicado: a morte de alguém significativo (critério A); a separação de angústia (critério A2); angústia traumática (critério B); a duração da sintomatologia deve ser igual ou superior a seis meses após a perda (critério C); a perturbação deve causar um sofrimento clinicamente significativo (critério D).

Em 2007, Maerker & Forstmeier realizaram um estudo que pretendia comparar o sistema de diagnóstico do LC elaborado por Horowitz et al. em 1997 e Prigerson et al. (1999). Este estudo concluiu que a percentagem de prevalência de indivíduos com LC difere nos estudos dos autores analisados. Os critérios de Prigerson et al. apresentaram uma percentagem menor que os de Horowitz et al., uma vez que os critérios de Prigerson et al. parecem ser mais rigorosos. No entanto, os participantes com LC segundo Prigerson et al. mostram-se mais depressivos que os participantes detectados com LC pelos critérios de Horowitz et al.. A prevalência de LC neste estudo foi de 4,6% tendo em conta a elevada comorbilidade de perturbações.

Recentemente, com o intuito de elaborar os critérios de diagnóstico para a perturbação do LC para o próximo DSM-V, Prigerson et al. (2009) realizou um estudo, com base no ICG, no qual apresentou os vários sintomas que devem estar presentes seis meses após a perda. Deste modo, apresentamos os critérios propostos pela autora no seguinte quadro.

### Quadro 1.

Critérios de Diagnóstico para o Luto Complicado (Prigerson et al. 2009).

<b>Critérios de Diagnóstico para o Luto Complicado (Prigerson et al.,2009)</b>	
<b>Critério A</b>	Luto, perda de um outro significativo.
<b>Critério B</b>	Ansiedade de separação incapacitante na maior parte dos dias, podem representar um dos três sintomas seguintes: pensamentos intrusivos relacionados com a perda; intensa angústia de separação e saudade face ao falecido que desencadeia elevados níveis de angústia.
<b>Critério C</b>	Presença incapacitante de pelo menos cinco ou mais sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais: confusão sobre o seu próprio papel na vida ou diminuição da capacidade de <i>self</i> ; dificuldade em aceitar a perda; evitamento de pensamentos acerca da realidade da perda, actividades e situações que despertem emoções relacionadas com a perda; incapacidade de confiar nos outros após a perda; sentimentos de solidão após a perda; amargura ou raiva relacionadas à perda; dificuldade em ter novas perspectivas de vida após a perda; ausência de emoção após a perda; sentimento que a vida é insatisfatória, vazia, sem sentido ou insuportável após a perda; sentir-se atordoado e chocado com a perda.
<b>Critério D</b>	Tempo após a perda igual ou superior a seis meses.
<b>Critério E</b>	A perturbação deve comprometer as capacidades diárias do indivíduo, tal como as capacidades pessoais, sexuais, higiénicas, domésticas, sociais e profissionais.
<b>Critério F</b>	Esta perturbação é melhor explicada pelas perdas vividas e não por outras perturbações tais como, Depressão Major, Perturbação de Adaptação, Perturbação de Ansiedade Generalizada ou Perturbação Pós-Stress Traumático.

Estes critérios apresentados por Prigerson et al. (2009) fazem referência ao tempo de luto, à sintomatologia emocional cognitiva e comportamental, para além da frequência, intensidade e interferência destes sintomas no quotidiano do indivíduo. Esta proposta

realizada salienta a necessidade de um diagnóstico diferencial, por isso o critério F pretende diferenciar a perturbação de LC de todas as outras perturbações que a ele estão associadas. Stroebe, Schut & Stroebe (2000) defende a inclusão do LC na próxima edição do DSM-5, uma vez que seria um guia para os profissionais de saúde. A referenciação do LC neste manual de saúde mental será uma mais valia para o estudo de intervenções adequadas aos indivíduos enlutados. A ausência de categorização e de uma terapia adequada à perturbação causa várias dificuldades que se prendem com a necessidade de orientações adequadas a esta perturbação (Stroebe, Schut & Stroebe, 2000). Prigerson Vanderwerker & Maciejewski (2008) declaram que a perturbação do LC não deve ser agrupada entre as perturbações de humor nem transtornos de ansiedade (PTSD) e reacções de stress). Esta perturbação deve ser interpretada como uma nova categoria entre as perturbações de adaptação (Prigerson Vanderwerker & Maciejewski, 2008).

#### 1.1.4. Factores Preditores do Luto Complicado

De acordo com Stroebe & Schut, (2006) a perda significativa é um factor preditor que pode levar ao surgimento de perturbações físicas e mentais durante o período de seis meses ou mais, podendo terminar num processo de LC (O'Connor et al., 2002; Stroebe & Schut, 2006). Sabendo que a norma da população é adaptar-se bem à situação de luto, é importante avaliar qual a população mais vulnerável ao LC e quais os factores de predição que predispõem o indivíduo a esta perturbação para que posteriormente se recorra a manuais de intervenção psicológica e farmacológica adequadas (Silva, 2010; Raphael, Minkov, & Dobson, 2001; Stroebe & Schut, 2006).

Stroebe & Schut, (1999) consideram que existem cinco grupos de factores de risco para o surgimento do LC: a natureza do stressor; factores interpessoais; factores intrapessoais; processos de coping e avaliação; as consequências. Assim, o processo de luto pode ser condicionado pela **natureza do stressor**, factor de risco dividido pelo domínio orientado para a perda e domínio orientado para a renovação. Estes domínios sugerem que o tipo de morte e o modo como o indivíduo se relacionava com o falecido influenciam a reacção ao luto (Stroebe & Schut, 2001; Hardison, Neimeyer, & Lichstein, 2005; Newson, Boelen, Hek, Hofman, & Tiemeier, 2011). A morte inesperada ou esperada, traumática ou pacífica, a longevidade e o sucesso alcançado pelo falecido, são para Stroebe & Schut, (2001)

factores influenciam o impacto da perda no indivíduo e a sua adaptação ao processo de luto. A qualidade e tipo de relação com o ente falecido são factores preditores do LC (Gana & K'Delant, 2011).

Quanto aos stressores orientados para renovação, estes podem ocorrer no quotidiano da pessoa enlutada e relacionam-se com a adaptação à nova realidade. Deste processo de adaptação podem surgir problemas laborais, problemas legais, aprendizagem de novas tarefas, problemas financeiros, problemas sociais, principalmente quando o suporte emocional da pessoa enlutada era o falecido (Martikainen & Valkonen, 1998 in Stroebe & Schut, 2006; Stroebe & Schut, 2006; Dyregrow, Nordanger, & Dyregrow, 2003). Outro factor relacionado ao LC é o tempo passado desde a perda (Gana & K'Delant, 2011; Newson et al., 2011).

Os **factores interpessoais** referenciados por Stroebe, caracterizam-se por um conjunto de factores ambientais e sociais no meio em que o indivíduo se insere, tal como, o suporte social, a participação em intervenções psicológicas, dinâmicas familiares e factores culturais (Stroebe & Schut 2006).

Os **factores intrapessoais** referem-se às características intrínsecas da pessoa enlutada e encontram-se relacionadas com a adaptação ao processo de luto, uma personalidade adaptada e com competências para lidar com a perda (Stroebe & Schut, 2005). Os estilos de vinculação, nomeadamente o estilo inseguro, pode aumentar a vulnerabilidade de indivíduos ao LC (Landers & Maercker, 2005; Silverman et al. 2001). Outros factores intrapessoais que podem prever o LC são a auto-estima (Parkes, 2002) o evitamento dos problemas emocionais, as crenças globais negativas e as reacções negativas ao luto (Boelen, van den Bout, & van den Hout, 2003a; Boelen, van den Bout, & van den Hout, 2003b). A existência de perturbações mentais como a depressão prediz a presença de dificuldades de adaptação no luto e aumentam a predição de LC (Horowitz et al., 1997).

Os **Processos de coping e de avaliação** referem-se às diferenças de adaptação individuais no processo de luto (Stroebe & Schut, 2006). Stroebe & Schut (1999) consideraram que para lidar com a perda de alguém significativo são necessário copings diferentes, um focado no problema e outro focado nas emoções.

Por último, as **consequências** são os problemas de saúde física e mental a curto prazo. Alguns autores declaram que a perda de memória, a reintegração social, a insónia são factores preditores do LC (Stroebe & Schut, 2006; Dyregrow, Nordanger & Dyregrow, 2003; Hardison, Neimeyer, & Lichstein, 2005).

### 1.1.5. A Comorbilidade do Luto Complicado com Outros Quadros Nosológicos

Mediante a dificuldade em chegar a uma definição clara e distinta do quadro nosológico do LC, investigadores interessados nesta área têm-se dedicado à procura de diferenças esclarecedoras quanto à comorbilidade entre o LC e as diferentes perturbações psiquiátricas através de factores de distinção entre eles (Lichtenthal, Cruess, & Prigerson 2004; Prigerson et al., 2009; Boelen, Van de Schoot, Van den Hout, & Keijsers, 2010).

É importante salientar que uma considerável fracção dos pacientes com LC, e uma perturbação de humor ou de ansiedade co-mórbida a este, revelam mais sintomatologia psicopatológica, distúrbios de sono, trauma, depressão, sintomas de ansiedade generalizada e ainda níveis mais elevados de LC. Segundo Simon et al. (2007), cerca de 32% da amostra de indivíduos em Luto ( $N = 217$ ) apresentam um diagnóstico de LC, no entanto, não cumprem os critérios de diagnóstico para qualquer outra perturbação Eixo I do *DSM-IV-TR*. Este aspecto justifica-se pela presença de sintomatologia apenas de LC em aproximadamente um quarto de pessoas em terapia, contribuindo para o prejuízo funcional do indivíduo, mesmo depois das consequências de uma perturbação psiquiátrica coexistente.

Deste modo, Lichtenthal et al. (2004) considera que é possível realizar a diferenciação entre o LC e a Perturbação de Pós-Stress Traumático (PTSD) apesar de apresentarem factores preditores comuns segundo o *DSM-IV TR* (2002), como por exemplo, a ocorrência de uma morte de alguém significativo de forma violenta e traumática. Os critérios de diagnóstico da PTSD referem que a resposta à PTSD envolve sentimentos de medo, de desamparo, ou de horror. No entanto, estes elementos não são totalmente concomitantes com a PTSD e o LC, uma vez que geralmente os indivíduos em luto não revelam sentimentos de horror, apesar de poderem apresentar sentimentos de desamparo (Lichtenthal et al., 2004). O impacto do luto encontra-se associado à relação que o enlutado mantinha com o falecido, enquanto o trauma é mediado pela gravidade do evento (Horowitz, Bonanno & Hoelen, 1993; Stroebe, Schut, & Finkenauer, 2001). A ansiedade sentida pelos indivíduos com PTSD está tipicamente relacionada ao evento traumático, enquanto a ansiedade sentida pelos indivíduos com LC é relativa à ansiedade de separação, apresentando um papel muito menos significativo para o indivíduo em luto comparativamente à ansiedade sentida pelos indivíduos com PTSD (Stroebe, Schut, & Finkenauer, 2001).

Lichtenthal et al. (2004) faz a distinção entre o LC e a Depressão Major, baseado na experiência do luto e declara que os sintomas depressivos têm factores de risco, cursos e consequências diferentes. É importante salientar ainda, que as respostas dadas numa situação de luto diferem de uma situação de depressão e as estratégias de intervenção não são as mesmas. De acordo com Prigerson & Jacobs, (2001), a intervenção psicoterapêutica não pode ser a mesma, uma vez que o recurso a terapêuticas farmacológicas usadas no tratamento da Depressão, (*i.e.*, antidepressivos tricíclicos) não são eficazes no tratamento dos sintomas de LC, pelo que é necessária uma terapêutica diferenciada para aliviar o sofrimento da pessoa enlutada.

Neste sentido, todos os esforços estão a ser realizados para conseguir novos indicadores específicos do LC que o permitam distinguir de outras perturbações mentais.



## Capítulo II. Distinção Quantitativa e Qualitativa entre Luto Saudável e Complicado

### 2.1. Instrumentos Quantitativos de Avaliação no Luto Complicado

Actualmente são alguns os instrumentos que tentam avaliar o LC como um quadro nosológico, mas são escassos, aqueles que se afirmam na prática clínica como instrumentos fiáveis de avaliação do LC.

O primeiro instrumento de avaliação do LC foi o *“Inventory Complicated Grief”* (ICG), construído por Prigerson et al. (1995). O desenvolvimento desta medida de diagnóstico do LC e, conseqüentemente, a sua especificidade, sua fidelidade, sua validade e seu valor preditivo foi fundamental para a criação e desenvolvimento dos critérios de diagnóstico para o LC (Prigerson, Bierhals, Kasl et al., 1996; Prigerson et al., 1995).

O Inventário de Luto Complicado (*Inventoy of Complicated Grief - ICG*) é um instrumento de avaliação de sintomas de luto, pelo que realiza a diferenciação entre LC ( $ICG_{total} > 25$ ) e sem LC, sendo composto por dezanove itens, numa escala tipo *Likert* [0- 4] (0 = “nunca”; 1 = “raramente”; 2 = “às vezes”; 3 = “muitas vezes”; 4= “sempre”) (Prigerson, et al., 1995).

Apesar do ICG se assegurar como um instrumento preciso na diferenciação e avaliação de casos do LC, existem algumas considerações realizadas e que se tornam pertinentes nesta investigação. A primeira consideração diz respeito à população envolvida na validação do ICG e por isso, a *“realização de estudos que repliquem as conclusões preliminares desta escala em indivíduos mais jovens”* (Prigerson et al., 1995, pp. 76). Esta consideração realizada por Prigerson et al. (1995) tornou-se uma crítica referente à validação do instrumento. Shear et al. (2011) afirma que a amostra usada por Prigerson et al. (1995) não é uma amostra que abarca todas as faixas etárias, mais ou menos escolarizadas e com diversos lutos. Além disso, apenas 28 dos participantes apresentaram LC.

Outra consideração a ter em conta segundo Prigerson et al. (1995) é a *“necessidade de maior validação do mesmo instrumento”* (pp. 75). Shear et al. (2011) e Simon et al. (2011) afirmam que a análise factorial do ICG em participantes com valores alto de LC pode indicar a existência de múltiplos factores e neste sentido, consideram necessárias análises mais profundas ao instrumento para que se possa identificar critérios de diagnóstico precisos para o LC. Também deve ser tido em consideração que no estudo de Prigerson et

al (1995) foram estudados 70 indivíduos enlutados ( $M=66.90$ ;  $dp=6.15$ ;  $n=19$  (sexo masculino);  $n=51$  (sexo feminino): em comparação a 27 indivíduos sem luto ( $M=81.63$ ;  $dp=6.15$ ) 7 do sexo masculino e 20 do sexo feminino.

A consideração de  $ICG_{total} > 25$  foi calculado de acordo com o percentil e discrimina assim 20% ( $n=13$ ) da amostra do estudo original que experienciaram dificuldades em termos sociais, ao nível mental e funcionamento geral em relação à perda em comparação aos sujeitos que se situavam abaixo e na fronteira ( $n=52$ ;  $M=17.74$ ,  $dp=12.42$ ) (Prigerson et al., 1995). Esta análise do ponto de corte feita através do percentil permitiu estabelecer que os participantes *a priori* com LC obtiveram resultados superiores a 25, com base numa premissa epidemiológica em que 20% das pessoas sofreriam de LC. Os participantes que obtiveram resultados superiores a 25 apresentaram níveis significativos nas várias áreas da saúde física, mental e comprometimento social. No entanto, a análise realizada através do percentil de 20% numa curva de distribuição normal não se encontra devidamente fundamentada nem justificada no artigo (Prigerson et al, 1995) de validação publicado. É importante salientar os vários os relatos de profissionais de saúde portugueses que demonstram alguma desadaptação do ponto de corte ICG ( $\geq 25$ ) à população portuguesa. No estudo de Shear et al. (2011) os casos de LC apresentam todos valores iguais ou superiores a 30.

O estudo de validação realizado em Portugal por Frade (2009) concluiu que o ICG é um instrumento apresenta uma consistência interna de 0,91 (Alpha de Cronbach) e validade (cinco factores explicam 68,9% de variação; correlações com sintomas depressivos  $r=0,50$  e com sintomas traumáticos  $r=0,53$ ). A análise factorial confirmatória revela um bom ajuste do modelo de medida constituído por cinco factores. Estes resultados demonstraram que o ICG apresenta claras evidências de validade e fiabilidade das propriedades psicométricas da versão portuguesa do ICG. No entanto, este estudo não contém a verificação do ponto de corte para a população portuguesa.

Simon et al. (2011) realizaram o estudo da análise factorial, análise de constructo e análise da sensibilidade e especificidade dos critérios de diagnóstico do LC através do ICG. A amostra foi constituída por 782 participantes, dos quais 288 participantes apresentaram LC e 377 participantes apresentavam outras psicopatologias que poderiam influenciar o diagnóstico de LC e, deste modo, foram sinalizados como não apresentando LC. Os casos de LC tinham um tempo de luto igual ou superior a seis meses e apresentaram valores superiores a 30 no ICG. Estes participantes posteriormente foram entrevistados através de

uma entrevista semi-estruturada por uma clínica certificada. Nesta entrevista verificou-se que todos os participantes possuíam LC sem factores de comorbilidade. Todos os outros 377 participantes possuíam valores no ICG inferiores a 25 e apresentavam outras psicopatologias. É de salientar que toda a amostra encontrava-se a frequentar serviços de ajuda mediante a sua problemática. Esta investigação, com base na análise da validade constructo, forneceu novas directrizes sobre os itens e a sua associação com a gravidade do LC. A análise factorial demonstrou uma única solução quando a amostra total foi considerada. No entanto, nos casos de LC verificou-se a emergência de seis grupos de sintomas (saudades e preocupação com o falecido; raiva e amargura; choque e descrença; isolamento; alucinações auditivas do falecido; evitamento ou procura de locais frequentados pelo falecido). A presença de pelo menos um sintoma de três grupos de sintomas diferentes optimizou a sensibilidade (94,8%) e especificidade (98,1%) (Simon et al., 2011).

Recentemente foi publicada uma investigação que apresentou vários estudos de validação para o Inventário de Luto Traumático (Inventory traumatic Grief – ITG), o sucessor do ICG, na versão holandesa (Boelen, Van Den Bout, Dekeijser, Hoijtink, 2011). Esta investigação inclui três estudos: a validação factorial, a consistência interna e estabilidade temporal do ITG; a validade de constructo do ITG; e, por último, o cálculo do ponto de corte do ITG. Os resultados do estudo demonstraram que o ITG é um bom instrumento de diagnóstico no entanto, o clínico deve ter em conta a gravidade dos sintomas e para tal deve outras ferramentas de diagnóstico, tal como a entrevista estruturada utilizada neste estudo (Boelen, Van Den Bout, Dekeijser, Hoijtink, 2011).

Tendo em conta a necessidade um instrumento de diagnóstico do LC fiável e os critérios propostos por Prigerson et al. (2009) foi construída uma Entrevista de Diagnóstico Clínico do LC baseada na entrevista semi-estruturada de Pós Stress Traumático (CAPS – *Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale*).

### 2.1.1. Curva de ROC no Diagnóstico Clínico do Luto Complicado

Quando se pretende realizar e validar um instrumento de diagnóstico claro e fiável para uma determinada situação, surgem algumas problemáticas que se prendem com as

definições de exactidão e precisão. A precisão está associada à dispersão de valores obtidos pelas observações e a exactidão diz respeito à proximidade de uma estimativa do valor real que se pretende representar. As dificuldades encontradas perante estes dois conceitos motivam o surgimento de novos conceitos e conhecimentos, tal como os conceitos de sensibilidade e especificidade de um teste de diagnóstico, que por sua vez, se encontram associadas à proporção de verdadeiros positivos e falsos positivos. Estas medidas dependem dos critérios de diagnóstico ou do valor do ponto de corte, seleccionado arbitrariamente, pelo que a mudança de critério pode aumentar a sensibilidade em detrimento da especificidade, e vice-versa, demonstrando um incompleto desempenho do instrumento de diagnóstico (Braga, 2000).

Outra questão a ter em conta diz respeito aos benefícios associados aos resultados correctos e aos custos associados aos incorrectos (verdadeiros positivos e falsos positivos). No caso do instrumento ICG, existem dois tipos de erros, a falha num diagnóstico (declarar que uma pessoa com LC, como sendo sã) e um alarme falso (declarar uma pessoa sã, como sendo uma pessoa com LC). Face a todas estas dificuldades para obter um diagnóstico correcto, foi necessário desenvolver algumas medidas alternativas de diagnóstico (Braga, 2000).

A análise da curva de ROC (Receiver Operating Characteristic) é uma técnica utilizada para colmatar estas dificuldades. É uma técnica realizada através de um método gráfico simples em que os índices de precisão associados à curva de ROC (Braga, 2000).

Assim, a análise da curva ROC do ICG pretende incluir os dados do ICG na variável teste e os dados da EDCLC, a variável estado. A curva de ROC vai permitir medir e especificar o modo de desempenho do diagnóstico do ICG, relevando dados da variação da sensibilidade e especificidade para os diferentes valores de corte (Braga, 2000).

Deste modo torna-se relevante o estudo do cálculo do ponto de corte numa amostra portuguesa para o diagnóstico claro e preciso da perturbação de LC. A utilização do ICG como um instrumento de diagnóstico torna-se limitada uma vez que não foram utilizadas as técnicas de referência, tal como a curva de ROC. Não foram realizados estes estudos na população portuguesa e só muito recentemente, já durante a realização deste estudo, foi realizado a nível internacional com o instrumento ITG-Inventory of Traumatic Grief. Este estudo internacional Boelen, Van Den Bout, Dekeijser, Hoijtink (2011) realizou-se com uma amostra de 55 adultos com perdas de primeiro grau (cônjuge, filho, pai, filhos ou irmãos) que procuraram ajuda profissional para a resolução desta perda. Além da validade

factorial, validade de constructo do ITG, os autores determinaram o ponto de corte do ITG através de uma entrevista estruturada de diagnóstico (TRG2L) realizada por Prigerson, Kasl & Jacobs, (1998 in Boelen, Van Den Bout, Dekeijser, Hoijtink, 2011) de acordo com os critérios de diagnóstico publicados por Prigerson et al. (1999). A entrevista determinou os participantes que sofriam de LC e os que não apresentavam LC. Os resultados desta investigação determinaram que 22 participantes apresentaram LC e 33 dos participantes não preencheram os critérios de LC e o ponto de corte para o ITG é  $> 90$ , com 86% de sensibilidade e 76% de especificidade. No total, 80% dos participantes foram correctamente classificados com LC, sendo o ITG um instrumento uma boa ferramenta para identificar casos com LC, no entanto deve ser utilizado em combinação com outras ferramentas de diagnóstico tal como a TRG2L (Boelen, Van Den Bout, Dekeijser, Hoijtink, 2011).

## **2.2. As Narrativas e a Avaliação Qualitativa do Luto Complicado**

A perspectiva da narratividade surge na emergência da ciência pós-moderna, em que o indivíduo deixa de ser visto um mero processador de informação para ser considerado como um construtor activo de significados. Esta concepção do Ser humano como “construtor de significados” tem sido estudada e desenvolvida por diversos movimentos da psicologia, tal como, o construcionismo social, o construtivismo desenvolvimental, o pós-modernismo e a teoria narrativa (Henriques, 2000). A teoria das narrativas é uma corrente teórica da psicologia que opera contra todas as correntes de pensamento tradicionalistas fortemente deterministas e estruturalistas da psicologia que até então dominaram a produção de conhecimento científico (Ferreira, 2007).

É neste contexto, à luz dessas novas abordagens, que a linguagem se vai afirmando como elemento central da experiência humana. A linguagem passa a ser perspectivada como um fenómeno psicológico e não apenas como um reflexo da realidade psicológica que lhe pré-existe (Gonçalves, 1996).

Desta forma, o papel da linguagem apresenta-se como ideia central na construção da ciência e do conhecimento científico, gerados como um processo de construção individual e/ou social que não podem ser separados dos indivíduos e/ou das suas práticas sociais. A partilha de uma linguagem comum possibilita a expressão de ideias consensuais, dentro de

uma mesma comunidade. Estas perspectivas contrariam todas as anteriores e vão ganhando espaço, causando alterações na visão das práticas clínicas. Com a utilização de metáforas, a linguagem passa a ser a essência na construção e significado do conhecimento (Gonçalves, 1996).

Para Gonçalves (2002) a construção de um conhecimento envolve uma organização de palavras através de uma narrativa, pois as palavras usadas de modo isolado, não têm capacidade de transmitir significações. Assim, é pela narrativa que conseguimos compreender a relação entre as palavras no estabelecimento de uma matriz narrativa.

A narrativa apresenta-se como sendo parte integrante a linguagem, assume-se como elemento central da experiência do indivíduo, construindo um conhecimento sempre aliado experiência humana (Gonçalves, 1996). O conhecimento da realidade depende do modo como o indivíduo narra a realidade, uma vez que as narrativas possuem um carácter transformador dos acontecimentos de vida. Só o Ser humano possui a capacidade de recontar, re-narrar os acontecimentos de vida atribuindo-lhe novos significados (Rennie, 1994).

Henriques (2000) defende que quanto mais complexa, mais coerente é o significado da experiência, pois é “... através do processo de estruturação das experiências, dentro desta estrutura narrativa, que o Ser humano encontra coerência e significado na sua vida” (Henriques, 2000, p. 144).

Segundo Fernandes (2001), o significado da narrativa não se torna algo eterno e duradouro, mas encontra-se sempre em transformação contínua, em constante actividade de construção da experiência. As narrativas constroem-se numa sequência linear no tempo, por meio da memória e da prospecção, dando continuidade de existência como uma meta referencial para compreender o seu presente e construir possíveis futuros (Neimeyer, 2000).

Um estudo realizado por Fonte e Manita (2003) constata que numa amostra de jovens estudantes, a construção narrativa de significados pessoais diversos relativos ao fenómeno droga realizava-se com base na experiência individual de consumos e na história de vida de cada participante. Estes resultados confirmam que a narrativa organiza nossas experiências idiossincráticas, conferindo-lhes significado, sendo constantemente construídas e reconstruídas.

As últimas investigações procuraram explorar as dimensões de conteúdo narrativo na psicopatologia por meio da construção e validação de narrativas protótipo em indivíduos

com determinada psicopatologia. As psicopatologias estudadas foram dependência de opiáceos, alcoolismo, anorexia, perturbação de pânico com agorafobia, depressão, LS e LC (Gonçalves, Maia, Alves, Soares, Duarte, Henriques, 1996; Sá, 2009; Moreira, 2010). Através das narrativas protótipo (anorexia, depressão, alcoolismo, toxicod dependência) os autores analisaram em que medida os vários tipos de psicopatologia podem tipificar formas prototípicas de significação narrativa. Os resultados demonstraram que o conteúdo narrativo e a organização discursiva dos diferentes tipos de psicopatologia correspondem a distintas organizações prototípicas, com elementos rígidos e inflexíveis da organização narrativa da experiência. Tal só é possível com a identificação e validação das narrativas protótipo dos vários tipos de organização narrativa na psicopatologia. As narrativas protótipo do LS (Sá, 2009) e do LC (Moreira, 2010) ainda não se encontram validadas, ao que esta investigação se comprometa a realizar a validação convergente e divergente da narrativa protótipo do LC.

### 2.2.1.O Reflexo da Narrativa na Psicopatologia

Na perspectiva fenomenológica, as classificações nosológicas da psicopatologia são vistas como metáforas e organizadoras de significado (Gonçalves, 2002), passando o discurso de um mero instrumento psicopatológico, a um fenómeno psicológico (Harré & Gillet, 1994) num processo de construção do conhecimento (Bruner, 1990). Desta forma, a psicopatologia é apresentada como um sistema de significação que se organiza numa matriz narrativa (Gonçalves, 2002). Guidano (1991) refere-se aos diagnósticos de perturbação mental como configurações prototípicas de organização de significados. No seguimento deste pensamento, Neimeyer (2000) estimula a investigação da narrativa ao nível da psicopatologia, enquanto que Russel e Wandrei (cit. in Henriques, 2000) salientam a possibilidade de diferenciar clientes com base na linguagem narrativa, o que poderá contribuir para novas compreensões sobre a psicopatologia e sobre as práticas clínicas. Com crescente interesse pelas narrativas Neimeyer e Raskin (cit. in Henriques, 2000) chama a atenção para o paradoxo existente entre a narrativa e a psicopatologia, uma vez que as teorias narrativas parecem evitar as implicações da estigmatização do diagnóstico psicológico, no entanto, as psicoterapias que delas derivam baseiam-se em alguma conceptualização do sofrimento psicológico.

Na tentativa de colmatar este paradoxo, Gonçalves (2002) refere que a psicopatologia deve ser concebida como uma produção social, no sentido de construção de significação específica e não como uma essência indicadora de doença mental. Assim, pode-se reconhecer a relação entre as narrativas a psicopatologia através da análise da própria matriz na narrativa, tendo em conta a forma como cada indivíduo conta e cria a sua relação com o mundo pode ser estar perturbada. Esta visão é partilhada por vários autores seguidamente citados. Para Lax (1996) o sofrimento psicológico é visto como uma fixação do indivíduo a uma determinada narrativa; Drewery, Winsdale & Monk (2000) alertam para o efeito totalizador na vida dos indivíduos da natureza frequentemente perturbadora das narrativas predominantes. Segundo Hermans & Hermans-Jansen (1995), a disfunção narrativa advém de uma adaptação inadequada à experiência, de uma flexibilidade reduzida no sistema de avaliação da experiência causando redundância nos tipos de avaliações e significações.

Para Guidano (1991), os modelos de psicopatologia deveriam ir para além da descrição dos quadros nosológicos e a psicopatologia deveria ser a ciência de significação pessoal, através de uma análise compreensiva e fenomenológica. Nesta visão, a avaliação dos processos e condições levam a situações específicas do conhecimento individual que se encontram perturbadas e originam as perturbações mentais (Baerger & McAdams, 1999). Deste modo, o conceito de psicopatologia refere-se à incapacidade de organizar e dar significado às constantes e caóticas experiências sensoriais, emocionais e cognitivas. O indivíduo com psicopatologia considera a sua narrativa fechada à constante negociação entre si mesmo, as experiências e o mundo que o rodeia, não estabelece uma continuidade à sua narrativa coerente nem cria conexões. Trata-se de um processo de rigidificação e inflexibilidade da narrativa individual, sendo frequentes sensações de estranheza, de distanciamento de si mesmo, do mundo, de solidão e despersonalização (Gonçalves, 2002). Esta rigidez e inflexibilidade na narrativa associa-se a formas específicas de organização narrativa, denominadas por narrativas protótipo (Hermans & Hermans-Jansen, 1995; Gonçalves, 2000). A disfunção psicológica refere-se à alteração no funcionamento narrativo, estando o indivíduo limitado a uma construção narrativa unívoca, limitadora da experiência e incapaz de construir uma narrativa ao mesmo tempo mais complexa, diversificada e coerente (Gonçalves, 2002).

A narrativa protótipo do LC em contexto de psicoterapia pode levar à transformação e crescimento contribuindo assim para o bem-estar e social do indivíduo. A intervenção



narrativa pode ajudar a transformar a passividade em proactividade nos indivíduos enlutados, criando assim, uma narrativa coerente de vários significados num processo de mudança pessoal e social (Gonçalves, 2002).

Esta linha de compreensão teórica da psicopatologia deve procurar aprofundar o conhecimento sobre as narrativas e o papel destas no processo de construção de significados, aplicadas a problemáticas e vivências específicas. No entanto, será ainda pertinente a realização de estudos que evidenciem o modo como os sujeitos elaboram as suas narrativas para que posteriormente sejam realizados estudos de validação para dessas narrativas enfatizando cada vez mais a importância das narrativas protótipo.

### 2.2.2. Narrativa Protótipo do Luto Complicado

No estudo das narrativas, a questão mais importante na vivência de uma perda significativa é a significação atribuída pela pessoa à perda, isto é, o modo como a pessoa enlutada enfrenta a perda, dependente do modo como reconstrói a sua realidade pessoal (Neimeyer, Prigerson & Davies, 2002).

Um trabalho científico realizado por Maccallum & Bryant (2008) revelou que todas as emoções e sentimentos vivenciados numa situação de LC apresentam um carácter perturbador, causando por vezes, dependência e aumento do tempo no processo de luto, uma vez que as pessoas enlutadas possuem uma identidade sofredora pela perda significativa. Esta realidade evidenciou-se neste estudo de 40 participantes com LC, em que toda a amostra narrou memórias relacionadas com a pessoa falecida.

Ao longo de várias décadas, a perspectiva construtivista concluiu que a construção de narrativas pessoais tem efeito significativo ao nível da saúde física e psíquica (Neimeyer, 2001).

Para Gonçalves (1996), a identidade pessoal dependente da construção de significados, que surge, como um organizador central no funcionamento humano. Assim, organizar narrativamente a experiência é dar-lhe um sentido, sobretudo. A narrativa possui uma dimensão organizadora da linguagem, do pensamento e da acção humana, construindo assim, um sentido de coerência e significação acerca do próprio e da realidade, garantindo a organização do conhecimento (Gonçalves, 1994; Baumeister, & Newman, 1994).

Para Gonçalves (2002) o significado é a essência para a compreensão da natureza humana. Definir o conceito de significado é uma tarefa árdua, no entanto alguns autores consideram que o conceito de significado refere-se à representação mental compartilhada que estabelece ligações entre acontecimentos; à capacidade de desenvolver novos objectivos ou capacidade de reconstruir um sentido de self perante a importância do acontecimento traumático (Neimeyer, 2000; Gonçalves 1996).

Deste modo, o significado pode estar associado ao conceito de proactividade, uma vez que o indivíduo organiza e atribui significados aos acontecimentos, conseguindo manter uma continuidade na reconstrução do passado, compreender as experiências presentes e imaginar o futuro (Parker, 1992). O indivíduo é visto como o construtor de significados com todo o poder para criar, modificar e adaptar os padrões de significado perante o meio em constante transformação (Neimeyer 2000; Gonçalves, 1996 e 2002).

Em situações de LC, a pessoa não apresenta este papel proactivo na construção de significados, adoptando assim um papel passivo, indo de encontro a acções e acontecimentos já concebidos que apresentam significados do seu meio social (Stroebe & Stroebe, 1996).

A compreensão e integração da morte de um outro significativo no sistema de significação ocorre através de uma intensa actividade cognitiva em que a pessoa pensa, sonha e fala durante determinado tempo acerca dessa morte (Neimeyer, 2000 e 2001).

Desde há alguns anos, as investigações têm evidenciado a estreita relação entre a saúde mental de um indivíduo e narrativas adaptativas, integradas e coerentes sobre si próprio (Angus, Levitt & Hardtke, 1999) Pennebaker (1993) demonstrou melhorias significativa ao nível da saúde física e psicológica associada a uma evolução narrativa relativa aos aspectos de significação da experiência.

Tal como Worden (2008) refere, a vivência de um acontecimento de vida traumático pode causar afectar de um modo significativo a visão de si próprio e do mundo, a relação com os outros, a sua vida profissional, social e sexual. Neste sentido, as narrativas de vida tornam-se instrumentos essenciais, pelo que é através destas que a pessoa vivência o luto e realiza a reconstrução de significado, sendo quase um renascer da vida sem a presença da pessoa falecida.

Numa perspectiva narrativa, o LC é a dificuldade em processar a informação da morte do ente querido. Esta dificuldade centra-se na fixação de adaptação à ausência do falecido, muitas vezes reforçada por problemas interpessoais e evitamento constante de lembrança

da perda causando sentimentos de tristeza e sofrimento longo (Shear, Monk, Houck, Melhem Frank & Sillowash, 2007; Shear et al, 2007).

A narrativa protótipo de LC realizada por Moreira (2010, pp.40) “... procura fornecer respostas importantes acerca do luto complicado e proporcionar ajuda em investigações futuras. Através da análise de narrativas e utilizando a metodologia adequada, procurou-se obter o modo como a pessoa em luto complicado organiza esta experiência significativa e proceder-se então, à construção de uma narrativa protótipo do luto complicado.”

A observação dos resultados da construção desta narrativa permitiu perceber que através da categorização das narrativas, o contexto predominante era a casa com presença física do falecido; o acontecimento precipitante é o receber a notícia do falecimento do ente querido e o contacto com a nova realidade; as respostas internas mais frequentes são a dor emocional, a raiva, o desespero e o medo; as acções presentes foram o choro e o gritar; o objectivo maioritariamente presente foi a negação e a fuga da realidade; o resultado mais frequente foi o sentimento de solidão, incapacidade e raiva; e por último, o fim com dificuldades em adaptar-se à nova realidade, saudades do falecido e sofrimento por este. Esta investigação tornou-se uma das bases imprescindíveis para a presente investigação. É a partir desta que o objectivo desta investigação se torna possível, validar a narrativa de modo convergente e divergente (Moreira, 2010).

Os estudos referidos mostram a pertinência e importância da narratividade para a compreensão do funcionamento humano, bem como a necessidade de desenvolver novas investigações, no sentido de compreender melhor o modo como o indivíduo a sua experiência de modo narrativo e lhe atribui significado (Maia, 1998; Henriques, 2000; Machado, Gonçalves, Machado, Henriques, Brandão, Torres, 2005).

### Tabela 1

Categorias Gramaticais das Narrativas Protótipo (Maia, 1998; Henriques, 2000; Machado, 2005; Duarte, 1993; Sá, 2009 & Moreira, 2010).

Categorias Gramaticais das Narrativas Protótipo							
	Contexto	Acontecimento Precipitante	Resposta Interna	Objectivos	Acção	Resultado	Fim
Na LS	Funeral;	Observar o falecido;	Saudade; Dor; Raiva; Revolta; Angústia;	Aceitar a morte e a perda;	Choro; Paralisia;	Saudade; Solidão; Desespero; Desorientação;	Aprender a lidar com a dor; Encontrar sentido;

<b>Narrativa LC</b>	Casa; Hospital;	Notícia do falecimento; Observar o falecid	Dor emocional; Raiva; Desesperança; Medo;	Negação da realidade;	Choro; Gritos;	Saudade; Incapacidade; Raiva;	Dificuldades adaptação à nova realidade;
<b>Narrativa Depressão</b>	Casa;	Morte;	Incredulidade Tristeza/ revolta;	Compreender aceitar a realidade;	Paralisia/ isolamento;	Prostração/ abandono;	Fragilidade;
<b>Narrativa Protótipo Alcoolismo</b>	Casa;	Morte;	Tristeza; Tensão;	Ultrapassar a situação; Sair;	Choro; Fuga;	Sensação de Solidão;	Viragem/ Desmoro namento;
<b>Narrativa Protótipo Agorafobia</b>	Deslocações hospital casa	Separação Desejo-risco	Medo; Aflição-choque; Insegurança; Ansiedade; Perda Controlo; Abandono; Tristeza-desesperc Ofensa; Revolta; Afirmação pessoal;	Garantir segurança e Vencer o desafio.	Evitamento; Tenção-choro; Desafio; Busca de apoio;	Insucesso; Angústia; Regresso; Acalmia; Felicidade;	Tomar consciência da desgraça; Sentimento de auto-competência;
<b>Narrativa Protótipo Toxicodepen dência</b>	Local Público	Situação Incontrolável	Dor; Sofrimento; Prazer; Alívio;	Procura do Prazer; Evitamento; Dor;	Controlo Extern Não Controlo;	Status-quo	Perda Social; Perda poder pessoal;

### 2.2.3. Validação da Narrativa Protótipo de Luto Complicado

A narrativa é uma importante forma de investigação, pois o seu material verbal fornece mais informações sobre os fenómenos psicológicos e sintomas, que os que são disponibilizados pelas auto-avaliações ou pelos instrumentos de medida. As narrativas e instrumentos de avaliação devem complementar-se (Angus, Levitt, & Hardtke, 1999).

O desenvolvimento de um determinado conhecimento encontra-se associado à elaboração de estratégias que permitem aferir a que nível, este conhecimento se adequa e aplica ao fenómeno estudado. Segundo o paradigma positivista, os conceitos de validade e fidelidade possibilitam a análise da fiabilidade com que qualquer modelo teórico pode ser considerado uma adequada representação da realidade. Deste modo, a reflexão de critérios sobre os métodos de análise qualitativa em fenómenos subjectivos levaram permitiram que estes sejam actualmente usados no caso da análise de narrativas (Maia,1998).

Segundo Reissman (1993) o conceito de validade pode ser reanalisado quanto à análise narrativa. A validade de uma narrativa apresenta quatro características, persuasão,

plausibilidade, coerência global e correspondência, a qual usaremos no nosso trabalho. A característica de correspondência pretende testar os resultados, neste caso, a narrativa protótipo de LC com um grupo de pessoas que apresentam o diagnóstico de LC. De acordo com Strauss e Cordin (1990, p. 23), os resultados obtidos devem ser fieis à realidade do fenómeno estudado, *"because it represents that reality, it should also be comprehensible and make sense to the persons who were studied"*.

Com intuito de aprovar as potencialidades da narrativa protótipo de LC, esta investigação pretende elaborar dois estudos que se enquadram nas formas de validação propostas pelos autores atrás referidos. O conceito de validação convergente remete para o critério de correspondência sugerido por Reissman (1993), pelo que envolve a apreciação da narrativa com a mesma população em que foram recolhidos os dados, isto é, participantes com LC. Mais especificamente, o estudo da validação convergente permite elaborar um conhecimento acerca do grau de identificação do participante com a narrativa protótipo.

Neste sentido, o estudo a validade convergente pretende verificar, se a narrativa protótipo de LC apresenta algum significado autobiográfico para os participantes com o diagnóstico de LC, mais do que poderá ter para os participantes sem LC. O objectivo desta fase de estudo é testar a narrativa protótipo face aos dados de evidência, de forma a viabilizar a narrativa construída por Moreira (2010).

Como hipótese assume-se que os participantes com LC diferenciam-se da população normal, atribuindo à narrativa protótipo do LC um grau de relação mais elevado com a sua própria vida do que aqueles participantes sem LC. Trata-se assim, de uma fase empírica do estudo da análise qualitativa e quantitativa da narrativa protótipo de LC. O uso de métodos quantitativos apresenta-se através do cálculo de validade convergente (Howard, Maerlender, Myers & Curtin, 1992), para a determinação da existência, ou não, de valores significativos entre as duas populações, relativamente à hipótese colocada.

Por último, os resultados obtidos na validação divergente vêm fortalecer a hipótese da narrativa construir um protótipo dos participantes com diagnóstico de LC. Deste modo, importa agora verificar se esta narrativa resiste à validação divergente em participantes com LC. Segundo Howard, Maerlender, Myers & Curtin (1992), a validade divergente consiste na comparação do grau identificação da participante com as narrativas associadas às diferentes perturbações emocionais.

O objectivo específico deste estudo é averiguar se os participantes com LC se identificam mais com a narrativa protótipo do LC do que com as narrativas protótipos construídas para

as outras psicopatologias: LS, depressão, agorafobia, toxicod dependência e alcoolismo. A hipótese é de que os participantes com LC se identificam significativamente mais com a narrativa protótipo de LC do que com qualquer outra narrativa protótipo apresentada.

### Capítulo III. Objectivos

O crescente número de casos identificados com o fenómeno de LC nos últimos anos (Shear, 2011) tem despertado interesse na comunidade científica, pelo estabelecimento de critérios de diagnóstico do LC e, conseqüentemente, pela construção de metodologias quantitativas como os instrumentos de avaliação e diagnóstico capazes de auxiliar clínicos para uma intervenção mais eficaz (Prigerson, Shear, *al et.*, 1999; Shear, 2011). As metodologias qualitativas também fazem parte desse interesse e as investigações qualitativas realizadas no âmbito do LC destacam a relevância das narrativas no diagnóstico de LC.

Deste modo, esta investigação pretende realizar três estudos de validação de metodologias quantitativas e qualitativas de diferenciação do LC.

No primeiro estudo pretende-se realizar o cálculo do ponto de corte do ICG para a população portuguesa, tendo por base o ponto de corte realizado na versão original do instrumento ( $\geq 25$ ) numa amostra norte-americana (Prigerson et al., 1995). O cálculo do ponto de corte do ICG será determinado através da Entrevista de Diagnóstico Clínico de Luto Complicado (EDCLC), de acordo com os critérios de diagnóstico propostos por Prigerson et al. (2009). A metodologia utilizada neste estudo será a curva de ROC, metodologia distinta na determinação de diagnósticos clínicos (Braga, 2000).

O segundo estudo pretende realizar a validação convergente (grau de verosimilhança) pressupondo-se que a amostra do LC irá atribuir à narrativa protótipo de LC um grau de relação mais elevado com a sua própria vida do que os sujeitos sem LC, diferenciando-se da amostra sem LC. Trata-se, portanto, de uma fase de teste empírico da narrativa protótipo, recorrendo à análise quantitativa.

Por último, o terceiro consiste na validação divergente (grau de discriminação) para a narrativa protótipo do LC. Neste pretende-se averiguar se a população com LC avalia a narrativa protótipo de LC como uma história mais “próxima” ou “típica” de si, quando comparada com a avaliação feita a narrativas protótipo de outras psicopatologias. Será de esperar que a amostra de LC a narrativa protótipo de LC aquela com que teriam maior relação.

Estas validações pretendem ser uma mais-valia para a compreensão da psicopatologia enquanto sistema de significação construído num determinado contexto histórico-cultural.

## Capítulo IV. Método

### 4.1. Amostra

Para que os objectivos desta investigação sejam cumpridos, é necessário recorrer a várias instituições para se proceder à recolha de dados. Assim, perante a dificuldade em recolher a participação de pessoas que apresentassem o diagnóstico de LC, optou-se por utilizar a mesma amostra de participantes em todos os estudos desta investigação, no entanto com diferentes instrumentos e métodos. Trata-se de uma amostra composta por dois grupos, um grupo de participantes com LC e outro grupo constituído por participantes sem LC. Esta é uma amostra não emparelhada quanto às suas características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações, instituição, número de perdas, grau de parentesco e tempo de luto), não - probabilística e intencional, uma vez que os participantes serão seleccionados a partir de uma unidade específica da instituição (é desconhecida a probabilidade relativa de um qualquer indivíduo ser incluído na amostra) com determinados critérios de inclusão (Ribeiro, 2008).

Os critérios para a selecção do grupo de participantes sem LC consistem na aceitação da participação no estudo; na ausência de perturbação de LC; idade superior a 18 anos de idade; perda de um ente querido num período igual ou superior a seis meses; e, ausência de perturbação psiquiátrica que comprometa a coerência e fluência verbal do discurso verbal. Na amostra do grupo com LC, foram admitidos todos os participantes que apresentassem LC através da EDCLC; idade superior a 18 anos de idade; perda de um ente querido num período igual ou superior a seis meses; e, ausência de perturbação psiquiátrica que comprometa a coerência e fluência verbal do discurso verbal.

#### *1) Amostra para o Cálculo do Ponto de Corte do ICG e Validação Convergente da Narrativa Protótipo do Luto Complicado*

A amostra destes dois estudos foi constituída por 73 indivíduos, 38,4% têm LC e 61,6% não tem LC de acordo com os dados da EDCLC, sendo que 15,1% são do sexo masculino e 84,9% são do sexo feminino. A média de idades é de 23,0 ( $dp=25,8$ ) (ver tabela 2).



**Tabela 2**

Características Sociodemográficas da Amostra.

<i>Características</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>
Sexo				
Masculino	11	15,1		
Feminino	62	84,9		
Idade			23,0	25,8
Luto Complicado (LC)				
Sem Luto Complicado	45	61,6		
Com Luto Complicado	28	38,4		

Quanto aos indivíduos sem LC pela EDCLC (ver tabela 3) verifica-se que 84,4 % são do sexo feminino, 15,6% são do sexo masculino, apresentando uma média de idades, respectivamente, de 22,00 anos de idade ( $dp=5,56$ ). Relativamente ao estado civil, 97,8% da amostra é solteira e 2,2% é casado. Verificou-se que 57,8% tem o 12º ano, 35,6% tem uma licenciatura e 6,7% apresenta estudos de mestrado. Quanto aos dados mais significativos do tempo de luto, 20,0% dos participantes sofreram a última perda há cerca de um ano, 42,2% sofreram a última perda há cerca de 3 a 6 atrás e 24,4% tiveram perdas significativas entre 7 a 11 anos atrás.

**Tabela 3**

Características Sociodemográficas da Amostra sem Luto Complicado.

<i>Características</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>
Sexo				
Masculino	7	15,6		
Feminino	38	84,4		
Idade			22,00	5,56
Estado Civil				
Solteiro	44	97,8		
Casado	1	2,2		

Habilitações		
12º Ano	26	57,8
Licenciatura	16	35,6
Mestrado	3	6,7
Tempo de Luto		
1 Ano	9	20,0
2 Anos	4	8,9
De 3 a 6 Anos	19	42,2
De 7 a 11 Anos	11	24,4
De 12 a 21 Anos	2	4,4

O grupo de participantes com LC pela EDCLC (ver tabela 4) é constituído por vinte e quatro mulheres (85,7%) e quatro homens (14,3%), a média de idades corresponde a 74,15 ( $dp=22,00$ ). Relativamente ao estado civil, 17,9% da amostra é solteira, 14,3% é casado, e 67,9% são viúvos. Quando às habilitações literárias 14,3% são analfabetos, 3,6% tem a primeira classe, 17,9% a terceira classe, 46,4% a quarta classe, 7,1% o décimo segundo ano e 7,1% da amostra possui a licenciatura e 3,6% tem estudos de mestrado. Quanto aos dados mais significativos do tempo de luto, 17,9% perdeu alguém há cerca de um ano, 17,9% perdeu a pessoa significativa há 2 anos e 10,8% perdeu o seu ente querido entre os 3 e 6 anos atrás, 19,1% perdeu teve a sua perda significativa entre os 7 e 11 anos atrás e, por último, 21,5 perdeu o seu ente querido entre os 12 e 28 anos atrás.

#### Tabela 4

Características Sociodemográficas da Amostra com Luto Complicado.

<i>Características</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>
Sexo				
Masculino	4	14,3		
Feminino	24	85,7		
Idade			74,15	22,00
Estado Civil				
Solteiro	5	17,9		
Casado	4	14,3		

Viúvo	19	67,9
Habilitações		
Analfabeto	4	14,3
1ª Classe	1	3,6
3ª Classe	5	17,9
4ª Classe	13	46,4
12º Ano	2	7,1
Licenciatura	2	7,1
Mestrado	1	3,6
Tempo de Luto		
1 Ano	5	17,9
2 Anos	5	17,9
De 3 a 6 Anos	3	10,8
De 7 a 11 Anos	9	19,1
De 12 a 38 Anos	6	21,5

---

## 2) Amostra para a Validação Divergente da Narrativa Protótipo do Luto Complicado

Para a validação divergente da Narrativa protótipo de LC utilizou-se uma amostra constituída apenas por participantes com LC diagnosticados com EDCLC.

A amostra (ver tabela 5) é constituída por vinte e quatro mulheres (85,7%) e quatro homens (14,3%), a média de idades corresponde a 74,1 ( $dp=22,00$ ). Relativamente ao estado civil, 17,9% da amostra é solteira, 14,3% é casado e 67,9% são viúvos. Quando às habilitações literárias 14,3% são analfabetos, 3,6% tem a primeira classe, 17,9% a terceira classe, 46,4% a quarta classe, 7,1% o décimo segundo ano e 7,1% da amostra possui a licenciatura e 3,6% tem estudos de mestrado. Quanto aos dados mais significativos do tempo de luto, 17,9% perdeu alguém há cerca de um ano, 17,9% perdeu a pessoa significativa há 2 anos e 10,8% perdeu o seu ente querido entre os 3 e 6 anos atrás, 19,1% perdeu teve a sua perda significativa entre os 7 e 11 anos atrás e, por último, 21,5 perdeu o seu ente querido entre os 12 e 28 anos atrás.

**Tabela 5**

Características Sociodemográficas da Amostra com Luto Complicado na Validação Divergente.

<i>Características</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>
Sexo				
Masculino	4	14,3		
Feminino	24	85,7		
Idade			74,15	22,00
Estado Civil				
Solteiro	5	17,9		
Casado	4	14,3		
Viúvo	19	67,9		
Habilitações				
Analfabeto	4	14,3		
1ª Classe	1	3,6		
3ª Classe	5	17,9		
4ª Classe	13	46,4		
12º Ano	2	7,1		
Licenciatura	2	7,1		
Mestrado	1	3,6		
Tempo de Luto				
1 Ano	5	17,9		
2 Anos	5	17,9		
De 3 a 6 Anos	3	10,8		
De 7 a 11 Anos	9	19,1		
De 12 a 38 Anos	6	21,5		

## 4.2. Instrumentos

No que diz respeito à aplicação dos instrumentos de avaliação, todos os participantes foram entrevistados pelos membros do grupo de investigação do Luto no mestrado de Psicologia Clínica nas várias instituições. De modo voluntário, todos participaram assinando um consentimento informado de acordo com as regras de cada instituição, por isso realizou-se dois diferentes formatos de consentimento informado (anexo I e II) garantindo ao participante absoluta confidencialidade.

Para a realização do estudo do cálculo do ponto de corte do ICG foram utilizados o QSD, o ICG e a EDCLC.

Relativamente ao estudo da validação convergente da narrativa protótipo foram usados o QSD, a EDCLC e o Questionário de Validação Convergente da Narrativa Protótipo de LC.

Para a validação divergente da narrativa protótipo de LC utilizou-se QSD, a EDCLC e Questionário de Avaliação de Narrativas Protótipo para a Validação Divergente.

Após a explicação sobre o cariz deste trabalho académico, procedeu-se à aplicação de um **Questionário Sociodemográfico (QSD)** realizado, com o intuito de controlar a amostra e avaliar as variáveis demográficas e psicossociais. Este questionário pretendia recolher dados como sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e tempo de perda. Foi ainda pedido o e-mail ou contacto telefónico para que pudessemos contactar novamente os participantes para próxima fase de investigação.

O **Inventário Luto complicado (ICG - Inventory Complicated Grief)** é considerado o principal instrumento de avaliação da sintomatologia de luto e tem como objectivo realizar a distinção entre um processo de luto normal e o processo de LC (ponto de corte superior ou igual a 25). Este instrumento é constituído por dezanove itens, cada um numa escala tipo *Likert* (0 = “nunca”; 1 = “raramente”; 2 = “às vezes”; 3 = “muitas vezes”; 4 = “sempre”). No estudo original de Prigerson et al. (1995), a amostra era composta por 70 pessoas que se encontravam num processo de luto ( $M=66.90$ ;  $dp=6.15$ ) (sexo masculino  $n=19$  e sexo feminino  $n=51$ ), foram comparadas com 27 pessoas e não se encontravam em processo de luto ( $M=81.63$ ;  $dp=6.15$ ) (sexo masculino  $n=7$  e sexo feminino  $n=20$ ). Prigerson et al. (1995) indicam que este instrumento é melhor qualificado por um único factor (eigenvalue=10.015,  $R^2=0.999$ ) detendo uma consistência interna alta (alfa de *Cronbach*=0.94). Na aferição do instrumento ICG, realizada por Bruno Frade (2009) para a população portuguesa, a amostra é constituída por 127 estudantes universitários ( $M=19.9$ ;  $dp=1.90$ ). Os resultados obtidos apontam que este instrumento possui boas características gerais ao nível da fidelidade (alfa de *Cronbach*=0.914), validade (variância explicada=68.9%) e validade externa com fortes correlações com BDI ( $r$  *Pearson*=0.500) e IES-r ( $r$  *Pearson*=0.530) (Frade, 2009).

A ideia de construir uma entrevista de diagnóstico partiu da necessidade em obter um diagnóstico para funcionar como variável-estado do cálculo do ponto de corte para o ICG e validar a narrativa protótipo de LC na população portuguesa.

A **Entrevista de Diagnóstico Clínico de Luto Complicado** foi construída com base no artigo de Prigerson et al (2009), no qual se encontram todos os critérios de diagnóstico propostos para a próxima edição do Manual de diagnóstico DSM-5 e CID 11. A sua forma e estrutura apoiam-se na Escala Clínica Administrada de Perturbação Pós Stress Traumático (CAPS) e tem como principal objectivo ser um sólido instrumento de diagnóstico do LC. Este instrumento tem por base os seis critérios de diagnóstico do LC que se encontram divididos por sub-escalas e bem referenciados na entrevista (Weathers, Ruscio, Keane, 1999). Assim, a EDCLC é constituída por 26 itens, o primeiro item da entrevista refere-se ao critério A (processo de luto - perda de um outro significativo), os 6 itens seguintes referem-se ao critério B (separação e angústia da perda). Seguidamente a entrevista apresenta 13 itens referentes ao critério C (cinco ou mais dos seguintes sintomas experienciados no seu quotidiano ou de modo incapacitante: - Confusão sobre o seu próprio papel na vida ou a percepção de si diminuída; Dificuldade em aceitar a perda; Evitar pensar na pessoa que faleceu; Incapacidade de confiar nos outros após a perda; Amargura ou raiva relacionada à perda; Dificuldade em ter novas perspectivas de vida após a perda; Anedonia após a perda; Sentir que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem sentido após a perda; Sentir-se atordoado e chocado com a perda). O critério D (Tempo após perda  $\geq$  6 meses) apresenta 1 item, o critério E (comprometimento das capacidades diárias pessoais, higiénicas, domésticas, sociais, profissionais) apresenta 3 itens e o critério F (perturbação melhor explicada pelas perdas vividas e não por outras perturbações tais como, Depressão Major, Perturbação de Ansiedade Generalizada ou Pós-stress traumático) 3 itens. É importante referir que o grau de intensidade e a frequência dos sintomas é são avaliados nas alíneas dos itens apresentados. Todos os itens referem-se aos sintomas propostos para o DSM-5 e CID-11.

A aplicação da entrevista ao participante deve ser efectuada por um profissional de saúde com experiência em entrevistas de diagnóstico e conhecimento na área da psicopatologia e DSM. Esta deve ser efectuada num local calmo e adequado para o efeito. O entrevistador deve começar por introduzir o tema de luto e, de seguida, explicar as perguntas seguintes referentes ao Luto. O profissional de saúde deverá ter em conta que o tema abordado é susceptível à recordação de momentos e vivência de emoções, sentimentos e algumas situações incómodas e desagráveis para o paciente. O profissional deve explicar ao participante que, se este se sentir incomodada/o e quiser parar com a entrevista, pode fazê-lo. É importante afirmar ainda que, se ao longo da realização da entrevista surgir um dado clínico importante, este que deve ser explorado pelo clínico.

Relativamente à cotação da entrevista, esta é feita numa folha própria para o efeito. Assim, para a cotação da sintomatologia, utilizou-se uma escala dicotómica, de modo a que os resultados pudessem dar origem a um diagnóstico dicotómico do LC. Segundo o manual de cotação do CAPS para a sintomatologia traumática, a cotação tem por base as seguintes regras: a sintomatologia encontra-se presente apenas se a frequência e intensidade estiverem presentes; um sintoma de LC encontra-se presente, se o resultado de frequência, intensidade/gravidade para o item correspondente, é maior ou igual a 1 (Kraemer,1992). No EDSLCL optou-se por uma estratégia diferente, para cada critério elaborou-se uma pontuação mínima para a determinação do LC exposta no quadro seguinte e que obriga a que pelo menos um sintoma seja também pontuado com intensidade e/ou gravidade (ver tabela 6).

**Tabela 6**

Resultados da EDCLC.

Resultados						
	Critério A	Critério B	Critério C	Critério D	Critério E	Critério F
Com LC	1	$\geq 4$	$\geq 10$	1	$\geq 3$	2
Sem LC	0	$\leq 4$	$\leq 10$	0	$\leq 3$	$\leq 1$

Deste modo, para que a perturbação de LC esteja presente é necessário que todos os critérios propostos para o DSM-5 e CID-11 estejam presentes, com os valores mínimos indicados.

Para o estado de validade convergente da narrativa protótipo de LC, utilizou-se o **Questionário de Validação Convergente da Narrativa protótipo de Luto Complicado** operacionalizando a questão da viabilidade e correspondência desta segundo Riessman (1993), de modo a que todos os participantes se pudessem identificar com a narrativa protótipo constituída.

Com base no questionário construído para a validação convergente e adoptando o instrumento usado numa investigação congénere com sujeitos com depressão e agorafobia (Maia, 1998; Henriques, 2000), realizamos uma escala de *Likert* de cinco pontos para avaliação do grau de relação da narrativa protótipo com a vida do participante. O instrumento construído visa quantificar a identificação dos participantes à narrativa protótipo de LC. Após a leitura da narrativa em questão propõe-se que o participante avalie o grau de relação dessa narrativa

com a da sua própria vida, através de uma escala *Likert* de cinco pontos, correspondentes aos seguintes valores, sendo que 1 corresponde a “nenhuma relação com a minha vida” e 5 “total relação com a minha vida”. Este Instrumento foi designado de Questionário de Validação Convergente da Narrativa protótipo de LC e realizado numa versão única, uma vez que todas as questões que diferem os grupos foram colocadas no questionário sociodemográfico.

O **Questionário de Validação Divergente Avaliação da Narrativa Protótipo do Luto Complicado** foi concebido para registar o grau de identificação das narrativas protótipo com a vida do participante, tendo como modelo as investigações de Maia, 1998 e Henriques, 2000. Na construção deste instrumento, a ordem pela qual as narrativas protótipo foram apresentadas foi alternada e a distribuição pelos sujeitos foi aleatória. No fim de cada narrativa, o participante teria que preencher a escala de *Lickert* com os seguintes valores sendo que 1 corresponde a “nenhuma relação com a minha vida” e 5 “total relação com a minha vida”. Perante esta escala é de salientar que existe probabilidade do participante atribuir o mesmo grau de identificação a mais do que uma narrativa apresentada.

### 4.3. Procedimentos

Todos os estudos realizados sobre seres humanos levantam questões éticas e morais que têm de ser salvaguardadas de modo a que todos os participantes estejam protegidos de qualquer consequência lesiva.

Neste estudo, todos os direitos foram garantidos aos participantes, incluindo o de sigilo profissional e o anonimato. Admitimos contudo, que a temática versada poderá criar algumas inibições em alguns participantes mais sensíveis, por de alguma forma, poder ocorrer um certo nível de invasão da privacidade, apesar das medidas de salvaguarda tomadas.

Inicialmente foi enviado um pedido de consentimento à Comissão de Ética das Instituições com o objectivo de poder aceder aos vários serviços para a recolha dos dados da amostra. Este pedido de autorização incluía o objectivo da investigação, o material a ser utilizado e a descrição dos vários instrumentos a aplicar. As instituições que autorizaram a realização do estudo foram: Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte, Centro de Saúde de Santo Tirso (ACES I Grande Porto Santo Tirso/Trofa), Celar Santo Tirso, Santa Casa da Misericórdia de Famalicão, Santa Casa da Misericórdia de Paços de Ferreira, Lar Jorge Reis de Famalicão.



Após a autorização das instituições, procedeu-se à deslocação para o local com vista à recolha de dados da amostra.

O contracto com os participantes realizou-se em dois momentos com intervalo de 2 semanas aproximadamente. No primeiro momento, a recolha foi realizada em grupo ou individualmente dependendo das condições disponibilizadas pelas instituições, num contexto planeado para o efeito em todas as instituições autorizadas. Depois de se ter apresentado o estudo; efectuado o pedido de colaboração por escrito (consentimento informado anexo I e II) conforme a *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial* e as normas das instituições; explicado o cariz do estudo e os procedimentos existentes nesta investigação, procedeu-se à aplicação de um pequeno questionário sociodemográfico e à aplicação do ICG. Para tal, foram entregues aos participantes um exemplar do questionário sociodemográfico e do ICG.

No segundo momento da investigação, após um novo contacto via correio electrónico ou pessoalmente, a aplicação do instrumento apresentado realizou-se individualmente, em contexto planeado para o efeito.

No início procedeu-se à aplicação da entrevista EDCLC e foi dito ao participante que poderia colocar dúvidas, sempre que não percebesse alguma questão, podendo parar a entrevista sempre que assim quisesse.

Após a realização da entrevista, procedeu-se à aplicação do Questionário de Validação Convergente da Narrativa protótipo de LC tendo por base os procedimentos de Henriques, 2000 e Maia, 1998. Relativamente ao procedimento em si, começou-se por entregar aos participantes um exemplar da narrativa protótipo sem título para evitar qualquer sugestão. Assim, foi proposto ao participante, várias alternativas para a aplicação do questionário da narrativa: ler para si, ler em voz alta ou pedir para que o texto fosse lido pela investigadora. Esta teria que manter um ritmo constante e sem entoações enfáticas, sensíveis a reacções susceptíveis.

Após o término da leitura, o questionário era entregue ao participante sublinhando que o objectivo da identificação incidia sobre o personagem no conjunto das suas reacções e não tanto no acontecimento em si. A resposta do participante teria que ser justificada, de modo que o investigador tivesse a certeza que o participante interpretou correctamente a narrativa. A recolha dos dados no grupo com LC e sem LC foi efectuada pela autora e por membros do grupo de investigação do luto no Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde (ISCS-N) nas instituições nas instituições autorizadas (Santa Casa de Misericórdia de Santo Tirso/Trofa;

Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte; Centro de Saúde de Santo Tirso) em espaços adequados à investigação.

A recolha de dados da validação divergente foi realizada no mesmo momento, tendo por base os procedimentos de Henriques, 2000 e Maia (1998). Assim, depois de se aplicar o questionário relativo à validação convergente e de verificar o resultado da EDCLC, passou-se à aplicação do Questionário de validação divergente numa amostra de participantes com LC.

Assegurando a compreensão de todas as instruções do questionário de validação divergente apresentado, várias alternativas para a aplicação do questionário foram propostas aos participantes: ler para si, ler em voz alta ou pedir para que o texto fosse lido pela investigadora. Esta teria que manter um ritmo constante e sem entoações enfáticas.

Após o término da leitura, o participante teria que preencher a escala de *Lickert* para cada narrativa apresentada. A recolha de dados a validação divergente foi também realizada pela autora e membros do grupo de investigação de Luto no mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde (ISCS-N) quer pelas respectivas psicólogas clínicas nas instituições autorizadas (Santa Casa de Misericórdia de Santo Tirso/Trofa; Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte; Centro de Saúde de Santo Tirso) num espaço calmo, privado, com as características específicas para a investigação.

Para proceder ao cálculo estatístico do ponto de corte do ICG, estudo 1, será necessário a utilização da curva de ROC. A análise da curva de ROC é realizada através do programa estatístico SPSS (versão 19.0) que permite a determinar do desempenho do instrumento de diagnóstico.

Relativamente à determinação da validade convergente da narrativa protótipo do LC, estudo 2, utilizámos o teste não-paramétrico para duas amostras independentes do Qui-Quadrado, para várias amostras e com categorias hierarquizadas (Ribeiro, 2008). Este teste permitiu comparar as médias de relação com a narrativa protótipo, por parte dos participantes com LC e dos indivíduos sem LC. Assim, no tratamento estatístico de dados utilizou-se o programa SPSS (versão 19.0) para a respectiva computação.

No sentido de realizar a validação divergente, estudo 3, e verificar as diferenças estatisticamente significativas do grau de identificação com as várias narrativas protótipo, optou-se por utilizar a análise não paramétrica, o teste de Friedman (para mais de duas amostras relacionadas), uma vez que a análise dos resultados da avaliação das narrativas

protótipo obrigou a um tratamento estatístico independente para cada uma delas. Para tal foi necessário o programa SPSS (versão 19.0).

## Capítulo V. Resultados

### 1) Cálculo do ponto de Corte do ICG (Inventário do Luto Complicado)

Para avaliar e verificar a capacidade de diagnóstico do ICG quanto à avaliação da perturbação de LC, realizou-se uma análise de curva ROC (Braga, 2000).

Perante a análise da curva ROC podemos identificar a sensibilidade (proporção de verdadeiros positivos) e a especificidade (proporção de falsos negativos) de um instrumento diagnóstico, identificando os casos positivos na variável de LC. Nesta análise foram testados valores totais de ICG face às categorias geradas pela EDCLC (variável estado). Deste modo os resultados (ver tabela 5) demonstram que os valores do ICG no grupo sem luto complicado encontram-se entre os valores de 0 a 30, sendo que os valores mais frequentes encontram-se entre os valores de 0 e 21 obtidos por trinta e cinco participantes. Apenas um caso surge sem LC e com valores superiores a 30 no ICG que obteve cotação de 47, categoria 41-50.

O grupo com LC apresentou valores do ICG entre os 30 e 75, pelo que doze dos participantes obtiveram valores entre os 41 e 50 (ver tabela 7).

### Tabela 7

Frequência da Amostra no Cálculo do Ponto de Corte do ICG.

ICG	0-21	22	23	25	26	29	30	31-40	41-50	51-75
Com LC	0	0	0	0	0	0	0	8	12	7
Sem LC	35	3	1	1	1	1	2	0	1	0

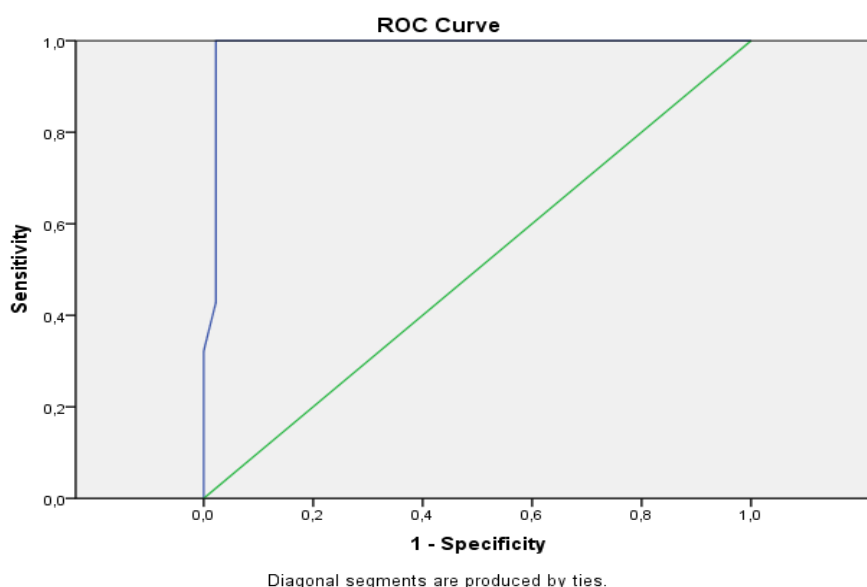
No Gráfico 1 são apresentados os resultados da análise da curva de ROC para o resultado total do ICG para a população portuguesa. A área total de curva de ROC foi de 0,986 (erro padrão

= 0,014;  $p = 0,000$ ; 95% IC de 0,96 a 1,00) indicando boa capacidade de discriminação do luto complicado.

A curva de ROC encontra-se muito próximo do eixo vertical, verificando-se assim maior sensibilidade na detecção de participantes com LC e com baixos falsos positivos.

### Gráfico 1

Curva de ROC do ICG e Indicadores de Sensibilidade e Especificidade.



O gráfico 1 demonstra a sensibilidade e especificidade para cada ponto de corte possível para a determinação da perturbação do LC, sendo que será desejável que o segmento de recta da sensibilidade se aproxime o mínimo da diagonal (Braga, 2000).

Sendo o ponto de corte um valor de equilíbrio entre a sensibilidade e especificidade é possível verificar que o valor de equilíbrio é igual ou superior a 30 para a população portuguesa. Assim, 100% da amostra é identificada com LC e 2,2% podem ser incorrectamente identificados como tendo LC (Sensibilidade = 1,000; Especificidade = 0,022) (ver tabela 8).

### Tabela 8

Coordenadas da Curva de ROC – Valores de Sensibilidade e Especificidade.

Positivo se maior ou igual a	10,5	12,0	14,0	15,5	18,5	21,5	22,5	24,0	25,5	27,5	29,5	30,5
Sensibilidade	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

<b>Especificidade</b>	0,578	0,444	0,378	0,311	0,289	0,222	0,156	0,133	0,111	0,089	0,67	0,022
<b>Positivo se maior ou igual a</b>	<b>31,5</b>	<b>32,5</b>	<b>33,0</b>	<b>34,5</b>	<b>36,5</b>	<b>38,5</b>	<b>40,0</b>	<b>42,0</b>	<b>43,5</b>	<b>44,5</b>	<b>45,5</b>	<b>46,5</b>
<b>Sensibilidade</b>	0,964	0,929	0,857	0,821	0,786	0,750	0,714	0,643	0,607	0,571	0,464	0,429
<b>Especificidade</b>	0,022	0,022	0,022	0,022	0,022	0,022	0,022	0,022	0,022	0,022	0,022	0,022

2) *Validação Convergente da Narrativa Protótipo do Luto Complicado.*

Tendo em conta a hipótese estabelecida para a validação convergente da narrativa protótipo de LC, efectuou-se o tratamento estatístico através do teste Qui-Quadrado para amostras não-paramétricas.

Os resultados deste estudo indicam claramente que existe uma diferença significativa ( $p < 0,001$ ) entre as respostas das duas amostras. Assim, na amostra com LC, os participantes escolhem graus de relação elevados, enquanto que na amostra sem LC escolhem os graus menores.

A análise da tabela 9 e do gráfico 2 permite-nos perceber que na amostra sem LC, 0% tem total relação com a narrativa, 4,4% afirma ter muita relação com a narrativa, 13,3 tem relação com a narrativa, 26,7% tem alguma relação com a narrativa e por último 55,6% da amostra declara não ter qualquer relação com a narrativa protótipo de LC. No grupo de participantes com LC 35,7% apresentam total relação com a narrativa protótipo, 35,7% apresenta muita relação com a narrativa protótipo 14,3% apresenta relação com a narrativa, 14,3% apresenta alguma relação com a narrativa e 0% da amostra com LC afirma não ter nenhuma relação com a narrativa. Deste modo, a observação dos resultados permite concluir que existem diferenças sistemáticas entre as duas amostras.

**Tabela 9**

Resultados do Qui-Quadrado na Validação Convergente da Narrativa Protótipo do Luto Complicado.

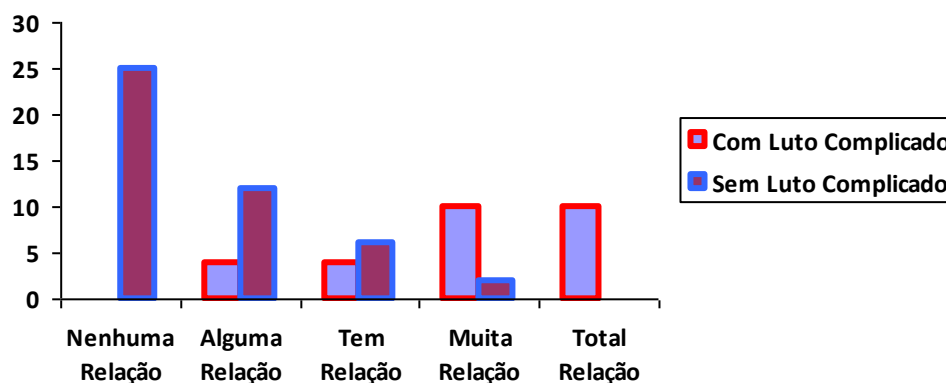
Grau de Relação	Sem Luto Complicado		Com Luto Complicado		$\chi^2(1)$	p
	n	%	n	%		
Nenhuma Relação	25	55,6	0	0		
Alguma Relação	12	26,7	4	14,3	43,112	.000**
Tem Relação	6	13,3	4	14,3		

<b>Muita Relação</b>	2	4,4	10	35,7
<b>Total Relação</b>	0	0	10	35,7

\*\*p<.01

### Gráfico 2

Frequência de Respostas Face ao Acordo com a Narrativa de Luto Complicado para Casos com e sem Luto Complicado.



### 3) Validação Divergente da Narrativa Protótipo numa Amostra com Luto Complicado

A hipótese estabelecida para a validação divergente sugeria que os participantes com LC tenderiam a considerar a narrativa protótipo de LC, aquela com que teriam maior relação, escolhendo, portanto, os níveis superiores da escala. Os resultados, que se encontram no quadro seguinte indicam essa relação.

### Tabela 10

Médias e Teste de Friedman do Grau de Identificação com as Narrativas Protótipo numa Amostra de Luto Complicado.

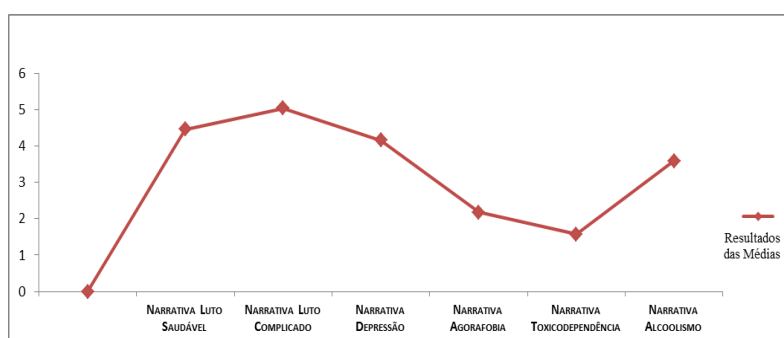
Narrativas Protótipo	Médias de Ordem	$\chi^2(1)$	p
Narrativa Protótipo de Luto Saudável	4,46		
Narrativa Protótipo de Luto Complicado	5,04		
Narrativa Protótipo de Depressão	4,16	85,546	,000**

Narrativa Protótipo de Agorafobia	2,18
Narrativa Protótipo de Toxicodependência	1,57
Narrativa Protótipo de Alcoolismo	3,59

\*\* p<.01

### Gráfico 3

Médias e Teste de Friedman do Grau de Identificação com Narrativas Protótipo numa Amostra com Luto Complicado



Após a análise estatística do teste de Friedman, (ver tabela 10 e gráfico 3) verificou-se a existência de diferenças significativas ( $\chi^2 = 85,546$ ;  $p=.000$ ). Este valor aponta para uma diferença significativa entre os graus de identificação dos participantes com Luto Complicado face às diferentes narrativas, sugerindo que as diferentes narrativas foram claramente diferenciadas pela amostra alvo.

A observação dos resultados indica que a narrativa protótipo de LC, tal como esperado, é a que atinge o nível mais elevado de ordem (5,04). Segue-se a narrativa do LS (4,46), da depressão (4,16), do alcoolismo (3,59) e da agorafobia (2,18). A narrativa da toxicodependência (com 1,57) é aquela que os participantes com LC consideram como menos característica de si próprios.

## Capítulo VI. Discussão dos Resultados

Os resultados obtidos nesta investigação intitulada por “*Validação de Metodologias de Diferenciação Clínica entre Luto Saudável e Luto Complicado*” são discutidos tendo em vista a sua relevância para a literatura e a sua comparação com os dados descritos por investigações efectuadas até a momento nesta área.

O objectivo geral do presente estudo é validar metodologias de diferenciação clínica do LC. Os dados obtidos permitem verificar que o ponto de corte da versão original do ICG não é o mesmo para a população portuguesa; a narrativa protótipo de LC foi validada de forma convergente pelos participantes com LC com diferenças estatisticamente significativas; e por último, a narrativa protótipo de LC diferenciou-se de um modo significativo comparativamente a outras narrativas protótipo, numa amostra de participantes com LC.

Mais especificamente, no estudo da determinação do ponto de corte do ICG para a população portuguesa verificou-se que o ponto de corte é de uma pontuação igual ou superior a 30, sendo que 2,2% dos entrevistados foram incorrectamente diagnosticado com LC (falsos positivos). Esta evidência vem fortalecer a validade de diagnóstico do ICG, considerando-se assim, uma boa ferramenta para o diagnóstico de pessoas com LC. No entanto, o ICG não deve ser um instrumento aplicado isoladamente, mas sim em conjunto com uma entrevista de diagnóstico para que se consiga efectuar uma avaliação rigorosa do LC. Os resultados encontrados nesta investigação vão ao encontro do estudo realizado por Boelen et al. (2011), em que os valores de sensibilidade e especificidade do instrumento ITG não demonstravam a eficácia total do instrumento para o diagnóstico de luto traumático, devendo ser acompanhado por entrevista. O resultado obtido no ponto de corte do ICG de acordo com o estudo de Simon et al. (2011) no qual a amostra de participantes com LC apresentou valores de ICG superiores a 30 e as pessoas sem LC apresentaram valores de ICG inferiores a 25. Neste estudo, 288 participantes com LC confirmaram o diagnóstico através de uma entrevista semi-estruturada realizada por clínicas certificadas.

Com base nestes resultados e atendendo à metodologia usada em outros estudos recentemente publicados, pode-se afirmar que a EDCLC é um bom instrumento de diagnóstico de LC segundo os critérios de diagnóstico de LC propostos para o DSM-5 e CID-10, por Prigerson et al. (2009). Este guião de entrevista foi criado especificamente para esta investigação com o intuito de realizar um diagnóstico fidedigno de LC, e para que



posteriormente se pudesse realizar a validação convergente e divergente da narrativa protótipo de LC. É importante ter em consideração que os critérios propostos por Prigerson et al. (2009), usados neste guião de entrevista, são mais rigorosos na comparação com outros critérios (Prigerson, et al., 1995; Prigerson, et al., 1999), uma vez que o LC não pode ser melhor explicado por outras perturbações, tal como a depressão, o PTSD, ansiedade ou outras perturbações. Estes critérios dotam o LC um carácter mais específico e mantêm a actualidade da entrevista usada.

O estudo da validação convergente da narrativa protótipo de LC implicou a análise do modo como a população se revê na narrativa. A metodologia utilizada para a sua construção faz parte do leque de metodologias qualitativas, pelo que através da análise de entrevistas com participantes com LC constitui-se uma narrativa protótipo para esta amostra (Moreira, 2010). Tal como Connely e Clandinin (1990) declaram, a narrativa protótipo deve conter em si o sentido integral da experiência sem que nenhum detalhe se perca e desperte nos receptores a necessidade de estabelecer relação com a sua experiência. Deste modo, a metodologia quantitativa utilizada para a validação convergente vem ao encontro da literatura, verificando-se que os participantes com LC identificam-se mais com a narrativa protótipo de LC comparativamente aos sujeitos sem diagnóstico de LC.

Face a estes resultados, podemos afirmar que a narrativa protótipo de LC tem um significado estatisticamente significativo para o grupo de participantes com LC que os permite diferenciar da população saudável. Estes resultados encontram-se na mesma direcção dos estudos realizados por Gonçalves, (1996) Maia, (1998) Henriques (2000) Machado, (2005); Duarte, (1993); com outras psicopatologias. Todos estes estudos concluíram que o conteúdo narrativo e a organização discursiva dos diferentes tipos de psicopatologia correspondem a distintas organizações prototípicas, com elementos rígidos e inflexíveis da organização narrativa da experiência. Tal só é possível com a identificação e validação das narrativas protótipo dos vários tipos de organização narrativa na psicopatologia.

Da análise da validação divergente da narrativa protótipo de LC podemos concluir que, os participantes com LC não só se identificam com a narrativa protótipo, como também diferenciam significativamente o grau com que se identificam com a narrativa protótipo comparativamente às outras narrativas.

As médias mais elevadas encontram-se na narrativa do LS, na depressão e alcoolismo constituindo assim um dado importante, uma vez que se tratam de narrativas em que o

acontecimento inicial é idêntico (uma perda significativa) mas todos os outros elementos que constituem a narrativa são diferentes (respostas internas, objectivo, acção, resultado e fim). É de salientar que a narrativa do LS e da depressão apresentam o mesmo acontecimento precipitante, a morte, sendo entendido como a perda de uma pessoa significativa. No entanto, as narrativas não tiveram a mesma média, pois os elementos das categorias gramaticais não eram os mesmos. A narrativa da agorafobia obteve uma média inferior a todas as outras narrativas, apesar de apresentar um acontecimento precipitante de alguém significativo (internamento hospitalar) sendo entendido como uma ameaça de perda. Assim, apesar da semelhança entre os acontecimentos, as narrativas não obtiveram o mesmo grau de identificação e revelaram diferenças nas respostas internas, objectivos, acção, resultado e/ou fim, foram determinantes para diferenciar o grau com que os participantes com LC se identificam com estas narrativas.

Os resultados obtidos nesta investigação vão ao encontro dos resultados obtidos por Maia, (1998) e Henriques (2000). Nestes estudos, as autoras concluíram que quer a narrativa protótipo da depressão, quer a narrativa protótipo da agorafobia diferenciaram-se significativamente de todas as outras narrativas comparadas, mesmo apresentando um acontecimento precipitante que envolve-se um perda significativa comum em algumas narrativa comparadas.

Para melhor compreensão dos resultados obtidos, realiza-se agora uma análise comparativa entre os elementos gramaticais que compõem as narrativas protótipo do LC, do LS, da depressão, de agorafobia, toxicodpendência e alcoolismo (ver tabela 1).

A leitura da tabela 1 permite observar as semelhanças entre contexto e acontecimento precipitante nas narrativas do LS, LC, depressão, agorafobia, toxicodpendência e alcoolismo. A partir destes elementos, podemos constatar alguma divergência. Enquanto que, a pessoa com LC chora e grita, com LS paralisa e chora; o depressivo paralisa; e o alcoólico chora e foge; com um sentimento final de fragilidade, o alcoólico, que à tristeza adiciona a tensão, procura ultrapassar a situação fugindo dela. Na categoria gramatical dos resultados, são frequentes os sentimentos de saudade, solidão nas narrativas de LS, LC, alcoolismo. A única narrativa que se refere ao abandono é a narrativa da depressão. Na última categoria, o LC diferencia-se de todas as outras narrativas, uma vez que há dificuldade em lidar com a perda, a nova realidade. A narrativa protótipo de toxicodpendência é aquela que mais se afasta da experiência dos participantes, pois difere em todos os seus elementos gramaticais da narrativa.

Assim, ao verificarmos que os participantes com LC diferenciam estas narrativas, podemos supor que serão estes elementos (ou pelo menos alguns deles) que o permite distinguir entre diferentes psicopatologias. Esta observação está de acordo com a perspectiva construtivista e narrativa, pois é “...*através do processo de estruturação das experiências, dentro desta estrutura narrativa, que o ser humano encontra coerência e significado na sua vida.*” (Henriques, 2000, p. 144).

## Capítulo VII. Conclusão

Terminado mais um percurso na investigação e no desejo de que tudo o que foi dito se enquadrará, cabe agora produzir algumas conclusões e traçar outras considerações que deitem um olhar sobre o futuro.

A presente investigação insere-se num vasto conjunto de estudos que tentam compreender melhor a sintomatologia de LC.

Tem sido uma árdua tarefa para todos os investigadores inseridos nesta área delinear as arestas do campo do LC e o LS, para além das comorbilidades existentes com outras psicopatologias e, que até à data, não se conseguiu defender de uma forma clara e consistente as características e critérios do LC. Neste sentido, todos os estudos de avaliação e validação das características do LC tornam-se de grande pertinência.

Com a presente investigação foi possível validar com uma metodologia quantitativa, o ponto de corte do ICG, tendo em conta que este não tinha sido calculado de acordo com a curva ROC, nem para a população portuguesa. Foi possível ainda validar de forma convergente e divergente a narrativa protótipo do LC construída através de metodologias qualitativas.

Os resultados obtidos nesta investigação permitiram concluir que o ponto de corte do ICG não é o mesmo que o ponto de corte obtido por Prigerson et al (1995) na população norte-americana. O ponto de corte calculado nesta amostra portuguesa é igual ou superior a 30.

Seria interessante que as próximas investigações caminhassem no sentido de criar estudos de validação do ICG e caracterização do LC em populações específicas tal como, as crianças e adolescentes; e desenvolver estudos de validação psicométrica da EDCLC de acordo com os critérios propostos por Prigerson et al. (2009), contribuindo assim para o desenvolvimento de novos instrumentos rigorosos de avaliação diagnóstica para o LC.

Os resultados relativos à validação convergente demonstram que em comparação com uma amostra sem LC, os participantes com LC identificam-se significativamente com a narrativa protótipo do LC, podendo assim afirmar que a narrativa validada assume-se agora um protótipo do fenómeno do luto complicado.

Quanto à validação divergente, os resultados vão ao encontro dos esperados, pois a narrativa protótipo de LC foi diferenciada significativamente como sendo aquela que os participantes com LC mais se identificaram comparativamente às outras narrativas. As próximas investigações poderão desenvolver outros aspectos da validação divergente da

narrativa protótipo de LC, quanto à diferença das médias de identificação nas narrativas e a importância do falecido ou o tipo de relação estabelecido. No futuro será relevante realizar a validação divergente numa amostra de significativos para as pessoas com LC e estudos de validação divergente da narrativa protótipo numa amostra de psicoterapeutas.

No entanto, considera-se deveras importante reflectir sobre as limitações desta investigação. As características da amostra, nomeadamente, a idade dos participantes constituíram uma limitação, pelo que existe um elevado número de participantes jovens adultos em detrimento da população de meia-idade e idosa, o que pode desencadear enviesamentos nos resultados. Além disso, a amostra com LC tem diferenças sociodemográficas em relação à sem LC, pois a maioria da amostra com LC é idosa.

Como tal, é importante que posteriores estudos portugueses e internacionais incluam uma amostra diversificada e emparelhada em todas as suas características.

Mediante o surgimento de novos dados e propostas de investigação, torna-se necessário que os profissionais de saúde foquem a sua atenção para os casos com LC, assim como, para as suas características particulares e para o modo como os doentes vivenciam a experiência de perda. Esta investigação prova que os dados empíricos são uma mais valia para a compreensão do LC, fornecendo orientações para o desenvolvimento dos critérios de diagnóstico possivelmente descritos na próxima edição do DSM-5 ou do CID-11 (Classificação Internacional de Doenças).

O LC é um fenómeno extremamente complexo podendo causar no indivíduo uma total incapacidade das várias vertentes da sua vida, e por isso não pode ser discriminado pelos profissionais de Saúde. Estes devem ter em consideração o modo como os sintomas se apresentam e a forma como os indivíduos narram a sua experiência, pois a narrativa pode ser uma fonte de sentido para a pessoa, contribuindo assim para o diagnóstico do LC.

Em conclusão, esperamos que, ao aumentarmos o conhecimento sobre as metodologias de diferenciação entre o LS e o LC, estejamos a contribuir para o surgimento de novos conhecimentos de compreensão, discriminação da perturbação de LC e para o seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos, de modo a poder ser aceite como uma perturbação autónoma pela comunidade científica e, classificada e integrada nos manuais de doenças mentais.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-R - Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- American Psychiatric Association (2010). *Manual of the American Psychological Association*. (6ª ed.). Washington: American Psychological Association.
- Angus, L. E., Levitt, H., & Hardtke, K. (1999). The Narrative Process Coding System: Research applications and implications for psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1255-1270.
- Baerger D. & McAdams D. (1999). Life Story Coherence and its Relation to Psychological Well-Being. *Narrative Inquiry*, 9(1), 69-96.
- Baumeister, R. & Newman, L. (1994). How Stories make Sense of Personal Experiences: Motives that shape autobiographical narratives. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 676–690.
- Bell, E. & Taylor, S. (2011). Beyond letting go and moving on: New perspectives on organizational death, loss and grief. *Scandinavian Journal of Management*, 27, 1-10.
- Boelen, P.; Van Den Bout. J.; Dekeijser, J.; Hoijtink, H. (2011). Reliability of reliability and validity of the Dutch version of the Inventory of Traumatic Grief (ITG). *Death Studies*, 27(3), 227-247.
- Boelen, P. & Van den Bout (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*, 157,311–314.
- Boelen, P., Van den Bout, J., & Van den Hout, M. (2003a). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour, Research and Therapy*, 41, 1123–1136.
- Boelen, P., Van den Bout, J., & Van den Hout, M. (2003b). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 225–238.

- Boelen, P., Van de Schoot, R., Van den Hout M., & Keijser, J. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125, 374-378.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bonanno, G. & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.
- Bonanno, G., Keltner, D., Holen, A., & Horowitz, M. J. (1995). When avoiding unpleasant emotions may not be such a bad thing: verbal-autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 975-989.
- Braga, A. (2000). *Curvas de ROC: Aspectos Funcionais e Aplicações*. Dissertação de Doutorado, Universidade do Minho, Braga- Portugal.
- Brown, G. & Harris, T. (1989) Depression. In: Brown, G. & Harris, T. (Eds.), *Life Events and Illness*. New York: Guilford Press.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard University Press.
- Connelly, F. M., & Clandinin, D. J. (1990). Stories of experience and narrative inquiry. *Educational Researcher*, 19, 214.
- Duarte, Z. (1993) *Narrativas Protótipo e Dependência Alcoólica*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho, Braga-Portugal.
- Drewery, W., Winslade, J. & Monk, G. (2000) Resisting the dominating Stroyt: toward a deeper understading of narrative therapy. In R. Neimeyer, & J. Raskin, *Construction of Disorder*. Washinton: American Psychological Association.
- Dyregrow, K., Nordanger, D. & Dyregrow, A. (2003). Predictors of psychosocial stress after suicide. *Death Studies*, 27, 143–165.
- Enright, B. P., & Marwit, S. J. (2002). Diagnosing complicated grief: A closer look. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 747-757.

- Ferreira, L. (2007) A organização da Narrativa em Adultos. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga-Portugal.
- Fernandes, E. (2001) *Encontro de Narrativas Terapêuticas*. Dissertação de Doutoramento, Universidade do Minho, Braga-Portugal.
- Fonte, C. & Manita, C. (2003). Consumos de drogas em estudantes da Universidade do Minho: construções de significados. *Toxicodependências*, 9 (3), 61-74.
- Frade, B. (2009). *Validação e Adaptação para a Língua Portuguesa do Inventário de Luto Complicado*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, Gandra-Portugal.
- Fujisawa, D., Miyasshita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M. & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*, 127, 352 – 358.
- Gana, K. & K'Delant, P. (2011). The effects of temperament, character, and defense mechanisms on grief severity among the elderly. *Journal of Affective Disorders*, 128, 128–134.
- Golden, A. & Dalgleish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Research*, 178, 336–341.
- Gonçalves, O. (1996a). Cognição, Narrativa e Psicoterapia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 255-263.
- Gonçalves, O. F. (2002). *Viver narrativamente. A psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, O.; Maia, A.; Alves, A.; Soares, I.; Duarte, Z. ; Henriques, M. (1996) Narrativas Protótipo e Psicopatologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 307-317.
- Guidano, V. (1991) *The self in process*. New York: The Guilford Press.



- Hagman, G. (2004). Beyond deathecis: Towards a new psychoanalytic understanding of mourning. In: Neimeyer R. (2001). *Meaning Reconstruction and the Experience of Loss*. Washington: American Psychological Association.
- Hardison, H. G., Neimeyer, R. A., & Lichstein, K. L. (2005). Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. *Behavioral Sleep Medicine*, 3, 99-111.
- Harré, R., Gillet, G. (1994). *The discursive mind*. Londres: Sage.
- Henriques, M. (2000). *Narrativas e Agorafobia: Construção e Validação de uma Narrativa Protótipo*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Minho, Braga-Portugal.
- Hermans, H. J. M., & Hermans-Jansen, E. (1995). *Self-narratives: The construction of meaning in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Horowitz, M., Bonanno, G., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260 – 273.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904–910.
- Howard, G. S., Maerlender, A. C, Myers, P. R., & Curtin, T. D. (1992). In stories we trust: studies of the validity of autobiographies. *Journal of Counseling psychology*, 39(3), 398-405.
- Jacobs, S., Mazure, C., & Prigerson, H. (2000). Diagnostic criteria for traumatic bereavement. *Death Studies*, 24, 185–199.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Kersting, A., Braehler, E., Glaesmer, H. & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131, 339–343.

- Komaroff, A. & Coburn, E. (2006). Complicated grief. *Harvard Medical School*, 23, 1-3.
- Landers, R. & Maercker, A. (2005). Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a German sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 235–242.
- Lax, W. D. (1996). Narrative, social constructionism and buddhism. In H. Rosen & K. Kuehlwein (Eds.), *Constructing realities: meaning making perspectives for psychotherapists*. San- Francisco: Jossey-Bass.
- Lichtenthal, W., Cruess, D., & Prigerson, H. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662.
- Maccallum, F. & Bryant, R. (2008). Self-defining memories in complicated grief. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1311–1315.
- Machado, B., Gonçalves, O., Machado, P., Henriques, M., Brandão, I., Torres, A. (2005) Anorexia nervosa e construção de significado: Validação divergente de uma narrativa protótipo. *Comportamento Alimentar*, 2 (4), 1-12.
- Maia, A. (1998). *Narrativas Protótipo e Organização do Conhecimento da Depressão*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Minho, Braga-Portugal.
- Manita, C. (2001). Evolução das significações em trajetórias de droga-crime (II): novos sentidos para a intervenção psicológica com toxicodependentes. *Toxicodependências*. 7, 59-71.
- Moreira, F. (2010). *Narrativa Protótipo do Luto Complicado na População Portuguesa*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, Gandra-Portugal.
- Neimeyer, R. (2000). Narrative disruptions and the construction of the self. In R. Neimeyer & J. Raskin (Eds.). *Constructions of disorder*. Washington: American Psychological Association Press.

- Neimeyer, R. (2001). Reauthoring life narratives: Grief therapy as meaning reconstruction. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 171–183.
- Neimeyer, R., Prigerson, H. G., & Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist*, 46, 235–251.
- Newson, R., Boelen, P., Hek, K., Hofman, A. & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132, 231–238.
- O'Connor, M., Allen, J., & Kaszniak, A. (2002). Autonomic and Emotion Regulation on Bereavement and Depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 183-185.
- Ogrodniczuk, J., Piper, W., Joyce, A., Weideman, R., McCallum, M., Azim, H. & Rosie, J. (2003). Differentiating Symptoms of Complicated Grief and Depression among Psychiatric Outpatients. *Canadian Journal Psychiatry*, 48, 87-93.
- Parker, I.(1992). *Discourse Dynamics: Critical analysis for social and individual psychology*. London: Routledge
- Parkes, C.(2002). Grief: Lessons from the past, visions for the future. *Death Studies*, 26, 367-385.
- Pennebaker, J.(1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 539–548.
- Prigerson, H., & Jacobs, S. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 613-645). Washington: American Psychological Association.
- Prigerson, H., Bierhals, A., Kasl, S., Reynolds, C., Shear, M., Newsom, J., & Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1484–1486.

- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S., Wortman, C., Neimeyer, R., Bonanno, G., Block, S., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B., Johnson, J., First, M. & Maciejewskib, P. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6, 100-121.
- Prigerson, H., Maciejewskib, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newsome, J., Fasiczkaa, A., Frank, E., Domana, J. & Millera, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Prigerson, H., Shear, M., Jacobs, S., Reynolds, C., Maciejewski, P., Davidson, J., Rosenheck, R., Pilkonis, P., Wortman, C., Williams, J., Widiger, T., Frank, E., Kupfer, D. & Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., & Maciejewski, P. K. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 165-186). Washington: American Psychological Association Press.
- Raphael, B., Minkov, C., & Dobson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & Schut (Eds.) *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 587-612). Washington: American Psychological Association.
- Rebelo, J. (2005). *Importância da entreaajuda no apoio a pais em luto*. *Análise Psicológica*, 4(23), 373-380.
- Reissman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rennie, D. (1994) Storytelling in psychotherapy: the clients subjective experience. *Psychotherapy*, 31(2), 163-186.
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde*. 2ª Edição Legis Editora: Porto.

- Sá, M. (2009). *Narrativa Protótipo do Luto na População Portuguesa*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, Gandra-Portugal.
- Shear, M.D; Simon, M.D.; Wall, M.; Ph.D.; Zisook, S.; R. Neimeyer, Duan, N.; Reynolds, C.; Lebowitz, B.; Sung, S.; Ghesquiere, A.; Gorscak, B.; Clayton, P.; Ito, M.; Nakajima, S.; Konishi, T.; Melhem, N.; Meert, K.; Schiff, M.; Mary-Frances O'Connor, M.; First, M.; Sareen, J.; Bolton, J.; Skritskaya, N.; Mancini, A.; Keshaviah, A. (2011) Complicated Grief and Related Bereavement Issues For DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 103-117.
- Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E. & Sillowash, C. (2007). An Attachment-based Model of Complicated Grief including The Role of Avoidance. *Archive Psychiatry Clinical Neuroscience*, 257, 453-461.
- Shuchter, S. R., & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Silva, T. (2010). *Luto Complicado e Regulação Emocional em Doentes Psiquiátricos*. Dissertação de Mestrado, não publicada, Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, Gandra-Portugal.
- Silverman, G., Jeffrey, J. & Prigreson, H. (2001). Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38(3-4), 202-215.
- Simon, N., Shear, K., Thompson, E., Zalta, A., Pearlman, C., Reynolds, C., et al. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 395-399.
- Simon, N.; Wall, M.; Keshaviah, A.; Taylor Dryman, B.A; LeBlanc, B.S., Shear, K. (2011) Informing The Symptom profile of Complicated Grief. *Depression and Anxiety*, 28, 118-126.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

- Stroebe, M. (2001). Bereavement research and theory: retrospective and prospective. *American Behavioral Scientist*, 44(5), 854-865.
- Stroebe, M., & Hansson, R. (2001). *Handbook of Bereavement Research: Consequences, coping, and care*. Washington: 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.
- 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(3-4), 185-201.
- Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*. 63, 2440 -2451.
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description. *Death Studies*, 23(3), 197-224.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. In M. Srtoebe, R. Hansson, W. Stroebe, & M. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 63-88). Washington: American Psychological Association.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9, 48-66.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2000). Trauma and Grief: A Comparative Analysis. In J. H. Harvey (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp. 81-96). Philadelphia: Brunnel/Mazel.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370, 1960-1973.

- Stroebe, M., Van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., Van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, 20(1), 57–75.
- Stroebe, M., Van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., Van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, 20 (1), 57–75.
- Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G., & Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1241–1249.
- Viederman, M. (1995). Grief: Normal and Pathological Variants. *American Journal Psychiatry*, 152(1), 1-4.
- Wagner, B. (2006). *Internet-based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief*. (Unpublished doctoral dissertation). University of Zurich: Zurich.
- Weathers, F. W., Ruscio, A., Reane, T. (1999). Psychometric Properties of Nine Scoring Rules for The Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. *Psychological Assessment*, 11(2), 124-133.
- Worden, J. W. (1991). *Bereavement counseling and bereavement therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.
- Worden, J. W. (2008). *Grief Counseling and Grief Therapy: Handbook for the Mental Health Practitioner (4<sup>th</sup>)*. Springer Publishing Company: United States.





# **Anexos**

## **Anexo I: Consentimento Informado ARS -Norte**

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA

# Validação de Metodologias de Diferenciação Clínica entre Luto Saudável e Luto Complicado

**Autores:** Rosy Virgiana Sousa (aluna do Mestrado Psicologia Clínica e Saúde do Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte) e Doutor Professor José Carlos Rocha do Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte (ISCSN) (Orientador académico, coordenador da Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UnIPSa) e docente do ISCSN)

### **O que é a Narrativa do Luto Complicado (LC)**

O LC surge quando a pessoa não consegue vivenciar as fases da perda de um ente querido de uma forma natural. A pessoa não consegue ultrapassar essa fase do luto e esta prolonga-se no tempo condicionando e interferindo com a vida e o estado emocional da pessoa. É a partir da linguagem, do modo como narramos, que conseguimos exprimir o que experienciamos e simultaneamente fornecemos um significado da própria experiência de luto complicado. Assim, a narrativa do LC refere-se ao modo como as pessoas experienciam e dão significado à perda de um ente querido.

### **O que é o ICG?**

O ICG é o Inventário de Luto Complicado, um instrumento de avaliação clínica de Luto de Luto Complicado.

### **Porquê validar a Narrativa do LC e Calcular o Ponto de Corte do ICG?**

Ao validarmos a narrativa do LC contribuímos uma maior e melhor compreensão das experiências de luto complicado e do modo como as pessoas organizam narrativamente as suas experiências significativas no processo de luto Complicado. Além disso, a existência de estudos nesta área contribuirão para que o Luto Complicado seja considerado pela Associação Americana de Psiquiatria, uma psicopatologia grave, de especial atenção referenciada na próxima edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM-5).

### **Como validar e Calcular?**

Para validamos a narrativa do LC e calcularmos o ponto de corte do ICG, o participante irá ser sujeito a uma pequena entrevista onde serão aplicados o questionário sociodemográfico, Inventário de Luto Complicado (ICG).

Numa segunda entrevista, será aplicado a Entrevista de Diagnóstico Clínico de Luto Complicado (EDCLC) e os questionários da validação da narrativa do LC. A primeira entrevista terá a duração de 5 minutos e a segunda terá a duração máxima de 45 minutos. Todo o procedimento será realizado num espaço calmo e seguro.

### **Quem pode participar no estudo?**

Todas as pessoas que:

- Consentirem participar no estudo,
- Sejam maiores de 18 anos,
- Tenham perdido um ente querido  $\geq 6$  meses,
- Tenham escolaridade mínima de primeiro ciclo (4<sup>o</sup> ano/classe).

### **Quem não pode participar no estudo?**

Todas as pessoas que nunca tenham sofrido perdas por luto e que apresentem uma perturbação psiquiátrica ou neurológica que comprometa a coerência e fluência verbal do discurso verbal.

**Todos os dados recolhidos são confidenciais, não podendo ser usados para outros fins. É igualmente garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afecte os cuidados a prestar ao participante.**

## **Anexo II: Consentimento Informado para Outras Instituições**



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Actualmente, apesar de se verificar um aumento de investigações sobre o Luto. Existe ainda um grande vazio no que se refere ao estudo de critérios e características do Luto Complicado. Como tentativa de diminuir essa falta, esta investigação tem como principal objectivo, aprofundar o conhecimento no diagnóstico de Luto Complicado e no modo como as pessoas narram as suas experiências de perda. Para tal, é pedido o preenchimento das questões anexadas a este termo. Todos os dados recolhidos são confidenciais, não podendo ser usados para outros fins.

Assim, após ser devidamente informado(a) sobre os objectivos e protocolo de investigação, declaro que aceitei de livre vontade fazer parte do estudo que está a ser realizado pela Unidade de Investigação em Psicologia Clínica e Saúde (Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte - UnIPSa).

*(Rubrica)*

---

Obrigado pela sua colaboração

## **Anexo III: Protocolo de Avaliação**

## Questionário Sociodemográfico

Este questionário refere-se ao “Luto”, como uma situação de perda de alguém significativo podendo ser familiar directo ou indirecto; amigo; colega; conhecido; celebridade; animal de estimação, etc.

### Identificação

**Data de Nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Naturalidade:** \_\_\_\_\_ **Residência:** \_\_\_\_\_

**Habilitações Literárias:** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_ (facultativo)

**Instituição:** \_\_\_\_\_

**Tempo de Luto por um ente querido:** \_\_\_\_\_



## EDCLC-Entrevista de Diagnóstico Clínico de Luto Complicado

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

As perguntas seguintes referem-se ao “Luto”, ou seja, uma situação de perda de alguém significativo podendo ser familiar directo ou indirecto, amigo, colega, conhecido, celebridade, animal de estimação, etc. Este instrumento de ser aplicado pelo profissional de saúde ao utente que deverá ter em conta que algumas destas questões podem fazer lembrar momentos e situações incómodas que envolvem sentimentos e emoções. Assim cabe ao participante seleccionar o que vai falar. À medida que avançarmos se este se sentir incomodada/o e quiser parar com a entrevista, pode fazê-lo.

### Critério A. Luto (perda de um outro significativo)

1. Viveu a perda de uma pessoa significativa?

Sim

Não

### Critério B. Separação e Angústia

2. Pensa diariamente nessa pessoa?

Sim

Não

3. Sente saudades e sente a falta dessa pessoa todos os dias?

Sim

Não

4. Os pensamentos, as saudades e a falta dessa pessoa afectam significativamente o seu dia-a-dia?

<b>Nenhuma dificuldade e gravidade</b>	<b>Leve,</b> dificuldade ao realizar as actividades diárias.	<b>Moderada,</b> algumas dificuldades em realizar actividades diárias.	<b>Grave,</b> intensas dificuldades em realizar as actividades diárias.	<b>Extrema incapacidade e gravidade,</b> incapacitando a pessoa de continuar a actividade.
--	---	---	--	---

5. Procura por essa pessoa diariamente?

Sim

Não

6. Procura locais que eram frequentados pela pessoa?

Sim

Não

**a) Se sim, indique o grau de intensidade com que procura esses locais e o grau de influência diária.**

<b>Nenhuma intensidade e gravidade</b>	<b>Leve</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Moderada,</b> (dificultando a realização das actividades diárias)..	<b>Grave,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Extrema intensidade e gravidade,</b> (impedindo a realização das actividades diárias).
--	---	---	---	--

7. Sente todos os dias sofrimento físico ou emocional por não encontrar essa pessoa?

Sim  Não

a) Se **sim**, indique o grau de intensidade em que apresenta essa dor e angústia.

<b>Nenhuma intensidade e gravidade</b>	<b>Leve</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Moderada</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Grave</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Extrema intensidade e gravidade</b> (impedido a realização das actividades diárias).
--	---	---	--	---

**Critério C.** A pessoa deve apresentar cinco ou mais dos seguintes sintomas experienciados no seu quotidiano ou de modo incapacitante: - Confusão sobre o seu próprio papel na vida ou a percepção de si diminuída; Dificuldade em aceitar a perda; Evitar pensar na pessoa que faleceu; Incapacidade de confiar nos outros após a perda; Amargura ou raiva relacionada à perda; Dificuldade em ter novas perspectivas de vida após a perda (p.e., fazer novos amigos, procurar novos interesses; Anedonia (ausência de emoção) após a perda; Sentir que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem sentido após a perda; Sentir-se atordoado e chocado com a perda.

8. Sente-se desorientado, confuso quando realiza as actividades do dia-a-dia?

Sim  Não

a) Se **sim**, indique o grau de intensidade relacionado com a sensação de desorientação.

<b>Nenhuma intensidade</b>	<b>Leve</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Moderada</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Grave</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Extrema intensidade e gravidade</b> (impedindo a realização das actividades diárias).
----------------------------	---	---	--	--

9. Tem a sensação de que parte de si se perdeu com a pessoa que faleceu?

Sim  Não

a) Se **sim**, indique o grau de intensidade em que apresenta essa sensação.

<b>Nenhuma intensidade e gravidade</b>	<b>Leve,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Moderada,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Grave,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Extrema intensidade e gravidade,</b> (impedindo a realização das actividades diárias).
--	--	--	---	--

10. Custa-lhe aceitar a perda dessa pessoa?

Sim  Não

a) Se **sim**, indique o grau de intensidade que apresenta essa rejeição do seu dia-a-dia.

<b>Nenhuma intensidade e gravidade</b>	<b>Leve,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Moderada,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Grave,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Extrema intensidade e gravidade,</b> (impedindo a realização das actividades diárias).
--	--	--	---	--

11. Evita muitos dos lugares para não ter lembranças da pessoa que partiu?

Sim     Não

a) Indique a frequência que evita tais lugares.

<b>0. Nunca</b>	<b>1. Uma ou duas vezes por semana</b>	<b>2. Três ou quatro vezes por semana</b>	<b>3. Várias vezes por semana</b>	<b>4. Diariamente ou quase todos os dias</b>
-----------------	--	---	-----------------------------------	--

b) Se sim, indique o grau de intensidade em que apresenta essa sensação.

<b>Nenhuma intensidade e gravidade</b>	<b>Leve,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Moderada,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Grave,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Extrema intensidade e gravidade,</b> (impedindo a realização das actividades diárias).
--	--	--	---	--

12. Sente que após a morte dessa pessoa querida perdeu a confiança nos outros?

Sim     Não

Se sim, indique o grau de desconfiança no seu dia-a-dia?

<b>Nenhuma desconfiança</b>	<b>Leve,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Moderada,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Grave,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Extrema desconfiança,</b> (impedindo a realização das actividades diárias).
-----------------------------	--	--	---	---

13. Sente-se revoltado com a morte dessa pessoa?

Sim     Não

14. Sente -se amargo e com raiva quando pensa na pessoa que perdeu?

Sim     Não

a) Se sim, quando se sente amargo ou com raiva tem comportamentos agressivos?

Sim     Não

b) Indique a frequência com que sente tais sentimentos.

<b>0. Nunca</b>	<b>1. Uma ou duas vezes por semana</b>	<b>2. Três ou quatro vezes por semana</b>	<b>3. Várias vezes por semana</b>	<b>4. Diariamente ou quase todos os dias</b>
-----------------	--	---	-----------------------------------	--

c) Indique o grau de intensidade em que apresenta esses sentimentos.

<b>Nenhuma intensidade e gravidade</b>	<b>Leve,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Moderada,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Grave,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Extrema intensidade e gravidade,</b> (impedindo a realização das actividades diárias).
--	--	--	---	--

15. Desde a morte do seu ente querido tem sido difícil fazer novas amizades e conviver com o seu círculo de amigos?

Sim     Não

a) Se sim, indique o grau de intensidade que apresenta essas dificuldades.

<b>Nenhuma intensidade e gravidade</b>	<b>Leve,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Moderada,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Grave,</b> (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Extrema intensidade e gravidade,</b> (impedindo a realização das actividades diárias).
--	--	--	---	--

16. Sente-se sem expectativas de vida, agora que não tem essa pessoa do seu lado?

Sim     Não

a) **Se sim**, indique o grau de intensidade de falta de expectativas.

Muitíssimas expectativas futuras	Leve, muitas expectativas futuras	Moderada, algumas expectativas futuras	Grave, e poucas expectativas futuras	Sem expectativas futuras de vida
----------------------------------	-----------------------------------	--	--------------------------------------	----------------------------------

17. Consegue sentir alegria, satisfação, entusiasmo em outras situações do seu dia-a-dia?

Sim  Não

a) Indique a frequência em que sente alegria e satisfação.

0. Nunca	1. Uma ou duas vezes por semana	2. Três ou quatro vezes por semana	3. Várias vezes por semana	4. Diariamente ou quase todos os dias
----------	---------------------------------	------------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

b) Indique o grau de intensidade com que sente alegria, satisfação ou entusiasmo

Nenhuma intensidade	Leve	Moderada	Grave	Extrema intensidade
---------------------	------	----------	-------	---------------------

18. Sente que a sua vida não faz sentido após a morte dessa pessoa?

Sim  Não

a) **Se sim**, indique o grau de intensidade que apresenta tal pensamento.

Nenhuma intensidade e gravidade	Leve, (dificultando a realização das actividades diárias).	Moderada, (dificultando a realização das actividades diárias).	Grave, (dificultando a realização das actividades diárias).	Extrema intensidade e gravidade, (impedindo a realização das actividades diárias).
---------------------------------	--	--	---	--

19. Sente-se só e com sensação de vazio após a morte dessa pessoa?

Sim  Não

a) Indique a frequência que apresenta essa sensação.

0. Nunca	1. Uma ou duas vezes por semana	2. Três ou quatro vezes por semana	3. Várias vezes por semana	4. Diariamente ou quase todos os dias
----------	---------------------------------	------------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

b) **Se sim**, indique o grau de intensidade que apresenta tal sensação.

Nenhuma intensidade e gravidade	Leve, (dificultando a realização das actividades diárias).	Moderada, (dificultando a realização das actividades diárias).	Grave, (dificultando a realização das actividades diárias).	Extrema intensidade e gravidade, (impedindo a realização das actividades diárias).
---------------------------------	--	--	---	--

20. Sente-se chocado atordoado com a perda?

Sim  Não

a) **Se sim**, indique o grau de intensidade que apresenta tal sensação.

Nenhuma intensidade e gravidade	Leve, (dificultando a realização das actividades diárias).	Moderada, (dificultando a realização das actividades diárias).	Grave, (dificultando a realização das actividades diárias).	Extrema intensidade e gravidade, (impedindo a realização das actividades diárias).
---------------------------------	--	--	---	--

**Critério D. Tempo após perda (≥ 6 meses)**

21. Há quanto tempo perdeu essa pessoa?

**Critério E. Comprometimento das capacidades diárias (pessoais, higiénicas, domésticas, sociais, profissionais)**

22. Nos últimos meses tem tido alterações significativas na sua vida profissional, social e Ocupacional devido a essa perda?

a) Se **sim**, indique o grau de significância dessas alterações.

<b>Nenhuma</b> significância	<b>Leves</b> , alterações nas actividades diárias	<b>Moderadas</b> , alterações nas actividades diárias	<b>Graves</b> , alterações nas actividades diárias	<b>Total alteração</b> das actividades diárias.
------------------------------	---	---	--	---

23. Nos últimos meses, tem-se isolado das pessoas?

a) Se **sim**, indique o grau de intensidade do seu isolamento.

<b>Nenhum</b> isolamento	<b>Leve</b> isolamento, mas sem comprometimento nas actividades diárias	<b>Moderado</b> isolamento, algum comprometimento nas actividades diárias	<b>Grave</b> isolamento, fortes comprometimentos nas actividades diárias	<b>Total</b> comprometimento nas actividades diárias.
--------------------------	---	---	--	---

24. Sente-se desinteressado por novos projectos, novas tarefas que poderá desempenhar?

a) Se **sim**, indique o grau de intensidade do seu desinteresse.

<b>Nenhuma intensidade e gravidade</b>	<b>Leve</b> , (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Moderada</b> , (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Grave</b> , (dificultando a realização das actividades diárias).	<b>Extrema intensidade e gravidade</b> (impedindo a realização das actividades diárias).
--	--	--	---	--

**Critério F. Esta perturbação é melhor explicada pelas perdas vividas e não por outras perturbações tais como, Depressão Major, Perturbação de Ansiedade Generalizada ou Pós-stress traumático.**

**(Este critério deve ser apenas preenchido pelo Profissional de Saúde)**

25. Os sintomas e características apresentadas pelo utente identificam a presença de luto Complicado?

26. A sintomatologia actual não é melhor descrita como sendo unicamente Depressão Major, Perturbação de Ansiedade Generalizada ou Pós-stress traumático?

**Resultados Globais (Qualitativos)**

**A. Validade Global das Respostas dadas** (factores que influenciaram a entrevista tal como o comportamento do entrevistador, o estado mental do sujeito, problemas de concentração, compreensão)

<b>Excelente</b> , não existe razão para duvidar das respostas obtidas	<b>Bom</b> , existem factores que podem prejudicar a entrevista	<b>Suficiente</b> , existem factores que prejudicaram a entrevista	<b>Mau</b> , os factores interferiram gravemente na validade das respostas	<b>Muito Mau</b> , respostas invalidadas
--	---	--	--	--

**B. Gravidade Global da Perturbação** (grau de sofrimento subjectivo, grau de comprometimento funcional, comportamentos em entrevista, e tipo de entrevista)

<b>Nenhum sintoma clinicamente significativo</b> (nenhuma angústia ou comprometimento funcional)	<b>Leve</b> , desconforto mínimo ou moderado com comprometimento funcional mínimo	<b>Moderado</b> , angústia e comprometimento funcional definido, contudo ainda satisfatório	<b>Grave</b> , com muitas dificuldades emocionais com alto grau de comprometimento funcional	<b>Extremo</b> , extremas dificuldades com duas ou mais áreas do funcionamento afectadas
---	---	---	--	--

### Folha de Cotação EDCLC

Nome: \_\_\_\_\_ Nº do Processo: \_\_\_\_\_

Psicólogo (a): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Critério A. Perda (resposta afirmativa ao item 1)

#### Critério B. Angústia e Separação (Resposta afirmativa a pelo menos um dos itens em cada sintoma)

	Sintomatologia (pelo menos um dos itens deve ter uma resposta afirmativa)	Frequência, Intensidade e Gravidade (Pontuação 0 no caso da resposta ser Nenhuma frequência, intensidade ou gravidade)
Desejo de procura da pessoa falecida	(Item 2 e 3)	(Item 4)
Procura da pessoa falecida	(Item 5 e 6)	(Item 6a)
Sofrimento físico e emocional pela perda	(Item 7)	(Item 7a)
Somatório máximo do critério B	<b>8</b>	
Mínimo para presença de critério B	<b>4</b>	

#### Critério C. A pessoa em luto deve apresentar cinco ou mais dos seguintes sintomas experienciados no seu quotidiano:

	Sintomatologia (pelo menos um dos itens deve ter uma resposta afirmativa)	Frequência, Intensidade e Gravidade (Pontuação 0 no caso da resposta ser Nenhuma frequência, intensidade ou gravidade, excepto 16a)
Confusão sobre o seu próprio papel na vida ou Percepção de si mesmo diminuída	(Item 8 e 9)	(Item 8 a; 9 a)
Dificuldade em aceitar a perda	(Item 10)	(Item 10 a)
Evitar pensar na pessoa que faleceu	(Item 11)	(Item 11 a e b)
Incapacidade de confiar nos outros após a perda	(Item 12)	(Item 12 a)
Amargura ou raiva relacionada à perda	(Item 13,14)	(Item 14 a, b e c)
Dificuldade em ter novas perspectivas de vida após a perda	(Item 15 e 16)	(Item 15a; 16a invertido)
Anedonia (ausência de emoção) após a perda	(Item 17)	(Item 17 a e b)
Sentir que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem sentido após a perda	(Item 18,19)	(Item 18 a; 19 a e b)
Sentir-se atordoado e chocado com a perda	(Item 20)	(Item 20 a)
Somatório máximo do critério C	<b>28</b>	
Mínimo para presença de critério C	<b>10</b>	

#### Critério D. Tempo após perda ( $\geq 6$ meses) (item 21)

Não

Sim

Sim - 1  
 Não -0

Somatório máximo do critério D 1

Mínimo para presença de critério D 1

<b>Critério E. Comprometimento das capacidades diárias (pessoais, higiénicas, domésticas, sociais, profissionais)</b>			
	<b>Sintomatologia</b> (pelo menos um dos itens deve ter uma resposta)		<b>Frequência, Intensidade e Gravidade</b> (Pontuação 0 no caso da resposta ser <b>Nenhuma</b> frequência, intensidade ou gravidade)
Comprometimento das capacidades domésticas e profissionais	<b>(Item 22)</b>		<b>(Item 22 a)</b>
Comprometimento das capacidades sociais	<b>(Item 23, 24)</b>		<b>(Item 23 a; 24 a)</b>
Somatório máximo do critério E		<b>6</b>	
Mínimo para presença de critério E		<b>3</b>	

<b>Critério F. Esta perturbação não deve ser melhor explicada por outras perturbações tais como, Depressão Major, Perturbação de Ansiedade Generalizada ou Pós-stress traumático.</b>		
	<b>Cumpre Critério</b>	<b>Não cumpre Critério</b>
Os sintomas e características apresentadas pelo utente identificam a presença de luto Complicado (item 25 Obrigatório)		
A sintomatologia actual é melhor descrita como sendo unicamente Depressão Major, Perturbação de Ansiedade Generalizada ou Pós-stress traumático (item 26 Obrigatório)	<b>Cumpre Critério</b>	<b>Não cumpre Critério</b>

<b>Resultados</b>						
	<b>Critério A</b>	<b>Critério B</b>	<b>Critério C</b>	<b>Critério D</b>	<b>Critério E</b>	<b>Critério F</b>
<b>Com Luto Complicado</b>	1	≥ 4	≥10	1	≥ 3	2
<b>Sem Luto Complicado</b>	0	≤4	≤10	0	≤3	≤1

<b>Total EDCLC:</b> _____
<b>Ausência de Luto complicado</b> <input type="checkbox"/>
<b>Presença de luto Complicado</b> <input type="checkbox"/>



## Questionário de Validação Convergente da Narrativa Protótipo

A narrativa seguidamente apresentada é uma experiência de vida narrada. É possível que nunca tenha passado por tai experiência, contudo, gostaríamos que as lesse e indicasse o grau de relação com a sua vida, isto é, até que ponto a narrativa corresponde a uma história que poderia ser sua.

Indique o grau de relação de cada história consigo, numa escala de cinco pontos, em que “1” corresponde a “nenhuma relação com a sua vida” e ”5” representa “total relação com a minha vida”.

### Narrativa Protótipo

*“Estou aqui no funeral, rodeada de pessoas, mas é como se estivesse só eu. Ele(a) também está aqui. Olho para o caixão e vejo-o(a) ali deitado, inerte...morto(a). Sinto uma revolta enorme que me leva a querer gritar “porquê?”. Porquê é que eu tinha que o perder? Sinto medo. Olho para o seu rosto pálido, e sou invadido(a) por uma angústia e uma dor avassaladora. Fico ali paralisado(a) e começo a chorar. Sinto uma tristeza profunda, que parece que nunca mais vai desaparecer. Sinto-me só e nada me consola. Tenho saudades dele(a). Nada faz sentido, mas tenho que aceitar que ele(a) morreu e que eu o(a) perdi. Para eu poder continuar tenho que aprender a lidar com esta dor e compreender o que se passou de forma a encontrar sentido!”*

- 1- Nenhuma relação com a minha vida.
- 2- Alguma relação com a minha vida.
- 3- Tem relação com a minha vida.
- 4- Muita relação com a minha vida.
- 5- Total relação com a minha vida.

## Questionário de Validação Divergente da Narrativa Protótipo

As narrativas seguidamente apresentadas são histórias que correspondem a diferentes experiências de vida. É possível que nunca tenha passado por tais experiências, contudo, gostaríamos que as lesse e indicasse o grau de relação com a sua vida, isto é, até que ponto a narrativa corresponde a uma história que poderia ser sua. Indique o grau de relação de cada história consigo, numa escala de cinco pontos, em que “1” corresponde a “nenhuma relação com a sua vida” e “5” representa “total relação com a minha vida”.

### Narrativa Protótipo

*“Estou aqui no funeral, rodeada de pessoas, mas é como se estivesse só eu. Ele(a) também está aqui. Olho para o caixão e vejo-o(a) ali deitado, inerte...morto(a). Sinto uma revolta enorme que me leva a querer gritar “porquê?”. Porquê é que eu tinha que o perder? Sinto medo. Olho para o seu rosto pálido, e sou invadido(a) por uma angústia e uma dor avassaladora. Fico ali paralisado(a) e começo a chorar. Sinto uma tristeza profunda, que parece que nunca mais vai desaparecer. Sinto-me só e nada me consola. Tenho saudades dele(a). Nada faz sentido, mas tenho que aceitar que ele(a) morreu e que eu o(a) perdi. Para eu poder continuar tenho que aprender a lidar com esta dor e compreender o que se passou de forma a encontrar sentido!”*

- 1- Nenhuma relação com a minha vida.
- 2- Alguma relação com a minha vida.
- 3- Tem relação com a minha vida.
- 4- Muita relação com a minha vida.
- 5- Total relação com a minha vida.

### Narrativa Protótipo

*“Estou em casa, com os meus familiares e ele(a) acabou de falecer. Encontro-me a olhar para ele(a), está ali deitado sem se mexer. Sinto uma enorme raiva, contra tudo e todos. O desespero é enorme e a dor só se amplifica com o passar dos segundos. O medo começa a invadir-me, “O que vai ser de mim sem ele(a)?” Não, não pode ser. Não posso acreditar que aquilo tenha acontecido com ele(a). “Porquê?” É esta a questão que coloco, “porquê ele(a)?” Desato a chorar e a gritar. Só me apetece fugir dali. Ir para algum lugar em que a morte dele(a) seja mentira. Não quero acreditar. Sinto-me sozinha na minha dor e pior do que isso, sinto-me incapaz. Incapaz de não o ter salvo e incapaz de avançar com algum objectivo no futuro. A raiva continua, persiste. Tanta gente por aí e porquê ele(a)? Ele(a) que nunca fez mal a ninguém. Era uma boa pessoa, enquanto que outros ainda andam por aí fora. Apesar do tempo que passou, ainda sinto bastante a sua falta enquanto que a dor, o sofrimento, também persiste. É difícil viver sem ele(a) e imploro por forças para me conseguir aguentar!”*

- 1- Nenhuma relação com a minha vida.
- 2- Alguma relação com a minha vida.
- 3- Tem relação com a minha vida.
- 4- Muita relação com a minha vida.
- 5- Total relação com a minha vida.

### Narrativa Protótipo

*“A notícia foi-me dada inesperadamente quando estava em casa. Essa pessoa tinha acabado de morrer. Assaltou-me um sentimento de incredulidade. Não poderia ser verdade o que acabava de ouvir. Quando lá cheguei percebi que era de facto verdade. Fiquei paralisado a procurar perceber o que se estava a passar, tentando a todo o custo aceitar a notícia. Comecei então a sentir uma profunda tristeza acompanhada de uma grande revolta. Foi então que decidi ficar sozinho e comecei a chorar. Estava só, triste e também revoltado. Não me apetecia fazer nada, mas simplesmente ficar sozinho na minha tristeza a procurar aceitar e compreender a situação. Fiquei com a sensação de que o mundo desabava sobre*

*mim deixando-me apertado contra mim próprio, incapaz de dar um passo que fosse. Desde esse momento senti-me mais e mais frágil para enfrentar o mundo, com uma grande vontade de desaparecer!”*

- 1- Nenhuma relação com a minha vida.
- 2- Alguma relação com a minha vida.
- 3- Tem relação com a minha vida.
- 4- Muita relação com a minha vida.
- 5- Total relação com a minha vida.

### **Narrativa Protótipo**

*“Era tão nova e de repente estava sozinha. Tinha deixado o hospital onde tinha ficado internada e no caminho para casa comecei a sentir um medo intenso. Durante todo o percurso vim numa grande aflição, sentindo-me insegura a todo o momento. Era como se aquilo que estivesse a viver não fosse a realidade. Chorei durante todo o caminho. O meu corpo estava tenso, sentia tremuras e náuseas. À medida que ai caminhando para casa sentia que não tinha qualquer controlo na minha vida e crescia assim a sensação de abandono. “Porquê eu?”, repetia eu revoltada para mim própria. A partir desse momento só poderia contar comigo própria. Havia para já que chegar a casa e recuperar as forças para vencer um desafio que a vida me impunha. Afinal havia muitas coisas a que eu poderia recorrer. Também no passado eu já tinha ultrapassado outras situações bem difíceis. Havia que procurar apoio de todos aqueles que sempre estiveram comigo e recusar permanecer naquele estado. Ao entrar em casa havia em mim uma grande angústia por perceber que aquilo que me estava a acontecer me ia marcar definitivamente apercebendo-me que afinal as coisas eram bem mais difíceis do que aquilo que eu pensava anteriormente e que o mundo estava cheio de perigos, riscos e desgraças. No entanto isto era também um desafio como muitos outros na minha vida e que eu teria que resolver de agora em diante. Foi com este pensamento que eu acalmei e acabei por adormecer essa noite.”*

- 1- Nenhuma relação com a minha vida
- 2- Alguma relação com a minha vida
- 3- Tem relação com a minha vida
- 4- Muita relação com a minha vida
5. Total relação com a minha vida

### **Narrativa Protótipo**

*“Nesse dia, ao entrar no café, estava pior. Não suportava mais aquela vida e aquela tensão. Em casa as conversas pereciam-me todas iguais. No trabalho era tortura constante dos dias que se seguiam uns aos outros. A pessoa com quem namorava já pouco me dizia para além da conversa papagueada do dia a dia. O café naquele dia parecia uma realidade diferente. O destino parece que me abria de novo as portas. Um grupo de estrangeiros sentava-se ao meu lado na esplanada com as mochilas carregadas espalhadas pelo chão. Discutiam as suas aventuras e viagens por esse mundo fora. Era como se eles estivessem ali por uma força superior. Os meus olhos começaram a arregalar-se e a saliva a crescer. Lentamente fui entrando na conversa quase que levado por um impulso que não podia controlar. As realidades dos seus mundos começaram a tornar-se nas minhas fantasias. Tudo ocorreu num ápice e quando dei comigo já seguia com eles quase como num transe. Deitei tudo para trás para partir para esta aventura que se me ofereceu ao caminho. Com o decorrer do tempo veio o cansaço das viagens. As viagens eram uma oportunidade mas a pouco e pouco iam-se transformando numa rotina. Quando me cansava ia de novo para um lugar e de novo me cansava. Seguia-se uma nova partida. Com as viagens ia conhecendo muitas gentes e lugares mas sentia-me cada vez mais sozinho e sem direcção. Hoje, dou por mim arrastado automaticamente às esplanadas dos cafés pelo mundo a fora, na esperança de que o mundo se abra de novo à minha frente. “*

- 1- Nenhuma relação com a minha vida.
- 2- Alguma relação com a minha vida.
- 3- Tem relação com a minha vida.
- 4- Muita relação com a minha vida.
- 5- Total relação com a minha vida.

### **Narrativa Protótipo**

*“Estava em casa quando a notícia me caiu como uma bomba. Chagava-me a informação que essa pessoa estava a morrer. Só nessa altura tomei consciência da importância que ela tinha para mim e do espaço por preencher que o seu desaparecimento provocaria. Corri para ir vê-la, na esperança de a encontrar com vida. Quando lá cheguei, adivinhei que aquilo que eu temia era uma realidade, as pessoas todas vestidas de preto e eu percebi que era tarde de mais. Assaltou-me então um sentimento de tristeza profunda. Estava profundamente só e triste. Ao mesmo tempo havia em mim uma forte tensão que me trazia um desejo muito forte de ultrapassar o mais depressa possível aquela situação e de sair dali para fora. A tristeza e a tensão que sentia provocaram-me uma necessidade urgente de que aquele momento desaparecesse rapidamente. Não consegui reter as lágrimas e comecei a chorar. As lágrimas embaciavam-me a vista e acentuavam ainda mais a cortina que me separava de tudo o que se passava. Fugi desesperadamente pelos corredores e desci a escada a toda a velocidade. À medida que escapava da situação tornava-se cada vez mais clara a minha tristeza e foi então que me apercebi da minha solidão. Estava agora sozinho no mundo. Percebo hoje que este episódio marcou uma viragem decisiva na minha vida, a partir do qual nada ficou como dantes. Esta viragem foi também o início do desmoronamento. Foi como se as paredes onde tudo estava alicerçado comessem a desfazer-se em pó. Nada ficou como dantes!”*

- 1- Nenhuma relação com a minha vida.
- 2- Alguma relação com a minha vida.
- 3- Tem relação com a minha vida.
- 4- Muita relação com a minha vida.
- 5- Total relação com a minha vida.

## **Anexo IV: Artigo 1**

# Diferenciação Quantitativa entre o Luto Saudável e Complicado

Virgiana Sousa<sup>1</sup>, José Carlos Rocha<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Researcher, UnIPSa, Portugal

<sup>2</sup> Research Unit Coordinator, UnIPSa-CICS, Portugal



## **Resumo**

O processo de Luto Saudável (LS) é um processo natural, saudável, inerente à perda de alguém significativo e consiste na capacidade de lidar com as diversas manifestações do processo de luto, sem que este influencie negativamente o percurso de vida e não seja necessário a recorrência à ajuda profissional especializada (Golden & Dalgleish, 2010; Stroebe, Schult & Finkenauer, 2001). Contrariamente, o Luto Complicado (LC) implica a afectação das capacidades funcionais do indivíduo, impedindo-o de regressar ao seu estado de funcionamento anterior à perda. Este fenómeno encontra-se presente quando o processo de luto diverge do que é culturalmente normativo, quanto à duração, sintomas e intensidade do luto (Prigerson et al., 1995). Apesar da existência de várias definições e características para o LS e LC, não existe um consenso entre a literatura. Perante a necessidade em criar metodologias de diferenciação clínica entre o luto saudável e complicado, esta investigação pretende realizar o cálculo do ponto de corte do ICG (Complicated Grief Inventory) através da Entrevista de Diagnóstico Clínico de Luto Complicado (EDCLC), construída para o efeito.

**Método:** Foram avaliados 73 participantes, 62 mulheres, 11 homens, com idade média de 23,00 (dp=25,8). Para a avaliação da amostra foram precisos, um questionário sociodemográfico, o Inventário de Luto Complicado (ICG) e a EDCLC.

**Resultados:** O estudo do cálculo do ponto de corte do ICG demonstrou que, o ponto de corte calculado nesta amostra portuguesa é  $\geq 30$ .

**Limitações:** A limitação deste estudo é relativa à amostra, uma vez que não foi possível realizar o emparelhamento das características da amostra.

**Conclusões:** A pertinência da validação das metodologias de diferenciação revelou-se através dos dados obtidos. Deste modo, espera-se que os resultados aumentem o conhecimento sobre as metodologias de diferenciação entre o luto saudável e o luto complicado

**Palavras-chave:** Metodologia Quantitativa; Ponto de Corte; ICG; EDCLC; LS; LS.

## **Introdução**

### *1. Luto Saudável Versus Luto Complicado*

A perda de alguém significativo pode ser vivenciada de um modo diferente de pessoa para pessoa pelo que é frequente a existência de um período de elevado stress, associado a reacções físicas, psicológicas, tal como sentimentos de culpa, arrependimento e solidão relacionados com o sofrimento da perda (Stroebe, Schut & Stroebe, 2000). Este período de adaptação à perda pode tornar-se um problema de saúde mental quando atinge níveis de complexidade pouco comuns ao longo da vida (Prigerson et al, 2009).

Segundo Stroebe, Schut & Stroebe (2000) o processo de Luto Saudável (LS) atinge a proporção de Luto Complicado (LC), quando se observam níveis acentuados de sintomatologia causando uma deterioração significativa nas diferentes áreas em que o indivíduo se insere. O LC é um conjunto de várias complicações físicas e mentais, relacionadas com o processo de luto (Lichtenhal, Cruess, & Prigerson, 2004).

Embora existam critérios que definem o LC como uma perturbação mental, a sua aplicação diagnóstica levanta algumas polémicas, uma vez que não é uma categoria de diagnóstico descrita nos manuais de saúde mental tal como, DSM-IV TR (Manual de diagnóstico e estatística das doenças mentais) e CID-10 (Classificação Internacional de Doença). Deste modo, o diagnóstico do LC é utilizado apenas para orientação clínica, dando especial atenção à duração da sintomatologia (igual ou superior a seis meses) e ao aparecimento significativo de mal-estar na vida do indivíduo (Neymeyer, Prigerson & Davies, 2002).

### *2. Instrumentos Quantitativos de Avaliação no Luto Complicado*

Actualmente são alguns os instrumentos que tentam avaliar o LC como um quadro nosológico, mas são escassos, aqueles que se afirmam na prática clínica como instrumentos fiáveis de avaliação do LC.

O primeiro instrumento de avaliação do LC foi o “*Inventory Complicated Grief*” (ICG), construído por Prigerson et al. (1995). O desenvolvimento desta medida de diagnóstico do LC e, consequentemente, a sua especificidade, sua fidelidade, sua validade e seu valor preditivo foi fundamental para a criação e desenvolvimento dos critérios de diagnóstico para o LC (Prigerson, Bierhals, Kasl et al., 1996; Prigerson et al., 1995).

O Inventário de Luto Complicado (*Inventoy of Complicated Grief - ICG*) é um instrumento de avaliação de sintomas de luto, pelo que realiza a diferenciação entre LC ( $ICG_{total} > 25$ ) e sem LC, sendo composto por dezanove itens, numa escala tipo *Likert* [0- 4] (0 = “nunca”; 1 = “raramente”; 2 = “às vezes”; 3 = “muitas vezes”; 4= “sempre”) (Prigerson, *et al.*, 1995).

Apesar do ICG se assegurar como um instrumento preciso na diferenciação e avaliação de casos do LC, existem algumas considerações realizadas e que se tornam pertinentes nesta investigação. A primeira consideração diz respeito à população envolvida na validação do ICG e por isso, a “*realização de estudos que repliquem as conclusões preliminares desta escala em indivíduos mais jovens*” (Prigerson *et al.*, 1995, pp. 76). Esta consideração realizada por Prigerson *et al.* (1995) tornou-se uma crítica referente à validação do instrumento. Shear *et al.* (2011) afirma que a amostra usada por Prigerson *et al.* (1995) não é uma amostra que abarca todas as faixas etárias, mais ou menos escolarizadas e com diversos lutos. Além disso, apenas 28 dos participantes apresentaram LC.

Outra consideração a ter em conta segundo Prigerson *et al.* (1995) é a “*necessidade de maior validação do mesmo instrumento*” (pp. 75). Shear *et al.* (2011) e Simon *et al.* (2011) afirmam que a análise factorial do ICG em participantes com valores alto de LC pode indicar a existência de múltiplos factores e neste sentido, consideram necessárias análises mais profundas ao instrumento para que se possa identificar critérios de diagnóstico precisos para o LC. Também deve ser tido em consideração que no estudo de Prigerson *et al.* (1995) foram estudados 70 indivíduos enlutados ( $M=66.90$ ;  $dp=6.15$ ;  $n=19$  (sexo masculino);  $n=51$  (sexo feminino): em comparação a 27 indivíduos sem luto ( $M=81.63$ ;  $dp=6.15$ ) 7 do sexo masculino e 20 do sexo feminino.

A consideração de  $ICG_{total} > 25$  foi calculado de acordo com o percentil e discrimina assim 20% ( $n=13$ ) da amostra do estudo original que experienciaram dificuldades em termos sociais, ao nível mental e funcionamento geral em relação à perda em comparação aos sujeitos que se situavam abaixo e na fronteira ( $n=52$ ;  $M=17.74$ ,  $dp=12.42$ ) (Prigerson *et al.*, 1995). Esta análise do ponto de corte feita através do percentil permitiu estabelecer que os participantes *a priori* com LC obtiveram resultados superiores a 25, com base numa premissa epidemiológica em que 20% das pessoas sofreriam de LC. Os participantes que obtiveram resultados superiores a 25 apresentaram níveis significativos nas várias áreas da saúde física, mental e comprometimento social. No entanto, a análise realizada através do percentil de 20% numa curva de distribuição normal não se encontra devidamente fundamentada nem justificada no artigo (Prigerson *et al.*, 1995) de validação publicado. É

importante salientar os vários os relatos de profissionais de saúde portugueses que demonstram alguma desadaptação do ponto de corte ICG ( $\geq 25$ ) à população portuguesa. No estudo de Shear et al. (2011) os casos de LC apresentam todos valores iguais ou superiores a 30.

O estudo de validação realizado em Portugal por Frade (2009) concluiu que o ICG é um instrumento apresenta uma consistência interna de 0,91 (Alpha de Cronbach). A análise factorial confirmatória revela um bom ajuste do modelo de medida constituído por cinco factores. Estes resultados demonstraram que o ICG apresenta claras evidências de validade e fiabilidade das propriedades psicométricas da versão portuguesa do ICG. No entanto, este estudo não contém a verificação do ponto de corte para a população portuguesa.

Simon et al. (2011) realizaram o estudo da análise factorial, análise de constructo e análise da sensibilidade e especificidade dos critérios de diagnóstico do LC através do ICG. A amostra foi constituída por 782 participantes, dos quais 288 participantes apresentaram LC e 377 participantes apresentavam outras psicopatologias que poderiam influenciar o diagnóstico de LC e, deste modo, foram sinalizados como não apresentando LC. Os casos de LC tinham um tempo de luto igual ou superior a seis meses e apresentaram valores superiores a 30 no ICG. Estes participantes posteriormente foram entrevistados através de uma entrevista semi-estruturada por uma clínica certificada. Nesta entrevista verificou-se que todos os participantes possuíam LC sem factores de comorbilidade. Todos os outros 377 participantes possuíam valores no ICG inferiores a 25 e apresentavam outras psicopatologias. É de salientar que toda a amostra encontrava-se a frequentar serviços de ajuda mediante a sua problemática. Esta investigação, com base na análise da validade constructo, forneceu novas directrizes sobre os itens e a sua associação com a gravidade do LC. A análise factorial demonstrou uma única solução quando a amostra total foi considerada. No entanto, nos casos de LC verificou-se a emergência de seis grupos de sintomas (saude e preocupação com o falecido; raiva e amargura; choque e descrença; isolamento; alucinações auditivas do falecido; evitamento ou procura de locais frequentados pelo falecido). A presença de pelo menos um sintoma de três grupos de sintomas diferentes optimizou a sensibilidade (94,8%) e especificidade (98,1%) (Simon et al., 2011).

Recentemente foi publicada uma investigação que apresentou vários estudos de validação para o Inventário de Luto Traumático (Inventory traumatic Grief – ITG), o sucessor do ICG, na versão holandesa (Boelen, Van Den Bout, Dekeijser, Hoijtink, 2011). Esta investigação inclui três estudos: a validação factorial, a consistência interna e estabilidade

temporal do ITG; a validade de constructo do ITG; e, por último, o cálculo do ponto de corte do ITG. Os resultados do estudo demonstraram que o ITG é um bom instrumento de diagnóstico no entanto, o clínico deve ter em conta a gravidade dos sintomas e para tal deve outras ferramentas de diagnóstico, tal como a entrevista estruturada utilizada neste estudo (Boelen, Van Den Bout, Dekeijser, Hoijtink, 2011).

Tendo em conta a necessidade um instrumento de diagnóstico do LC fiável e os critérios propostos por Prigerson et al. (2009) foi construída uma Entrevista de Diagnóstico Clínico do LC baseada na entrevista semi-estruturada de Pós Stress Traumático (CAPS – *Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale*).

### 2.1. *Curva de ROC no Diagnóstico Clínico do Luto Complicado*

Quando se pretende realizar e validar um instrumento de diagnóstico claro e fiável para uma determinada situação, surgem algumas problemáticas que se prendem com as definições de exactidão e precisão. A precisão está associada à dispersão de valores obtidos pelas observações e a exactidão diz respeito à proximidade de uma estimativa do valor real que se pretende representar. As dificuldades encontradas perante estes dois conceitos motivam o surgimento de novos conceitos e conhecimentos, tal como os conceitos de sensibilidade e especificidade de um teste de diagnóstico, que por sua vez, se encontram associadas à proporção de verdadeiros positivos e falsos positivos. Estas medidas dependem dos critérios de diagnóstico ou do valor do ponto de corte, seleccionado arbitrariamente, pelo que a mudança de critério pode aumentar a sensibilidade em detrimento da especificidade, e vice-versa, demonstrando um incompleto desempenho do instrumento de diagnóstico (Braga, 2000).

Outra questão a ter em conta diz respeito aos benefícios associados aos resultados correctos e aos custos associados aos incorrectos (verdadeiros positivos e falsos positivos). No caso do instrumento ICG, existem dois tipos de erros, a falha num diagnóstico (declarar que uma pessoa com LC, como sendo sã) e um alarme falso (declarar uma pessoa sã, como sendo uma pessoa com LC). Face a todas estas dificuldades para obter um de diagnóstico correcto, foi necessário desenvolver algumas medidas alternativas de diagnóstico (Braga, 2000).

A análise da curva de ROC (Receiver Operating Characteristic) é uma técnica utilizada para colmatar estas dificuldades. É uma técnica realizadas através de um método gráfico simples em que os índices de precisão associados à curva de ROC (Braga, 2000).

Assim, a análise da curva ROC do ICG pretende incluir os dados do ICG na variável teste e os dados da EDCLC, a variável estado. A curva de ROC vai permitir medir e especificar o modo de desempenho do diagnóstico do ICG, relevando dados da variação da sensibilidade e especificidade para os diferentes valores de corte.

Deste modo torna-se relevante o estudo do cálculo do ponto de corte numa amostra portuguesa para o diagnóstico claro e preciso da perturbação de LC. A utilização do ICG como um instrumento de diagnóstico torna-se limitada uma vez que não foram utilizadas as técnicas de referência, tal como a curva de ROC. Não foram realizados estes estudos na população portuguesa e só muito recentemente, já durante a realização deste estudo, foi realizado a nível internacional com o instrumento ITG-Inventory of Traumatic Grief. Este estudo internacional Boelen, Van Den Bout, Dekeijser, Hoijtink (2011) realizou-se com uma amostra de 55 adultos com perdas de primeiro grau (cônjuge, filho, pai, filhos ou irmãos) que procuraram ajuda profissional para a resolução desta perda. Além da validade factorial, validade de constructo do ITG, os autores determinaram o ponto de corte do ITG através de uma entrevista estruturada de diagnóstico (TRG2L) realizada por Prigerson, Kasl & Jacobs, (1998 in Boelen, Van Den Bout, Dekeijser, Hoijtink, 2011) de acordo com os critérios de diagnóstico publicados por Prigerson et al. (1999). A entrevista determinou os participantes que sofriam de LC e os que não apresentavam LC. Os resultados desta investigação determinaram que 22 participantes apresentaram LC e 33 dos participantes não preencheram os critérios de LC e o ponto de corte para o ITG é  $>90$ , com 86% de sensibilidade e 76% de especificidade. No total, 80% dos participantes foram correctamente classificados com LC, sendo o ITG um instrumento uma boa ferramenta para identificar casos com LC, no entanto deve ser se utilizado em combinação com outras ferramentas de diagnóstico tal como a TRG2L (Boelen, Van Den Bout, Dekeijser, Hoijtink, 2011).

### **3. Objectivos**

Esta investigação pretende realizar o cálculo do ponto de corte do ICG para a população portuguesa, tendo por base o ponto de corte realizado na versão original do instrumento ( $\geq 25$ ) numa amostra norte-americana (Prigerson et al., 1995). O cálculo do ponto de corte

do ICG será determinado através da Entrevista de Diagnóstico Clínico de Luto Complicado (EDCLC), de acordo com os critérios de diagnóstico propostos por Prigerson et al. (2009). A metodologia utilizada neste estudo será a curva de ROC, metodologia distinta na determinação de diagnósticos clínicos (Braga, 2000).

#### 4. Método

##### *Amostra*

Mediante a dificuldade em recolher a participação de pessoas que apresentassem o diagnóstico de LC, optou-se por utilizar a mesma amostra de participantes nos dois estudos da investigação, no entanto com diferentes instrumentos e métodos.

Os critérios para a selecção do grupo de participantes sem LC consistem na aceitação da participação no estudo; na ausência de perturbação de LC; idade superior a 18 anos de idade; perda de um ente querido num período igual ou superior a seis meses; e, ausência de perturbação psiquiátrica que comprometa a coerência e fluência verbal do discurso verbal.

Na amostra do grupo com LC, foram admitidos todos os participantes que apresentassem LC através da EDCLC; idade superior a 18 anos de idade; perda de um ente querido num período igual ou superior a seis meses; e, ausência de perturbação psiquiátrica que comprometa a coerência e fluência verbal do discurso verbal.

A amostra destes dois estudos foi constituída por 73 indivíduos 38,4% têm LC e 61,6% não tem LC, sendo que 15,1% são do sexo masculino e 84,9% são do sexo feminino. A média de idades é de 23,0 ( $dp= 25,8$ ) (ver tabela 1).

**Tabela 1**

Características Sociodemográficas da Amostra.

<i>Características</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>
Sexo				
Masculino	11	15,1		
Feminino	62	84,9		
Idade			23,0	25,8
Luto Complicado (LC)				
Sem Luto Complicado	45	61,6		
Com Luto Complicado	28	38,4		

Quanto aos indivíduos sem LC pela EDCLC (ver tabela 2) verifica-se que 84,4 % são do sexo feminino, 15,6% são do sexo masculino, apresentando uma média de idades, respectivamente, de 22,00 anos de idade ( $p= 5,56$ ). Relativamente ao estado civil, 97,8% da amostra é solteira e 2,2% é casado. Verificou-se que 57,8% tem o 12º ano, 35,6% tem uma licenciatura e 6,7% apresenta estudos de mestrado. Quanto aos dados mais significativos do tempo de luto, 20,0% dos participantes sofreram a última perda há cerca de um ano, 42,2% sofreram a última perda há cerca de 3 a 6 atrás e 24,4% tiveram perdas significativas entre 7 a 11 anos atrás.

**Tabela 2**

Características Sociodemográficas da Amostra sem Luto Complicado.

<i>Características</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>
Sexo				
Masculino	7	15,6		
Feminino	38	84,4		
Idade			22,00	5,56
Estado Civil				
Solteiro	44	97,8		
Casado	1	2,2		
Habilitações				
12º Ano	26	57,8		
Licenciatura	16	35,6		
Mestrado	3	6,7		
Tempo de Luto				
1 Ano	9	20,0		
2 Anos	4	8,9		
De 3 a 6 Anos	19	42,2		
De 7 a 11 Anos	11	24,4		
De 12 a 21 Anos	2	4,4		

O grupo de participantes com LC pela EDCLC (ver tabela 3) é constituído por vinte e quatro mulheres (85,7%) e quatro homens (14,3%), a média de idades corresponde a 74,15 ( $p=22,00$ ). Relativamente ao estado civil, 17,9% da amostra é solteira, 14,3% é casado, e 67,9% são viúvos. Quando às habilitações literárias 14,3% são analfabetos, 3,6% tem a primeira classe, 17,9% a terceira classe, 46,4% a quarta classe, 7,1% o décimo segundo ano e 7,1% da amostra possui a licenciatura e 3,6% tem estudos de mestrado. Quanto aos dados mais significativos do tempo de luto, 17,9% perdeu alguém há cerca de um ano, 17,9%



perdeu a pessoa significativa há 2 anos e 10,8% perdeu o seu ente querido entre os 3 e 6 anos atrás, 19,1% perdeu teve a sua perda significativa entre os 7 e 11 anos atrás e, por último, 21,5 perdeu o seu ente querido entre os 12 e 28 anos atrás.

**Tabela 3**

Características Sociodemográficas da Amostra com Luto Complicado.

<i>Características</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>
Sexo				
Masculino	4	14,3		
Feminino	24	85,7		
Idade			74,15	22,00
Estado Civil				
Solteiro	5	17,9		
Casado	4	14,3		
Viúvo	19	67,9		
Habilitações				
Analfabeto	4	14,3		
1ª Classe	1	3,6		
3ª Classe	5	17,9		
4ª Classe	13	46,4		
12º Ano	2	7,1		
Licenciatura	2	7,1		
Mestrado	1	3,6		
Tempo de Luto				
1 Ano	5	17,9		
2 Anos	5	17,9		
De 3 a 6 Anos	3	10,8		
De 7 a 11 Anos	9	19,1		
<b>De 12 a 38 Anos</b>	<b>6</b>	<b>21,5</b>		

### *Instrumentos*

Todos os participantes foram entrevistados pelos membros do grupo de investigação do Luto no mestrado de Psicologia Clínica nas várias instituições. De modo voluntário, todos participaram assinando um consentimento informado de acordo com as regras de cada instituição, por isso realizou-se dois diferentes formatos de consentimento informado (anexo I e II) garantindo ao participante absoluta confidencialidade.

Para a realização do estudo do cálculo do ponto de corte do ICG foram utilizados o QSD, o ICG e a EDCLC.

O **Questionário Sociodemográfico (QSD)** foi realizado com o intuito de controlar a amostra e avaliar as variáveis demográficas e psicossociais. Este questionário pretendia recolher dados como sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e tempo de perda. Foi ainda pedido o e-mail ou contacto telefónico para que pudéssemos contactar novamente os participantes para próxima fase de investigação.

O **Inventário Luto complicado (ICG - Inventory Complicated Grief)** é considerado o principal instrumento de diagnóstico para avaliação da sintomatologia de luto e tem como objectivo realizar a distinção entre um processo de luto normal e o processo de LC (ponto de corte superior ou igual a 25). Este instrumento é constituído por dezanove itens, cada um numa escala tipo *Likert* (0 = “nunca”; 1 = “raramente”; 2 = “às vezes”; 3 = “muitas vezes”; 4 = “sempre”). No estudo original de Prigerson et al. (1995), a amostra era composta por 70 pessoas que se encontravam num processo de luto ( $M=66.90$ ;  $dp=6.15$ ) (sexo masculino  $n=19$  e sexo feminino  $n=51$ ), foram comparadas com 27 pessoas e não se encontravam em processo de luto ( $M=81.63$ ;  $dp=6.15$ ) (sexo masculino  $n=7$  e sexo feminino  $n=20$ ). Prigerson et al. (1995) indicam que este instrumento é melhor qualificado por um único factor (eigenvalue=10.015,  $R^2=0.999$ ) detendo uma consistência interna alta (alfa de *Cronbach*=0.94). Na aferição do instrumento ICG, realizada por Bruno Frade (2009) para a população portuguesa, a amostra é constituída por 127 estudantes universitários ( $M=19.9$ ;  $dp=1.90$ ). Os resultados obtidos apontam que este instrumento possui boas características gerais ao nível da fidelidade (alfa de *Cronbach*=0.914), validade (variância explicada=68.9%) e validade externa com fortes correlações com BDI ( $r$  Pearson=0.500) e IES-r ( $r$  Pearson=0.530) (Frade, 2009).

A ideia de construir uma entrevista de diagnóstico partiu da necessidade em obter o cálculo do ponto de corte para o ICG e validar a narrativa protótipo de LC na população portuguesa.

A **Entrevista de Diagnóstico Clínico de Luto Complicado** foi construída com base no artigo de Prigerson et al (2009), no qual se encontram todos os critérios de diagnóstico propostos para a próxima edição do Manual de diagnóstico DSM-V e CID 11. A sua forma e estrutura apoiam-se na Escala Clínica Administrada de Perturbação Pós Stress Traumático (CAPS) e tem como principal objectivo ser um sólido instrumento de diagnóstico do LC. Este

instrumento tem por base os seis critérios de diagnóstico do LC que se encontram divididos por subestapas e bem referenciados na entrevista (Weathers, Ruscio, Keane, 1999). Assim, a EDCLC é constituída por 26 itens, o primeiro item da entrevista refere-se ao critério A (processo de luto - perda de um outro significativo), os 6 itens seguintes referem-se ao critério B (separação e angústia da perda). Seguidamente a entrevista apresenta 13 itens referentes ao critério C (cinco ou mais dos seguintes sintomas experienciados no seu quotidiano ou de modo incapacitante: - Confusão sobre o seu próprio papel na vida ou a percepção de si diminuída; Dificuldade em aceitar a perda; Evitar pensar na pessoa que faleceu; Incapacidade de confiar nos outros após a perda; Amargura ou raiva relacionada à perda; Dificuldade em ter novas perspectivas de vida após a perda; Anedonia após a perda; Sentir que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem sentido após a perda; Sentir-se atordoado e chocado com a perda). O critério D (Tempo após perda  $\geq$  6 meses) apresenta 1 item, o critério E (comprometimento das capacidades diárias pessoais, higiénicas, domésticas, sociais, profissionais) apresenta 3 itens e o critério F (perturbação melhor explicada pelas perdas vividas e não por outras perturbações tais como, Depressão Major, Perturbação de Ansiedade Generalizada ou Pós-stress traumático) 3 itens. É importante referir que o grau de intensidade e a frequência dos sintomas é são avaliados nas alíneas dos itens apresentados. Todos os itens referem-se aos sintomas propostos para o DSM-V e CID-11.

A aplicação da entrevista ao participante deve ser efectuada por um profissional de saúde com experiência em entrevistas de diagnóstico e conhecimento na área da psicopatologia e DSM. Esta deve ser efectuada num local calmo e adequado para o efeito. O entrevistador deve começar por introduzir o tema de luto e, de seguida, explicar as perguntas seguintes referentes ao Luto. O profissional de saúde deverá ter em conta que o tema abordado é susceptível à recordação de momentos e vivência de emoções, sentimentos e algumas situações incómodas e desagráveis para o paciente. O profissional deve explicar ao participante que, se este se sentir incomodado/a e quiser parar com a entrevista, pode fazê-lo. É importante afirmar ainda que, se ao longo da realização da entrevista surgir um dado clínico importante, este que deve ser explorado pelo clínico.

Relativamente à cotação da entrevista, esta é feita numa folha própria para o efeito. Assim, para a cotação da sintomatologia, utilizou-se uma escala dicotómica, de modo a que os resultados pudessem dar origem a um diagnóstico dicotómico do LC. Segundo o manual de cotação do CAPS para a sintomatologia traumática, a cotação tem por base as seguintes regras: a sintomatologia encontra-se presente apenas se a frequência e intensidade estiverem presentes; um sintoma de LC encontra-se presente, se o resultado de frequência,

intensidade/gravidade para o item correspondente, é maior ou igual a 1; (Kraemer,1992) Assim, para cada critério elaborou-se uma pontuação mínima para a determinação do LC exposta no quadro seguinte (ver tabela 5).

**Tabela 5**

Resultados na EDCLC.

Resultados						
	Critério A	Critério B	Critério C	Critério D	Critério E	Critério F
Com LC	1	$\geq 4$	$\geq 10$	1	$\geq 3$	2
Sem LC	0	$\leq 4$	$\leq 10$	0	$\leq 3$	$\leq 1$

Deste modo, para que a perturbação de LC esteja presente é necessário que todos os critérios propostos para o DSM-V e CID-11 estejam presentes, com os valores mínimos indicados.

### *Procedimentos*

Todos os estudos realizados sobre seres humanos levantam questões éticas e morais que têm de ser salvaguardadas de modo a que todos os participantes estejam protegidos de qualquer consequência lesiva.

Neste estudo, todos os direitos foram garantidos aos participantes, incluindo o de sigilo profissional e o anonimato. Admitimos contudo, que a temática versada poderá criar algumas inibições em alguns participantes mais sensíveis, por de alguma forma, ocorrer um certo nível de invasão da privacidade, apesar das medidas de salvaguarda tomadas.

Inicialmente foi enviado um pedido de consentimento à Comissão de Ética das Instituições com o objectivo de poder aceder aos vários serviços para a recolha dos dados da amostra. Este pedido de autorização incluía o objectivo da investigação, o material a ser utilizado e a descrição dos vários instrumentos a aplicar. As instituições que autorizaram a realização do estudo foram: Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte, Centro de Saúde de Santo Tirso (ACES I Grande Porto Santo Tirso/Trofa), Celar Santo Tirso, Santa Casa da Misericórdia de Famalicão, Santa Casa da Misericórdia de Paços de Ferreira, Lar Jorge Reis de Famalicão.

Após a autorização das instituições em causa procedeu-se à deslocação para o local com vista à recolha de dados da amostra.

O contracto com os participantes realizou-se em dois momentos com intervalo de 2 semanas aproximadamente. No primeiro momento, a recolha foi realizada em grupo ou

individualmente dependendo das condições disponibilizadas pelas instituições, num contexto planeado para o efeito em todas as instituições autorizadas. Depois de se ter apresentado o estudo; efectuado o pedido de colaboração por escrito (consentimento informado anexo I e II) conforme a *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial*; explicado o cariz do estudo e os procedimentos existentes nesta investigação, procedeu-se à aplicação de um pequeno questionário sociodemográfico e à aplicação do ICG. Para tal, foram entregues aos participantes um exemplar do questionário sociodemográfico e do ICG.

No segundo momento da investigação, após um novo contacto via correio electrónico ou pessoalmente, a aplicação do instrumento apresentado realizou-se individualmente, em contexto planeado para o efeito. Este momento pretendeu

No início procedeu-se à aplicação da entrevista e foi dito ao participante que poderia colocar dúvidas, sempre que não percebesse alguma questão, podendo parar a entrevista sempre que assim quisesse.

## **5. Resultados**

Para avaliar e verificar a capacidade de diagnóstico do ICG quanto à avaliação da perturbação de LC, realizou-se uma análise de curva ROC (Braga, 2000).

Perante a análise da curva ROC podemos identificar a sensibilidade (proporção de verdadeiros positivos) e a especificidade (proporção de falsos negativos) de um instrumento diagnóstico, identificando os casos positivos na variável de LC. Nesta análise foram testados valores totais de ICG face às categorias geradas pela EDCLC (variável estado). Deste modo os resultados (ver tabela 6) demonstram que os valores do ICG no grupo sem luto complicado encontram-se entre os valores de 0 a 30, sendo que os valores mais frequentes encontram-se entre os valores de 0 e 21 obtidos por trinta e cinco participantes. Apenas um caso surge sem LC e com valores superiores a 30 no ICG que obteve cotação de 47, categoria 41-50.

O grupo com LC apresentou valores do ICG entre os 30 e 75, pelo que doze dos participantes obtiveram valores entre os 41 e 50 (ver tabela 6).

**Tabela 6**

Frequência da Amostra no Cálculo do Ponto de Corte do ICG.

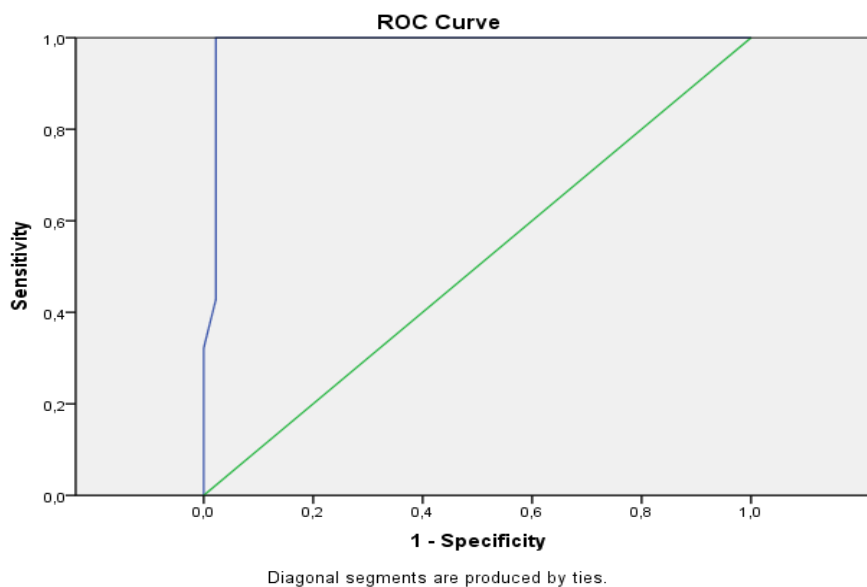
ICG	0-21	22	23	25	26	29	30	31-40	41-50	51-75
Com LC	0	0	0	0	0	0	0	8	12	7
Sem LC	35	3	1	1	1	1	2	0	1	0

No Gráfico 1 são apresentados os resultados da análise da curva de ROC para o resultado total do ICG para a população portuguesa. A área total de curva de ROC foi de 0,986 (erro padrão = 0,014;  $p = 0,000$ ; 95% IC de 0,96 a 1,00) indicando boa capacidade de discriminação do luto complicado.

A curva de ROC encontra-se muito próximo do eixo vertical, verificando-se assim maior sensibilidade na detecção de participantes com LC e com baixos falsos positivos.

**Gráfico 1**

Curva de ROC do ICG e Indicadores de Sensibilidade e Especificidade.



A tabela 7 demonstra a sensibilidade e especificidade para cada ponto de corte possível para a determinação da perturbação do LC, sendo que será desejável que o segmento de recta da sensibilidade se aproxime o mínimo da diagonal (Braga, 2000).

Sendo o ponto de corte um valor de equilíbrio entre a sensibilidade e especificidade é possível verificar que o valor de equilíbrio é igual ou superior a 30 para a população portuguesa. Assim, 100% da amostra é identificada com LC e 2,2% podem ser incorrectamente identificados como tendo LC (Sensibilidade =1,000; Especificidade=0,022).

**Tabela 7**

Coordenadas da Curva de ROC – Valores de Sensibilidade e Especificidade.

Positivo se maior ou igual a	10,5	12,0	14,0	15,5	18,5	21,5	22,5	24,0	25,5	27,5	29,5	30,5
<b>Sensibilidade</b>	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
<b>Especificidade</b>	0,578	0,444	0,378	0,311	0,289	0,222	0,156	0,133	0,111	0,089	0,67	0,022
Positivo se maior ou igual a	31,5	32,5	33,0	34,5	36,5	38,5	40,0	42,0	43,5	44,5	45,5	46,5
<b>Sensibilidade</b>	0,964	0,929	0,857	0,821	0,786	0,750	0,714	0,643	0,607	0,571	0,464	0,429
<b>Especificidade</b>	0,022	0,022	0,022	0,022	0,022	0,022	0,022	0,022	0,022	0,022	0,022	0,022

## 6. Discussão dos Resultados

O objectivo geral do presente estudo era validar metodologias de diferenciação clínica do LC. Os dados obtidos permitem verificar que o ponto de corte da versão original do ICG não é o mesmo para a população portuguesa. O ponto de corte é de uma pontuação igual ou superior a 30, sendo que 2,2% dos entrevistados foram incorrectamente diagnosticado com LC. Esta evidência vem fortalecer a validade de diagnóstico do ICG, considerando-se assim, uma boa ferramenta para o diagnóstico de pessoas com LC. No entanto, o ICG não deve ser um instrumento aplicado isoladamente, mas sim em conjunto com uma entrevista de diagnóstico para que se consiga efectuar um despiste claro do LC. Os resultados encontrados nesta investigação vão ao encontro do estudo realizado por Boelen et al. (2011). Tal como se verificou na presente investigação, os valores de sensibilidade e especificidade do instrumento ITG não demonstravam a eficácia total do instrumento para o diagnóstico de luto traumático. O resultado obtido no ponto de corte do ICG de acordo com o estudo de Simon et al. (2011) no qual a amostra de participantes com LC apresentou valores de ICG superiores a 30 e as pessoas sem LC apresentaram valores de ICG

inferiores a 25. Neste estudo, 288 participantes com LC confirmaram o diagnóstico através de uma entrevista semi-estruturada realizada por clínicas certificadas.

Com base nestes estudos e atendendo aos resultados do ponto de corte do ICG, pode ser afirmar que a EDCLC é um bom instrumento de diagnóstico de LC segundo os critérios de diagnóstico de LC propostos para o DSM-V e CID-10, por Prigerson et al. (2009). Esta entrevista foi realizada especificamente para esta investigação com o intuito de realizar um diagnóstico fidedigno de LC, e para que posteriormente se pudesse realizar a validação convergente e divergente da narrativa protótipo de LC. É importante ter em consideração que os critérios propostos por Prigerson et al. (2009) parecem ser mais rigorosos, uma vez que o LC não poder ser melhor explicado por outras perturbações, tal como a depressão, o PTSD, ansiedade ou outras perturbações. Este critério parece dotar o LC um carácter mais específico.

## **7. Conclusão**

A presente investigação insere-se num vasto conjunto de estudos que tentam compreender melhor a sintomatologia de LC.

Com a presente investigação foi possível validar com uma metodologia quantitativa, o ponto de corte do ICG, tendo em conta que este não tinha sido calculado de acordo com a curva ROC, nem para a população portuguesa.

Os resultados obtidos nesta investigação permitiram concluir que o ponto de corte do ICG não é o mesmo que o ponto de corte obtido por Prigerson et al (1995) na população norte-americana. O ponto de corte calculado nesta amostra portuguesa é igual ou superior a 30. Seria interessante que as próximas investigações caminhassem no sentido de criar estudos de validação do ICG e caracterização do LC em populações específicas tal como, as crianças e adolescentes; e desenvolver estudos de validação psicométrica da EDCLC de acordo com os critérios propostos por Prigerson et al. (2009), contribuindo assim para o desenvolvimento de novos instrumentos rigorosos de avaliação diagnóstica para o LC.

No entanto, considera-se deveras importante reflectir sobre as limitações desta investigação. As características da amostra, nomeadamente, a idade dos participantes constituíram uma limitação, pelo que existe um elevado número de participantes jovens adultos em detrimento da população de meia-idade e idosa, o que pode desencadear enviesamentos



nos resultados. Além disso, a amostra com LC tem diferenças sócio-demográficas em relação à sem LC, pois a maioria da amostra com LC é idosa.

Como tal, é importante que posteriores estudos portugueses e internacionais incluam uma amostra diversificada e emparelhada em todas as suas características.

Em conclusão, esperamos que, ao aumentarmos o conhecimento sobre as metodologias de diferenciação entre o LS e o LC, estejamos a contribuir para o surgimento de novos conhecimentos de compreensão, discriminação da perturbação de LC e para o seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos, de modo a poder ser aceite como uma perturbação autónoma pela comunidade científica e, classificada e integrada nos manuais de doenças mentais.

### **Referencias Bibliográficas**

- Boelen, P; Keijsers, J.; Van den Hout, M.; Van den Bout, J. (2011) Factors associated with outcome of cognitive-behavioural therapy for complicated grief: a preliminary study. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 18, 284–291.
- Braga, A. (2000). *Curvas de ROC: Aspectos Funcionais e Aplicações*. Dissertação de Doutoramento, Universidade do Minho, Braga- Portugal.
- Frade, B. (2009). *Validação e Adaptação para a Língua Portuguesa do Inventário de Luto Complicado*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, Gandra-Portugal.
- Golden, A. & Dalgleish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Research*, 178, 336–341.
- Lichtenthal, W., Cruess, D., & Prigerson, H. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662.
- Neimeyer, R., Prigerson, H. G., & Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist*, 46, 235–251.
- Prigerson, H., Frank, E., Kasl, S., Reynolds, C., Anderson, M., Zubenko, G., Houck, P., George, C., & Kupfer, D. (1995). Complicated grief and bereavement-related

depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22–30.

Prigerson, H., Bierhals, A., Kasl, S., Reynolds, C., Shear, M., Newsom, J., & Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1484–1486.

Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S., Wortman, C., Neimeyer, R., Bonanno, G., Block, S., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B., Johnson, J., First, M. & Maciejewskib, P. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6, 100-121.

Ribeiro, J. (2008). Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde. 2ª Edição, Legis Editora: Porto.

Shear, M.D; Simon, M.D.; Wall, M.; Ph.D.;Zisook, S.; R. Neimeyer, Duan, N.; Reynolds, C.; Lebowitz, B.; Sung,S.; Ghesquiere,A.; Gorscak,B.; Clayton, P.; Ito,M.; Nakajima, S.; Konishi, T.; Melhem, N.; Meert, K.; Schiff, M.; Mary-Frances O'Connor, M.; First, M.;Sareen, J.; Bolton, J.; Skritskaya,N.; Mancini, A. ;Keshaviah, A. (2011) Complicated Grief and Related Bereavement Issues For DSM-5. *Depression and Anxiety*. 28, 103-117.

Simon, N.; Wall, M.; Keshaviah, A.; Taylor Dryman, B.A; LeBlanc, B.S., Shear, K. (2011) Informing The Symptom profile of Complicated Grief. *Depression and Anxiety*, 28, 118-126.

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(3-4), 185-201.

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2000). Trauma and Grief: A Comparative Analysis. In J. H. Harvey (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp. 81-96). Philadelphia: Brunnel/Mazel.

## **Anexo V: Artigo 2**

# Validação Convergente e Divergente do Luto Complicado

Virgiana Sousa<sup>1</sup>, José Carlos Rocha<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Researcher, UnIPSa, Portugal

<sup>2</sup> Research Unit Coordinator, UnIPSa-CICS, Portugal

## **Resumo**

O processo de Luto Saudável (LC) é um processo natural, saudável, inerente à perda de alguém significativo e consiste na capacidade de lidar com as diversas manifestações do processo de luto, sem que este influencie negativamente o percurso de vida e não seja necessário a recorrência à ajuda profissional especializada (Golden & Dalgleish, 2010; Stroebe, Schult & Finkenauer, 2001). Contrariamente, o Luto Complicado (LC) implica a afectação das capacidades funcionais do indivíduo, impedindo-o de regressar ao seu estado de funcionamento anterior à perda. Este fenómeno encontra-se presente quando o processo de luto diverge do que é culturalmente normativo, quanto à duração, sintomas e intensidade do luto (Prigerson et al., 1995). Na perspectiva narrativa, o LC é a dificuldade em processar a informação da morte do ente querido. Esta dificuldade centra-se na fixação de adaptação à ausência do falecido, muitas vezes reforçada por problemas interpessoais e evitamento (Shear, Monk, Houck, Melhem Frank & Sillowash, 2007; Shear et al, 2007). Neste sentido, este estudo pretende realizar dois estudos: a validação Convergente da Narrativa Protótipo do LC e a validação divergente da Narrativa Protótipo do LC.

**Método:** No primeiro estudo foram avaliados 73 participantes, 62 mulheres, 11 homens, com idade média de 23,00 ( $dp=25,8$ ). Para a avaliação da amostra foram precisos, um Questionário Sociodemográfico (QSD) e o Questionário de Validação Convergente da Narrativa Protótipo de LC.

No segundo estudo foram avaliados vinte e quatro mulheres (85,7%) e quatro homens (14,3%), a média de idades corresponde a 74,15 e o desvio padrão ( $dp=22,00$ ). A avaliação foi feita através do (QSD) e o Questionário de Avaliação de Narrativas Protótipo para a Validação Divergente.

**Resultados:** Na validação convergente, os participantes com luto complicado identificam-se significativamente mais com a narrativa protótipo do luto complicado, comparativamente com aqueles sem luto complicado. Na validação divergente, a narrativa protótipo de luto complicado é aquela com que, os participantes com luto complicado, mais se identificaram comparativamente às outras narrativas.

**Limitações:** Uma das limitações a esta investigação é a dificuldade em conseguir uma amostra emparelhada em todas as suas características.

**Conclusões:** Espera-se que os resultados aumentem o conhecimento e maior compreensão para os fenómenos de LS e LC.

Palavras-chave: Narrativa Protótipo; Validação convergente; Validação Divergente; LS; LC.

## **Introdução**

### **1. Luto Saudável versus Luto Complicado**

O processo de LS encontra-se inerente à perda de alguém significativo, é uma resposta natural, saudável, inevitável e variável quanto ao modo como lidamos com essa mesma perda. Este acontecimento de vida é caracterizado por um estado de stress que poderá afectar o bem-estar físico (fisiológico e somático), psicológico (cognitivo, comportamental) e social dos indivíduos (Stroebe, Schut & Stroebe 2007).

Segundo Stroebe, Van Son, Stroebe, Kleber, Schut, Van den Bout, (2000), o processo de luto é uma reacção normal face à perda e caracteriza-se por manifestações de quatro tipos: manifestações afectivas, tal como humor depressivo, ansiedade, anedonia, sentimentos de culpa, raiva e solidão; manifestações comportamentais, tais como, a fadiga, comportamentos de procura, choro e isolamento; manifestações cognitivas, como por exemplo, a preocupação com o falecido, baixa auto-estima, desanimo, lentidão de pensamento, perdas de memória; e, por último, manifestações fisiológicas, tal como, perda de apetite, perturbações de sono, queixas somáticas e maior vulnerabilidade para doenças. Tais reacções podem apresentar uma intensidade variável dependendo de muitos factores. (Stroebe, Van Son, Stroebe, Kleber, Schut, Van den Bout, 2000).

Perante a caracterização do LS, os estudos de Boelen e Van den Bout (2008); Golden & Dalgleish (2010) concluem que o LC difere do LS. O LC implica a afectação das capacidades funcionais do indivíduo, impedindo-o de regressar ao seu estado de funcionamento anterior à perda. Para Prigerson (1995) o LC encontra-se presente quando o processo de luto diverge do que é culturalmente normativo, quanto à duração, sintomas e intensidade do luto. O LC surge normalmente, seis meses após uma perda significativa e caracteriza-se por uma diminuição de interesse em uma ou mais actividades importantes no meio ambiente do indivíduo, ou períodos intensos de emoções, recordações espontâneas e sentimentos de solidão ou vazio (Prigerson,1995). Considera-se que aos catorze meses após a perda, ainda são frequentes sentimentos de saudade intensos pelo falecido, perturbações de sono ou evitamento de recordações da pessoa falecida

(Bonanno, Keltner, Holen, & Horowitz, 1995). No processo do LC todas as emoções e sentimentos relativos à perda perturbam gravemente o indivíduo, assistindo-se ao prolongamento do processo de luto (Horowitz et al, 1993; Komaroff & Coburn, 2006; Shear et al, 2007).

## 2. As Narrativas e a Avaliação Qualitativa do Luto Complicado

Na perspectiva da narratividade a construção de um conhecimento envolve uma organização de palavras através de uma narrativa, pois as palavras usadas de modo isolado, não têm capacidade de transmitir significações. Assim, é pela narrativa que conseguimos compreender a relação entre as palavras no estabelecimento de uma matriz narrativa. (Gonçalves, 2002)

A narrativa apresenta-se como sendo parte integrante a linguagem, assume-se como elemento central da experiência do indivíduo, construindo um conhecimento sempre aliado experiência humana (Gonçalves, 1996). O conhecimento da realidade depende do modo como o indivíduo narra a realidade, uma vez que as narrativas possuem um carácter transformador dos acontecimentos de vida. Só o Ser humano possui a capacidade de recontar, re-narrar os acontecimentos de vida atribuindo-lhe novos significados (Rennie, 1994).

### 2.1. O Reflexo da Narrativa na Psicopatologia

Na perspectiva fenomenológica, as classificações nosológicas da psicopatologia são vistas como metáforas e organizadoras de significado (Gonçalves, 2002), passando o discurso de um mero instrumento psicopatológico, a um fenómeno psicológico (Harré & Gillet, 1994) num processo de construção do conhecimento (Bruner, 1990). Desta forma, a psicopatologia é apresentada como um sistema de significação que se organiza numa matriz narrativa (Gonçalves, 2002). Guidano (1991) refere-se aos diagnósticos de perturbação mental como configurações prototípicas de organização de significados. No seguimento deste pensamento, Neimeyer (2000) estimula a investigação da narrativa ao nível da psicopatologia, enquanto que Russel e Wandrei (cit. in Henriques, 2000) salientam a possibilidade de diferenciar clientes com base na linguagem narrativa, o que poderá contribuir para novas compreensões sobre a psicopatologia e sobre as práticas

clínicas. Com crescente interesse pelas narrativas Neimeyer e Raskin (cit. in Henriques, 2000) chama a atenção para o paradoxo existente entre a narrativa e a psicopatologia, uma vez que as teorias narrativas parecem evitar as implicações da estigmatização do diagnóstico psicológico, no entanto, as psicoterapias que delas derivam baseiam-se em alguma conceptualização do sofrimento psicológico.

Na tentativa de colmatar este paradoxo, Gonçalves (2002) refere que a psicopatologia deve ser concebida como uma produção social, no sentido de construção de significação específica e não como uma essência indicadora de doença mental. Assim, pode-se reconhecer a relação entre as narrativas a psicopatologia através da análise da própria matriz na narrativa, tendo em conta a forma como cada indivíduo conta e cria a sua relação com o mundo pode ser estar perturbada.

As últimas investigações procuraram explorar as dimensões de conteúdo narrativo na psicopatologia por meio da construção e validação de narrativas protótipo em indivíduos com determinada psicopatologia. As psicopatologias estudadas foram dependência de opiáceos, alcoolismo, anorexia, perturbação de pânico com agorafobia, depressão, LS e LC (Gonçalves, Maia, Alves, Soares, Duarte, Henriques, 1996; Sá, 2009; Moreira, 2010) Através das narrativas protótipo (anorexia, depressão, alcoolismo, toxicod dependência) os autores analisaram em que medida os vários tipos de psicopatologia podem tipificar formas prototípicas de significação narrativa. Os resultados demonstraram que o conteúdo narrativo e a organização discursiva dos diferentes tipos de psicopatologia correspondem a distintas organizações prototípicas, com elementos rígidos e inflexíveis da organização narrativa da experiência. Tal só é possível com a identificação e validação das narrativas protótipo dos vários tipos de organização narrativa na psicopatologia. As narrativas protótipo do LS (Sá, 2009) e do LC (Moreira, 2010) ainda não se encontram validadas, ao que esta investigação se comprometa a realizar a validação convergente e divergente da narrativa protótipo do LC.

### **Tabela 1**

Categorias Gramaticais das Narrativas Protótipo (Maia, 1998; Henriques, 2000; Machado, 2005; Duarte, 1993; Sá, 2009 & Moreira, 2010).

<b>Categorias Gramaticais das Narrativas Protótipo</b>							
	<b>Contexto</b>	<b>Acontecimento Precipitante</b>	<b>Resposta Interna</b>	<b>Objectivos</b>	<b>Acção</b>	<b>Resultado</b>	<b>Fim</b>
<b>NP LS</b>	Funeral;	Observar o falecido;	Saudade;	Aceitar a	Choro; Paralisia;	Saudade;	Aprender a



			Dor; Raiva;	morte e		Solidão;	lidar com a dor;
			Revolta;	a perda;		Desespero;	Encontrar
			Angústia;			Desorientaç	sentido;
			ão;				
<b>NP LC</b>	Casa; Hospital;	Notícia do falecimento; Observar o falecid	Dor emocional; Raiva; Desesperança; Medo;	Negação da realidade;	Choro; Gritos;	Saudade; Incapacidade; Raiva;	Dificuldades adaptação à nova realidade;
<b>NP Depressão</b>	Casa;	Morte;	Incredulidade Tristeza/ revolta;	Compreender aceitar a realidade;	Paralisia/ isolamento;	Prostração/ abandono;	Fragilidade;
<b>NP Alcoolismo</b>	Casa;	Morte;	Tristeza; Tensão;	Ultrapassar a situação; Sair;	Choro; Fuga;	Sensação de Solidão;	Viragem/ Desmoro namento;
<b>NP Agorafobia</b>	Deslocações hospital casa	Separação Desejo-risco	Medo; Aflição-choque; Insegurança; Ansiedade; Perda Controlo; Abandono; Tristeza-desesperc Ofensa; Revolta; Afirmação pessoal;	Garantir segurança e Vencer o desafio.	Evitamento; Tenção-choro; Desafio; Busca de apoio;	Insucesso; Angústia; Regresso; Acalmia; Felicidade;	Tomar consciência da desgraça; Sentimento de auto- competência;
<b>NP Toxicodepen dência</b>	Local Público	Situação Incontrolável	Dor; Sofrimento; Prazer; Alívio;	Procura do Prazer; Evitamento; Dor;	Controlo Extern Não Controlo;	Status-quo	Perda Social; Perda poder pessoal;

## 2.2. Narrativa Protótipo do Luto Complicado

No estudo das narrativas, a questão mais importante na vivência de uma perda significativa é a significação atribuída pela pessoa à perda, isto é, o modo como a pessoa enlutada enfrenta a perda, dependente do modo como reconstrói a sua realidade pessoal (Neimeyer, Prigerson & Davies, 2002).

A narrativa protótipo de LC realizada por Moreira (2010) “... procura fornecer respostas importantes acerca do luto complicado e proporcionar ajuda em investigações futuras. Através da análise de narrativas e utilizando a metodologia adequada, procurou-se obter o modo como a pessoa em luto complicado organiza esta experiência significativa e proceder-se então, à construção de uma narrativa protótipo do luto complicado.”

A observação dos resultados da construção desta narrativa permitiu perceber que através da categorização das narrativas, o contexto predominante era a casa com presença física do falecido; o acontecimento precipitante é o receber a notícia do falecimento do ente

querido e o contacto com a nova realidade; as respostas internas mais frequentes são a dor emocional, a raiva, o desespero e o medo; as acções presentes foram o choro e o gritar; o objectivo maioritariamente presente foi a negação e a fuga da realidade; o resultado mais frequente foi o sentimento de solidão, incapacidade e raiva; e por último, o fim com dificuldades em adaptar-se à nova realidade, saudades do falecido e sofrimento por este. Esta investigação tornou-se uma das bases imprescindíveis para a presente investigação. É a partir desta que o objectivo desta investigação se torna possível, validar a narrativa de modo convergente e divergente (Moreira, 2010).

### 2.3. Validação da Narrativa Protótipo de Luto Complicado

A narrativa é uma importante forma de investigação, pois o seu material verbal fornece mais informações sobre os fenómenos psicológicos e sintomas, que os que são disponibilizados pelas auto-avaliações ou pelos instrumentos de medida. As narrativas e instrumentos de avaliação devem complementar-se (Angus, Levitt, & Hardtke 1999; Schwandt, 1994).

O desenvolvimento de um determinado conhecimento encontra-se associado à elaboração de estratégias que permitem aferir a que nível, este conhecimento se adequa e aplica ao fenómeno estudado. Segundo o paradigma positivista, os conceitos de validade e fidelidade possibilitam a análise da fiabilidade com que qualquer modelo teórico pode ser considerado uma adequada representação da realidade. Deste modo, a reflexão de critérios sobre os métodos de análise qualitativa em fenómenos subjectivos levaram permitiram que estes sejam actualmente usados no caso da análise de narrativas (Maia,1998).

Segundo Reissman (1993) o conceito de validade pode ser reanalisado quanto à análise narrativa. A validade de uma narrativa apresenta quatro características, persuasão, plausibilidade, coerência global e correspondência, a qual usaremos no nosso trabalho. A característica de correspondência pretende testar os resultados, neste caso, a narrativa protótipo de LC com um grupo de pessoas que apresentam o diagnóstico de LC. De acordo com Strauss e Cordin (1990, p. 23), os resultados obtidos devem ser fieis à realidade do fenómeno estudado, *"because it represents that reality, it should also be comprehensible and make sense to the persons who were studied"*.

Com intuito de aprovar as potencialidades da narrativa protótipo de LC, esta investigação pretende elaborar dois estudos que se enquadram nas formas de validação propostas pelos autores atrás referidos. O conceito de validação convergente remete para o critério de correspondência sugerido por Reissman (1993), pelo que envolve a apreciação da narrativa com a mesma população em que foram recolhidos os dados, isto é, participantes com LC. Mais especificamente, o estudo da validação convergente permite elaborar um conhecimento acerca do grau de identificação do participante com a narrativa protótipo. Neste sentido, o estudo a validade convergente pretende verificar, se a narrativa protótipo de LC apresenta algum significado autobiográfico para os participantes com o diagnóstico de LC, mais do que poderá ter para os participantes sem LC. O objectivo desta fase de estudo é testar a narrativa protótipo face aos dados de evidência, de forma a viabilizar a narrativa construída por Moreira (2010).

### **3. Objectivos**

As metodologias qualitativas também fazem parte desse interesse e as investigações qualitativas realizadas no âmbito do LC destacam a relevância das narrativas no diagnóstico de LC.

Deste modo, o primeiro estudo pretende realizar a validação convergente (grau de verosimilhança) pressupondo-se que a amostra do LC irá atribuir à narrativa protótipo de LC um grau de relação mais elevado com a sua própria vida do que os sujeitos sem LC, diferenciando-se da amostra sem LC. Trata-se, portanto, de uma fase de teste empírico da narrativa protótipo, recorrendo à análise quantitativa.

O segundo estudo consiste na validação divergente (grau de discriminação) para a narrativa protótipo do LC. Neste pretende-se averiguar se a população com LC avalia a narrativa protótipo de LC como uma história mais “próxima” ou “típica” de si, quando comparada com a avaliação feita a narrativas protótipo de outras psicopatologias. Será de esperar que a amostra de LC a narrativa protótipo de LC aquela com que teriam maior relação.

#### 4. Método

##### *Amostra*

Perante a dificuldade em recolher a participação de pessoas que apresentassem o diagnóstico de LC, optou-se por utilizar a mesma amostra de participantes nos dois estudos da investigação, no entanto com diferentes instrumentos e métodos.

Os critérios para a selecção do grupo de participantes sem LC consistem na aceitação da participação no estudo; na ausência de perturbação de LC; idade superior a 18 anos de idade; perda de um ente querido num período igual ou superior a seis meses; e, ausência de perturbação psiquiátrica que comprometa a coerência e fluência verbal do discurso verbal.

Na amostra do grupo com LC, foram admitidos todos os participantes que apresentassem LC através da EDCLC; idade superior a 18 anos de idade; perda de um ente querido num período igual ou superior a seis meses; e, ausência de perturbação psiquiátrica que comprometa a coerência e fluência verbal do discurso verbal.

##### 1) *Amostra para a Validação Convergente da Narrativa Protótipo do Luto Complicado*

A amostra destes dois estudos foi constituída por 73 indivíduos, 38,4% têm LC e 61,6% não tem LC de acordo com os dados da EDCLC, sendo que 15,1% são do sexo masculino e 84,9% são do sexo feminino. A média de idades é de 23,0 ( $dp=25,8$ ) (ver tabela 2).

**Tabela 2**

Características Sociodemográficas da Amostra.

<i>Características</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>
Sexo				
Masculino	11	15,1		
Feminino	62	84,9		
Idade			23,0	25,8
Luto Complicado (LC)				
Sem Luto Complicado	45	61,6		
Com Luto Complicado	28	38,4		

Quanto aos indivíduos sem LC pela EDCLC (ver tabela 3) verifica-se que 84,4 % são do sexo feminino, 15,6% são do sexo masculino, apresentando uma média de idades, respectivamente, de 22,00 anos de idade ( $dp=5,56$ ). Relativamente ao estado civil, 97,8% da amostra é solteira e 2,2% é casado. Verificou-se que 57,8% tem o 12º ano, 35,6% tem uma licenciatura e 6,7% apresenta estudos de mestrado. Quanto aos dados mais significativos do tempo de luto, 20,0% dos participantes sofreram a última perda há cerca de um ano, 42,2% sofreram a última perda há cerca de 3 a 6 atrás e 24,4% tiveram perdas significativas entre 7 a 11 anos atrás.

**Tabela 3**

Características Sociodemográficas da Amostra sem Luto Complicado.

<i>Características</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>
Sexo				
Masculino	7	15,6		
Feminino	38	84,4		
Idade			22,00	5,56
Estado Civil				
Solteiro	44	97,8		
Casado	1	2,2		
Habilitações				
12º Ano	26	57,8		
Licenciatura	16	35,6		
Mestrado	3	6,7		
Tempo de Luto				
1 Ano	9	20,0		
2 Anos	4	8,9		
De 3 a 6 Anos	19	42,2		
De 7 a 11 Anos	11	24,4		
De 12 a 21 Anos	2	4,4		

O grupo de participantes com LC pela EDCLC (ver tabela 4) é constituído por vinte e quatro mulheres (85,7%) e quatro homens (14,3%), a média de idades corresponde a 74,15 ( $p=22,00$ ). Relativamente ao estado civil, 17,9% da amostra é solteira, 14,3% é casado, e 67,9% são viúvos. Quando às habilitações literárias 14,3% são analfabetos, 3,6% tem a primeira classe, 17,9% a terceira classe, 46,4% a quarta classe, 7,1% o décimo segundo ano e 7,1% da amostra possui a licenciatura e 3,6% tem estudos de mestrado. Quanto aos dados mais significativos do tempo de luto, 17,9% perdeu alguém há cerca de um ano, 17,9%

perdeu a pessoa significativa há 2 anos e 10,8% perdeu o seu ente querido entre os 3 e 6 anos atrás, 19,1% perdeu teve a sua perda significativa entre os 7 e 11 anos atrás e, por último, 21,5 perdeu o seu ente querido entre os 12 e 28 anos atrás.

**Tabela 4**

Características Sociodemográficas da Amostra com Luto Complicado.

<i>Características</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>
Sexo				
Masculino	4	14,3		
Feminino	24	85,7		
Idade			74,15	22,00
Estado Civil				
Solteiro	5	17,9		
Casado	4	14,3		
Viúvo	19	67,9		
Habilitações				
Analfabeto	4	14,3		
1ª Classe	1	3,6		
3ª Classe	5	17,9		
4ª Classe	13	46,4		
12º Ano	2	7,1		
Licenciatura	2	7,1		
Mestrado	1	3,6		
Tempo de Luto				
1 Ano	5	17,9		
2 Anos	5	17,9		
De 3 a 6 Anos	3	10,8		
De 7 a 11 Anos	9	19,1		
<b>De 12 a 38 Anos</b>	<b>6</b>	<b>21,5</b>		

## 2) Amostra para a Validação Divergente da Narrativa Protótipo do Luto Complicado

Para a validação divergente da Narrativa protótipo de LC utilizou-se uma amostra constituída apenas por participantes com LC diagnosticados com EDCLC.

A amostra (ver tabela 5) é constituída por vinte e quatro mulheres (85,7%) e quatro homens (14,3%), a média de idades corresponde a 74,1 ( $dp=22,00$ ). Relativamente ao

estado civil, 17,9% da amostra é solteira, 14,3% é casado e 67,9% são viúvos. Quando às habilitações literárias 14,3% são analfabetos, 3,6% tem a primeira classe, 17,9% a terceira classe, 46,4% a quarta classe, 7,1% o décimo segundo ano e 7,1% da amostra possui a licenciatura e 3,6% tem estudos de mestrado. Quanto aos dados mais significativos do tempo de luto, 17,9% perdeu alguém há cerca de um ano, 17,9% perdeu a pessoa significativa há 2 anos e 10,8% perdeu o seu ente querido entre os 3 e 6 anos atrás, 19,1% perdeu teve a sua perda significativa entre os 7 e 11 anos atrás e, por último, 21,5 perdeu o seu ente querido entre os 12 e 28 anos atrás.

**Tabela 5**

Características Sociodemográficas da Amostra na Validação Divergente.

<i>Características</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>
Sexo				
Masculino	4	14,3		
Feminino	24	85,7		
Idade			74,15	22,00
Estado Civil				
Solteiro	5	17,9		
Casado	4	14,3		
Viúvo	19	67,9		
Habilitações				
Analfabeto	4	14,3		
1ª Classe	1	3,6		
3ª Classe	5	17,9		
4ª Classe	13	46,4		
12º Ano	2	7,1		
Licenciatura	2	7,1		
Mestrado	1	3,6		
Tempo de Luto				
1 Ano	5	17,9		
2 Anos	5	17,9		
De 3 a 6 Anos	3	10,8		
De 7 a 11 Anos	9	19,1		
De 12 a 38 Anos	6	21,5		

## *Instrumentos*

Todos os participantes foram entrevistados pelos membros do grupo de investigação do Luto no mestrado de Psicologia Clínica nas várias instituições. De modo voluntário, todos participaram assinando um consentimento informado de acordo com as regras de cada instituição, por isso realizou-se dois diferentes formatos de consentimento informado (anexo I e II) garantindo ao participante absoluta confidencialidade.

No estudo da validação convergente da narrativa protótipo foram usados o QSD, a EDCLC e o Questionário de Validação Convergente da Narrativa Protótipo de LC.

Para a validação divergente da narrativa protótipo de LC utilizou-se QSD, a EDCLC e Questionário de Avaliação de Narrativas Protótipo para a Validação Divergente.

Após a explicação sobre o cariz deste trabalho académico, procedeu-se à aplicação de um **Questionário Sociodemográfico (QSD)** realizado, com o intuito de controlar a amostra e avaliar as variáveis demográficas e psicossociais. Este questionário pretendia recolher dados como sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e tempo de perda. Foi ainda pedido o e-mail ou contacto telefónico para que pudéssemos contactar novamente os participantes para próxima fase de investigação.

O **Inventário Luto complicado (ICG - Inventory Complicated Grief)** é considerado o principal instrumento de avaliação da sintomatologia de luto e tem como objectivo realizar a distinção entre um processo de luto normal e o processo de LC (ponto de corte superior ou igual a 25). Este instrumento é constituído por dezanove itens, cada um numa escala tipo *Likert* (0 = “nunca”; 1 = “raramente”; 2 = “às vezes”; 3 = “muitas vezes”; 4 = “sempre”). No estudo original de Prigerson et al. (1995), a amostra era composta por 70 pessoas que se encontravam num processo de luto ( $M=66.90$ ;  $dp=6.15$ ) (sexo masculino  $n=19$  e sexo feminino  $n=51$ ), foram comparadas com 27 pessoas e não se encontravam em processo de luto ( $M=81.63$ ;  $dp=6.15$ ) (sexo masculino  $n=7$  e sexo feminino  $n=20$ ). Prigerson et al. (1995) indicam que este instrumento é melhor qualificado por um único factor (eigenvalue=10.015,  $R^2=0.999$ ) detendo uma consistência interna alta (alfa de *Cronbach*=0.94). Na aferição do instrumento ICG, realizada por Bruno Frade (2009) para a população portuguesa, a amostra é constituída por 127 estudantes universitários ( $M19.9$ ;  $dp=1.90$ ). Os resultados obtidos apontam que este instrumento possui boas características gerais ao nível da fidelidade (alfa de *Cronbach*=0.914), validade (variância explicada=68.9%) e validade externa com fortes correlações com BDI ( $r$  *Pearson*=0.500) e IES-r ( $r$  *Pearson*=0.530) (Frade, 2009).



A ideia de construir uma entrevista de diagnóstico partiu da necessidade em obter um diagnóstico para funcionar como variável-estado do cálculo do ponto de corte para o ICG e validar a narrativa protótipo de LC na população portuguesa.

A **Entrevista de Diagnóstico Clínico de Luto Complicado** foi construída com base no artigo de Prigerson et al (2009), no qual se encontram todos os critérios de diagnóstico propostos para a próxima edição do Manual de diagnóstico DSM-5 e CID 11. A sua forma e estrutura apoiam-se na Escala Clínica Administrada de Perturbação Pós Stress Traumático (CAPS) e tem como principal objectivo ser um sólido instrumento de diagnóstico do LC. Este instrumento tem por base os seis critérios de diagnóstico do LC que se encontram divididos por sub-escalas e bem referenciados na entrevista (Weathers, Ruscio, Keane, 1999). Assim, a EDCLC é constituída por 26 itens, o primeiro item da entrevista refere-se ao critério A (processo de luto - perda de um outro significativo), os 6 itens seguintes referem-se ao critério B (separação e angústia da perda). Seguidamente a entrevista apresenta 13 itens referentes ao critério C (cinco ou mais dos seguintes sintomas experienciados no seu quotidiano ou de modo incapacitante: - Confusão sobre o seu próprio papel na vida ou a percepção de si diminuída; Dificuldade em aceitar a perda; Evitar pensar na pessoa que faleceu; Incapacidade de confiar nos outros após a perda; Amargura ou raiva relacionada à perda; Dificuldade em ter novas perspectivas de vida após a perda; Anedonia após a perda; Sentir que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem sentido após a perda; Sentir-se atordoado e chocado com a perda). O critério D (Tempo após perda  $\geq$  6 meses) apresenta 1 item, o critério E (comprometimento das capacidades diárias pessoais, higiénicas, domésticas, sociais, profissionais) apresenta 3 itens e o critério F (perturbação melhor explicada pelas perdas vividas e não por outras perturbações tais como, Depressão Major, Perturbação de Ansiedade Generalizada ou Pós-stress traumático) 3 itens. É importante referir que o grau de intensidade e a frequência dos sintomas é são avaliados nas alíneas dos itens apresentados. Todos os itens referem-se aos sintomas propostos para o DSM-5 e CID-11.

A aplicação da entrevista ao participante deve ser efectuada por um profissional de saúde com experiência em entrevistas de diagnóstico e conhecimento na área da psicopatologia e DSM. Esta deve ser efectuada num local calmo e adequado para o efeito. O entrevistador deve começar por introduzir o tema de luto e, de seguida, explicar as perguntas seguintes referentes ao Luto. O profissional de saúde deverá ter em conta que o tema abordado é susceptível à recordação de momentos e vivência de emoções, sentimentos e algumas situações incómodas e desagráveis para o paciente. O profissional deve explicar ao participante que, se este se

sentir incomodada/o e quiser parar com a entrevista, pode fazê-lo. É importante afirmar ainda que, se ao longo da realização da entrevista surgir um dado clínico importante, este que deve ser explorado pelo clínico.

Relativamente à cotação da entrevista, esta é feita numa folha própria para o efeito. Assim, para a cotação da sintomatologia, utilizou-se uma escala dicotómica, de modo a que os resultados pudessem dar origem a um diagnóstico dicotómico do LC. Segundo o manual de cotação do CAPS para a sintomatologia traumática, a cotação tem por base as seguintes regras: a sintomatologia encontra-se presente apenas se a frequência e intensidade estiverem presentes; um sintoma de LC encontra-se presente, se o resultado de frequência, intensidade/gravidade para o item correspondente, é maior ou igual a 1 (Kraemer,1992). No EDSLC optou-se por uma estratégia diferente, para cada critério elaborou-se uma pontuação mínima para a determinação do LC exposta no quadro seguinte e que obriga a que pelo menos um sintoma seja também pontuado com intensidade e/ou gravidade (ver tabela 6).

**Tabela 6**

Resultados da EDCLC.

	Resultados					
	Critério A	Critério B	Critério C	Critério D	Critério E	Critério F
Com LC	1	≥ 4	≥10	1	≥ 3	2
Sem LC	0	≤4	≤10	0	≤3	≤1

Deste modo, para que a perturbação de LC esteja presente é necessário que todos os critérios propostos para o DSM-5 e CID-11 estejam presentes, com os valores mínimos indicados.

Para o estado de validade convergente da narrativa protótipo de LC, utilizou-se o **Questionário de Validação Convergente da Narrativa protótipo de Luto Complicado** operacionalizando a questão da viabilidade e correspondência desta segundo Riessman (1993), de modo a que todos os participantes se pudessem identificar com a narrativa protótipo constituída.

Com base no questionário construído para a validação convergente e adoptando o instrumento usado numa investigação congénere com sujeitos com depressão (Maia, 1998), realizamos uma escala de *Likert* de cinco pontos para avaliação do grau de relação da narrativa protótipo com a vida do participante. O instrumento construído visa quantificar a identificação dos participantes à narrativa protótipo de LC. Após a leitura da narrativa em questão propõe-se

que o participante avalie o grau de relação dessa narrativa com a da sua própria vida, através de uma escala *Likert* de cinco pontos, correspondentes aos seguintes valores, sendo que 1 corresponde a “nenhuma relação com a minha vida” e 5 “total relação com a minha vida”. Este Instrumento foi designado de Questionário de Validação Convergente da Narrativa protótipo de LC e realizado numa versão única, uma vez que todas as questões que diferem os grupos foram colocadas no questionário sociodemográfico.

**O Questionário de Validação Divergente Avaliação da Narrativa Protótipo do Luto Complicado** foi concebido para registar o grau de identificação das narrativas protótipo com a vida do participante. Na construção deste instrumento, a ordem pela qual as narrativas protótipo foram apresentadas foi alternada e a distribuição pelos sujeitos foi aleatória. No fim de cada narrativa, o participante teria que preencher a escala de *Lickert* com os seguintes valores sendo que 1 corresponde a “nenhuma relação com a minha vida” e 5 “total relação com a minha vida”. Perante esta escala é de salientar que existe probabilidade do participante atribuir o mesmo grau de identificação a mais do que uma narrativa apresentada.

### *Procedimentos*

Todos os estudos realizados sobre seres humanos levantam questões éticas e morais que têm de ser salvaguardadas de modo a que todos os participantes estejam protegidos de qualquer consequência lesiva.

O contrato com os participantes realizou-se em dois momentos com intervalo de 2 semanas aproximadamente. No primeiro momento, a recolha foi realizada em grupo ou individualmente dependendo das condições disponibilizadas pelas instituições, num contexto planeado para o efeito em todas as instituições autorizadas.

No segundo momento da investigação, após um novo contacto via correio electrónico ou pessoalmente, a aplicação do instrumento apresentado realizou-se individualmente, em contexto planeado para o efeito.

No início procedeu-se à aplicação da entrevista EDCLC e foi dito ao participante que poderia colocar dúvidas, sempre que não percebesse alguma questão, podendo parar a entrevista sempre que assim quisesse.

Após a realização da entrevista, procedeu-se à aplicação do Questionário de Validação Convergente da Narrativa protótipo de LC. Relativamente ao procedimento em si, começou-se por entregar aos participantes um exemplar da narrativa protótipo sem título para evitar

qualquer sugestão. Após o término da leitura, o questionário era entregue ao participante sublinhando que o objectivo da identificação incidia sobre o personagem no conjunto das suas reacções e não tanto no acontecimento em si. A recolha dos dados no grupo com LC e sem LC foi efectuada pela autora e por membros do grupo de investigação do luto no Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde (ISCS-N) nas instituições nas instituições autorizadas (Santa Casa de Misericórdia de Santo Tirso/Trofa; Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte; Centro de Saúde de Santo Tirso) em espaços adequados à investigação.

A recolha de dados da validação divergente foi realizada no mesmo momento, apenas aos participantes que tinham LC pela EDCLC. Assim, depois de se aplicar o questionário relativo à validação convergente e de verificar o resultado da EDCLC, passou-se à aplicação do Questionário de validação divergente numa amostra de participantes com LC.

Após o término da leitura, o participante teria que preencher a escala de Lickert para cada narrativa apresentada. A recolha de dados a validação divergente foi também realizada pela autora e membros do grupo de investigação de Luto no mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde (ISCS-N) quer pelas respectivas psicólogas clínicas nas instituições autorizadas (Santa Casa de Misericórdia de Santo Tirso/Trofa; Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte; Centro de Saúde de Santo Tirso) num espaço calmo, privado, com as características específicas para a investigação.

Relativamente à análise estatística, para a validade convergente da narrativa protótipo do LC utilizámos o teste não-paramétrico para duas amostras independentes do Qui-Quadrado, para várias amostras e com categorias hierarquizadas (Ribeiro, 2008). Este teste permitiu comparar as médias de relação com a narrativa protótipo, por parte dos participantes com LC e dos indivíduos sem LC. Assim, no tratamento estatístico de dados utilizou-se o programa SPSS (versão 19.0) para a respectiva computação.

No sentido de realizar a validação divergente e verificar as diferenças estatisticamente significativas do grau de identificação com as várias narrativas protótipo, optou-se por utilizar a análise não paramétrica, o teste de Friedman (para mais de duas amostras relacionadas), uma vez que a análise dos resultados da avaliação das narrativas protótipo obrigou a um tratamento estatístico independente para cada uma delas. Para tal foi necessário o programa SPSS (versão 19.0).

## 5. Resultados

### 1) Validação Convergente da Narrativa Protótipo do Luto Complicado.

Tendo em conta a hipótese estabelecida para a validação convergente da narrativa protótipo de LC, efectuou-se o tratamento estatístico através do teste Qui-Quadrado para amostras não-paramétricas.

Os resultados deste estudo indicam claramente que existe uma diferença significativa ( $p < 0,001$ ) entre as respostas das duas amostras. Assim, na amostra com LC, os participantes escolhem graus de relação elevados, enquanto que na amostra sem LC escolhem os graus menores.

A análise da tabela 7 e do gráfico 1 permite-nos perceber que na amostra sem LC, 0% tem total relação com a narrativa, 4,4% afirma ter muita relação com a narrativa, 13,3% tem relação com a narrativa, 26,7% tem alguma relação com a narrativa e por último 55,6% da amostra declara não ter qualquer relação com a narrativa protótipo de LC. No grupo de participantes com LC 35,7% apresentam total relação com a narrativa protótipo, 35,7% apresenta muita relação com a narrativa protótipo 14,3% apresenta relação com a narrativa, 14,3% apresenta alguma relação com a narrativa e 0% da amostra com LC afirma não ter nenhuma relação com a narrativa. Deste modo, a observação dos resultados permite concluir que existem diferenças sistemáticas entre as duas amostras.

**Tabela 7**

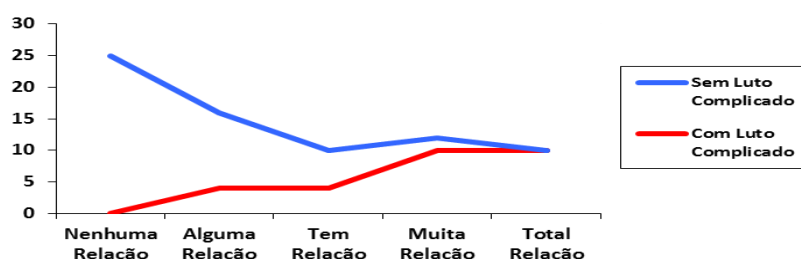
Resultados do Qui-Quadrado na Validação Convergente da Narrativa Protótipo do Luto Complicado.

Grau de Relação	Sem Luto Complicado		Com Luto Complicado		$\chi^2(1)$	p
	n	%	n	%		
Nenhuma Relação	25	55,6	0	0		
Alguma Relação	12	26,7	4	14,3		
Tem Relação	6	13,3	4	14,3	43,112	.000**
Muita Relação	2	4,4	10	35,7		
Total Relação	0	0	10	35,7		

\*\*p<.01

## Gráfico 1

Frequência de Respostas Face ao Acordo com a Narrativa de Luto Complicado para Casos com e sem Luto Complicado.



### 2) Validação Divergente da Narrativa Protótipo numa Amostra com Luto Complicado

A hipótese estabelecida para a validação divergente sugeria que os participantes com LC tenderiam a considerar a narrativa protótipo de LC, aquela com que teriam maior relação, escolhendo, portanto, os níveis superiores da escala. Os resultados, que se encontram no quadro seguinte indicam essa relação.

## Tabela 8

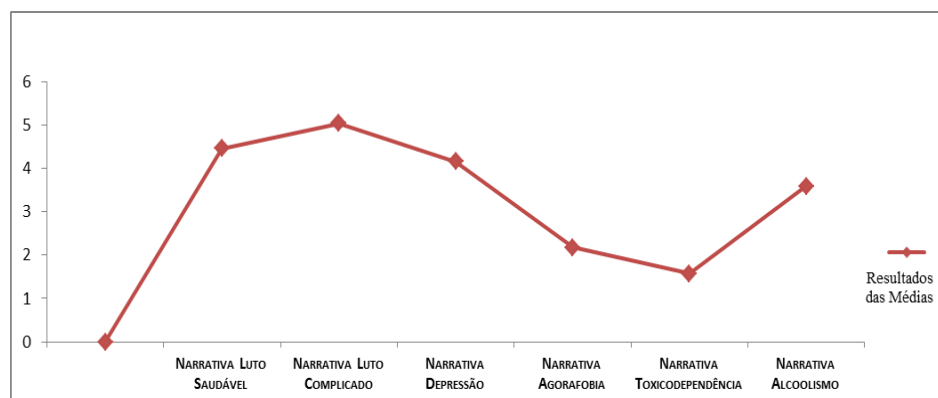
Médias e Teste de Friedman do Grau de Identificação com Narrativas Protótipo numa Amostra com Luto Complicado.

Narrativas Protótipo	Médias de Ordem	$\chi^2(1)$	<i>p</i>
Narrativa Protótipo de Luto Saudável	4,46		
Narrativa Protótipo de Luto Complicado	5,04		
Narrativa Protótipo de Depressão	4,16	85,546	,000**
Narrativa Protótipo de Agorafobia	2,18		
Narrativa Protótipo de Toxicodpendência	1,57		
Narrativa Protótipo de Alcoolismo	3,59		

\*\**p*<.01

## Gráfico 2

Médias e Teste de Friedman do Grau de Identificação com Narrativas Protótipo numa Amostra com Luto Complicado.



Após a análise estatística do teste de Friedman (ver tabela 8 e gráfico 2) verificou-se a existência de diferenças significativas ( $\chi^2 = 85,546$ ;  $p=.000$ ). Este valor aponta para uma diferença significativa entre os graus de identificação dos participantes com LC nas diferentes narrativas protótipo, sendo estas claramente diferenciadas pela amostra alvo.

A observação dos resultados indica que a narrativa protótipo de LC, tal como esperado, é a que atinge o nível mais elevado de ordem (5,04). Segue-se a narrativa do LS (4,46), da depressão (4,16), do alcoolismo (3,59) e da agorafobia (2,18). A narrativa da toxicodependência (com 1,57) é aquela que os participantes com LC consideram como menos característica de si próprios.

## 6. Discussão

O estudo da validação convergente da narrativa protótipo de LC implicou a análise do modo como a população se revê na narrativa. A metodologia utilizada para a sua construção faz parte do leque de metodologias qualitativas, pelo que através da análise de entrevistas com participantes com LC constitui-se uma narrativa protótipo para esta amostra (Moreira, 2010). Tal como Connely e Clandinin (1990) declaram, a narrativa protótipo deve conter em si o sentido integral da experiência sem que nenhum detalhe se perca e desperte nos receptores a necessidade de estabelecer relação com a sua experiência. Deste modo, a metodologia quantitativa utilizada para a validação convergente vem ao

encontro da literatura, verificando-se que os participantes com LC identificam-se mais com a narrativa protótipo de LC comparativamente aos sujeitos sem diagnóstico de LC.

Face a estes resultados, podemos afirmar que a narrativa protótipo de LC tem um significado estatisticamente significativo para o grupo de participantes com LC que os permite diferenciar da população saudável. Estes resultados evidenciam vão na mesma direcção dos estudos realizados por Gonçalves, (1996) Maia, (1998) Henriques (2000) Machado, (2005); Duarte, (1993); Sá, (2009) & Moreira (2010). Todos estes estudos concluíram que o conteúdo narrativo e a organização discursiva dos diferentes tipos de psicopatologia correspondem a distintas organizações prototípicas, com elementos rígidos e inflexíveis da organização narrativa da experiência. Tal só é possível com a identificação e validação das narrativas protótipo dos vários tipos de organização narrativa na psicopatologia.

Da análise da validação divergente da narrativa protótipo de LC podemos concluir que, os participantes com LC não só se identificam com a narrativa protótipo, como também diferenciam significativamente o grau com que se identificam com a narrativa protótipo comparativamente às outras narrativas.

As médias mais elevadas encontram-se na narrativa do LS, na depressão e alcoolismo constituindo assim um dado importante, uma vez que se tratam de narrativas em que o acontecimento inicial é idêntico (uma perda significativa) mas todos os outros elementos que constituem a narrativa são diferentes (respostas internas, objectivo, acção, resultado e fim). É de salientar que a narrativa do LS e da depressão apresentam o mesmo acontecimento precipitante, a morte, sendo entendido como a perda de uma pessoa significativa. No entanto, as narrativas não tiveram a mesma média, pois os elementos das categorias gramaticais não eram os mesmos. A narrativa da agorafobia obteve uma média inferior a todas as outras narrativas, apesar de apresentar um acontecimento precipitante de alguém significativo (internamento hospitalar) sendo entendido como uma ameaça de perda. Assim, apesar da semelhança entre os acontecimentos, as narrativas não obtiveram o mesmo grau de identificação e revelaram diferenças nas respostas internas, objectivos, acção, resultado e/ou fim, foram determinantes para diferenciar o grau com que os participantes com LC se identificam com estas narrativas.

Os resultados obtidos nesta investigação vão ao encontro dos resultados obtidos por Maia, (1998) e Henriques (2000). Nestes estudos, as autoras concluíram que quer a narrativa protótipo da depressão, quer a narrativa protótipo da agorafobia diferenciaram-se significativamente de todas as outras narrativas comparadas, mesmo apresentando um



acontecimento precipitante que envolve-se um perda significativa comum em algumas narrativa comparadas.

Para melhor compreensão dos resultados obtidos, realiza-se agora uma análise comparativa entre os elementos gramaticais que compõem as narrativas protótipo do LC, do LS, da depressão, de agorafobia, toxicodpendência e alcoolismo (ver tabela 10).

A leitura da tabela 10 permite observar as semelhanças entre contexto e acontecimento precipitante nas narrativas do LS, LC, depressão, agorafobia, toxicodpendência e alcoolismo. A partir destes elementos, podemos constatar alguma divergência. Enquanto que, a pessoa com LC chora e grita, com LS paralisa e chora; o depressivo paralisa; e o alcoólico chora e foge; com um sentimento final de fragilidade, o alcoólico, que à tristeza adiciona a tensão, procura ultrapassar a situação fugindo dela. Na categoria gramatical dos resultados, são frequentes os sentimentos de saudade, solidão nas narrativas de LS, LC, alcoolismo. A única narrativa que se refere ao abandono é a narrativa da depressão. Na última categoria, o LC diferencia-se de todas as outras narrativas, uma vez que há dificuldade em lidar com a perda, a nova realidade. A narrativa protótipo de toxicodpendência é aquela que mais se afasta da experiência dos participantes, pois difere em todos os seus elementos gramaticais da narrativa.

Assim, ao verificarmos que os participantes com LC diferenciam estas narrativas, podemos supor que serão estes elementos (ou pelo menos alguns deles) que o permite distinguir entre diferentes psicopatologias. Esta observação está de acordo com a perspectiva construtivista e narrativa, pois é "... através do processo de estruturação das experiências, dentro desta estrutura narrativa, que o ser humano encontra coerência e significado na sua vida" (Henriques, 2000, p. 144).

## **7. Conclusão**

Com o presente estudo foi possível validar de forma convergente e divergente a narrativa protótipo do LC construída através de metodologias qualitativas.

Os resultados relativos à validação convergente demonstram que em comparação com uma amostra sem LC, os participantes com LC identificam-se significativamente com a narrativa protótipo do LC, podendo assim afirmar que a narrativa validada assume me agora um protótipo do fenómeno.

Quanto à validação divergente, os resultados vão ao encontro dos esperados, pois a narrativa protótipo de LC foi diferenciada significativamente como sendo aquela que os participantes com LC mais se identificaram comparativamente às outras narrativas. As próximas investigações poderão desenvolver outros aspectos da validação divergente da narrativa protótipo de LC, quanto à diferença das médias de identificação nas narrativas e a importância do falecido ou o tipo de relação estabelecido. No futuro será relevante realizar a validação divergente numa amostra de significativos para as pessoas com LC e estudos de validação divergente da narrativa protótipo numa amostra de psicoterapeutas. No entanto, considera-se deveras importante reflectir sobre as limitações desta investigação. As características da amostra, nomeadamente, a idade dos participantes constituíram uma limitação, pelo que existe um elevado número de participantes jovens adultos em detrimento da população de meia-idade e idosa, o que pode desencadear enviesamentos nos resultados. Além disso, a amostra com LC tem diferenças sócio-demográficas em relação à sem LC, pois a maioria da amostra com LC é idosa.

Como tal, é importante que posteriores estudos portugueses e internacionais incluam uma amostra diversificada e emparelhada em todas as suas características.

É importante salientar ainda que do LC é um fenómeno extremamente complexo podendo causar no indivíduo uma total incapacidade das várias vertentes da sua vida, e por isso não pode ser discriminado pelos profissionais de Saúde. Estes devem ter em consideração o modo como os sintomas se apresentam e a forma como os indivíduos narram a sua experiência, pois a narrativa pode ser uma fonte de sentido para a pessoa, contribuindo assim para o diagnóstico do LC.

### **Referências Bibliográficas**

- Angus, L. E., Levitt, H., & Hardtke, K. (1999). The Narrative Process Coding System: Research applications and implications for psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1255-1270.
- Boelen, P. & Van den Bout (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*, 157,311–314.
- Connelly, F. M., & Clandinin, D. J. (1990). Stories of experience and narrative inquiry. *Educational Researcher*, 19, 214.

- Duarte, Z. (1993) *Narrativas Protótipo e Dependência Alcoólica*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho, Braga-Portugal.
- Frade, B. (2009). *Validação e Adaptação para a Língua Portuguesa do Inventário de Luto Complicado*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, Gandra-Portugal.
- Golden, A. & Dalgleish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Research*, 178, 336–341.
- Gonçalves, O. (1996). Cognição, Narrativa e Psicoterapia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 255-263.
- Gonçalves, O. F. (2002). *Viver narrativamente. A psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, O.; Maia, A.; Alves, A.; Soares, I.; Duarte, Z. ; Henriques, M. (1996) Narrativas Protótipo e Psicopatologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 307-317.
- Guidano, V. (1991) *The self in process*. New York: The Guilford Press.
- Harré, R., Gillet, G. (1994). *The discursive mind*. Londres: Sage.
- Henriques, M. (2000). *Narrativas e Agorafobia: Construção e Validação de uma Narrativa Protótipo*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Minho, Braga-Portugal.
- Komaroff, A. & Coburn, E. (2006). Complicated grief. *Harvard Medical School*, 23, 1-3.
- Horowitz, M., Bonanno, G., & Holen, A.(1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260 – 273.
- Machado, B., Gonçalves, O., Machado, P., Henriques, M., Brandão, I., Torres, A. (2005) Anorexia nervosa e construção de significado: Validação divergente de uma narrativa protótipo. *Comportamento Alimentar*, 2 (4), 1-12.

- Maia, A. (1998). *Narrativas Protótipo e Organização do Conhecimento da Depressão*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Minho, Braga-Portugal.
- Moreira, F. (2010). *Narrativa Protótipo do Luto Complicado na População Portuguesa*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, Gandra-Portugal.
- Neimeyer, R. (2000). Narrative disruptions and the construction of the self. In R. Neimeyer & J. Raskin (Eds.). *Constructions of disorder*. Washington: American Psychological Association Press.
- Neimeyer, R., Prigerson, H. G., & Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist*, 46, 235–251.
- Prigerson, H., Frank, E., Kasl, S., Reynolds, C., Anderson, M., Zubenko, G., Houck, P., George, C., & Kupfer, D. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22–30.
- Reissman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rennie, D. (1994) Storytelling in psychotherapy: the clients subjective experience. *Psychotherapy*, 31(2), 163-186.
- Sá, M. (2009). *Narrativa Protótipo do Luto na População Portuguesa*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, Gandra-Portugal.
- Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E. & Sillowash, C. (2007). An Attachment-based Model of Complicated Grief including The Role of Avoidance. *Archive Psychiatry Clinical Neuroscience*, 257, 453-461.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- 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(3-4), 185-201.

Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370, 1960-1973.

Stroebe, M., Van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., Van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, 20(1), 57-75.

Weathers, F. W., Ruscio, A., Reane, T. (1999). Psychometric Properties of Nine Scoring Rules for The Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. *Psychological Assessment*, 11(2), 124-133.

**Anexo VI: Resumo Submetido para Poster no 12<sup>th</sup>  
European Conference on Traumatic Stress, Viena,  
Áustria.**

## **Construction and Validation of Complicated and Healthy Grief Prototype Narratives**

**Sousa, V.;** Sá, M.; Moreira, F.; Barbosa, V.N.; Castro, S.; Rocha, J.; UnIPSa; Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS), Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, CESPU. Rua Central de Gandra, 1317. 4585-116 Gandra PRD, Portugal.

The individual constructs, organizes himself and his experiences around coherent, complex and diverse narratives. In this sense the need arises to organize the discourse of prototype narratives for the experience of healthy Grief (HG) and complicated grief (CG).

The aim is to build, validate and compare two prototype narratives: HG and CG. Participants are identified by a structured interview. Once narratives are collected, a content analysis is carried out that enables the construction of prototype narratives through 7 categories. When these two prototype narratives are built they are compared and validated.

The instruments used are: sociodemographic questionnaire; interview for bereavement episodic recall and Inventory of Complicated Grief (ICG).

For HR narrative we had 15 participants (6 women and 9 men, age  $M=38.7$   $SD=9.6$ ) and for CG narratives had 11 participants (ICG cutoff  $\geq 25$ ; 10 women and 1 man, age  $M=46.2$   $SD=10.5$ ). Validation sample had 45 participants: 15 healthy adults without CG, 15 with CG and 15 psychotherapists.

The narratives for both complicated and healthy grief are presented. We found differences concerning the context, the precipitating event, and the end results.

Divergent and convergent validation results for CG prototype narrative allow discussion about the value of constructed narratives for practice and research.

**Keywords:** construction, validation, narratives, healthy grief, complicated grief.



**12th European Conference on Traumatic Stress**  
*Psychotraumatology and Human Rights*  
Vienna, Austria, 2-5 June 2011

**Certificate of Attendance**

This is to certify that **Virgiana SOUSA** attended the 12<sup>th</sup> European Conference on Traumatic Stress 2011 held in Vienna, Austria, from 2<sup>nd</sup> to 5<sup>th</sup> June 2011. Full details of his/her contribution to the conference program are available on the program website:  
<http://www.eurojnlofpsychotraumatol.net/index.php/ejpt/issue/current>

Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster  
*Chair of the Organization Committee / President elect of ESTSS*