TÂNIA MARIA ALVES

Formação de indicadores para a psicopatologia do Luto

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de: Psiquiatria
Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Alves, Tânia Maria

Formação de indicadores para a psicopatologia do luto / Tânia Maria Alves. --
São Paulo, 2014.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.

Orientador: Francisco Lotufo Neto.

Descritores: 1.Luto 2.Estudos de validação 3.Consternação 4.Análise fatorial
5.Psicometria 6.Escalas de graduação psiquiátrica 7.Curva ROC

USP/FM/DBD-359/14

Ao meu Pai Manoel Alves de Santana
In memoriam

Eu deixarei que morra em mim o desejo de amar os teus olhos que são doces
Porque nada te poderei dar senão a mágoa de me veres eternamente exausto.
No entanto a tua presença é qualquer coisa como a luz e a vida
E eu sinto que em meu gesto existe o teu gesto e em minha voz a tua voz.

Ausência
(trecho)
Vinícius de Moraes, 1992.

Essa separação, no entanto, não pode ser absoluta, exceto no artifício do pensamento.
São precisamente nossas introjeções e identificações que nos constituem e é a interiorização de objetos amados asseguradores que constroem nosso sentimento de existência. É preciso equilibrar a separação mediante a constatação de que não nos separamos jamais daquele que conhecemos, que continua a existir em nós em forma de vestígio, de sombra, do experimentado.

AGRADECIMENTOS

- Ao Diretor Clínico deste Instituto, Dr. Édson Hirata e ao meu orientador Prof. Dr. Lotufo Neto por terem acreditado neste projeto;
- Aos pacientes por terem aceitado esta proposta de trabalho;
- Ao Prof. Dr. Júlio César Rodrigues Pereira. Seria impossível chegar até aqui sem os seus ensinamentos;
- Aos amigos Cida, Nadir, Robertinho e Raymond pelas contribuições e por aguentarem minhas lamentações;
- À Melaine Cristina de Oliveira pela contribuição estatística;
- Aos funcionários Irene Sigarrista e Vinícius Alves Ribeiro pela ajuda em manter este ambulatório;
- À Tania Aparecida Costardi, pela ajuda no português;
- Ao meu irmão, sobrinha e primas, por morarem no meu mundo interior e
- À minha mãe, por rezar por mim todas as noites...

A tentativa de resgatar, no mundo real, a consciência da morte não deve ser entendida como interesse mórbido, doentio de quem vive obcecado pela morte inevitável, atitude que seria pessimista e paralisante. Ao contrário, ao reconhecer a finitude da vida, reavaliamos nosso comportamento e escolhas, e podemos proceder a diferente priorização de valores.

Maria Lúcia de Arruda Aranha
Maria Helena Pires Martins
Filosofando. Introdução à Filosofia, 2003.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE SIGLAS

1. INTRODUÇÃO	01
2. JUSTIFICATIVAS	05
2.1. Porque pesquisa a respeito de luto	05
2.2. Necessidade de validação adicional e aplicação clínica	05
3. OBJETIVOS	07
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	07
4.1. Contribuições ao conhecimento sobre luto	07
4.2. Duração do luto	13
4.3. Sobre luto complicado	13
4.4. A retirada do <i>Bereavement Exclusion</i> no DSM-5	20
4.5. Fatores de risco para luto complicado	21
4.6. Processo de adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental	22
4.6.1. Validações (Equivalências) e métodos para alcançá-las	23
4.6.1.1. Equivalência de conteúdo	23
4.6.1.2. Equivalência semântica	23
4.6.1.3. Equivalência técnica	24
4.6.1.4. Equivalência de critério	24
4.6.1.5. Equivalência conceitual	26
4.7. Conceito de validade	26

4.7.1. Validade relacionada a conteúdo	27
4.7.1.1. Validade de conteúdo	27
4.7.1.2. Validade de face	27
4.7.2. Validade relacionada a critério	28
4.7.2.1. Validade concorrente	28
4.7.2.2. Validade preditiva	28
4.7.3. Validade relacionada a constructo	28
4.7.3.1. Validade convergente	28
4.7.3.2. Validade discriminante	29
4.7.3.3. Validade fatorial	29
 5. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	 29
5.1. Planejamento	29
5.2. Rigor e ética	29
5.3. Critérios de inclusão e exclusão	30
5.4. Amostra e captação de pacientes	30
5.5. Análise dos dados	31
5.5.1. Nominais	31
5.5.2. Ordinais	31
5.6. Processo de validação do TRIG	31
5.6.1. Tradução e adaptação transcultural	31
5.6.2. Consistência interna do instrumento	32
5.6.3. Validação de critério	32
5.6.3.1. Formação do critério clínico	32
5.6.3.2. Sensibilidade, especificidade e ponto de corte	33
5.6.4. Validação de constructo	34

6. RESULTADOS	37
6.1. Processo de tradução e adaptação do TRIG para o português	37
6.1.1. Equivalência Semântica	37
6.1.2. Equivalência de conteúdo	38
6.2. Característica da amostra	41
6.3. Identificação dos grupos com e sem luto complicado a partir do critério clínico de luto complicado	44
6.3.1. Medida de homogeneidade entre os grupos com e sem luto complicado	46
6.3.1.1. Para as variáveis qualitativas	46
6.3.1.2. Para as variáveis quantitativas	50
6.3.2. Variáveis associadas ao luto complicado	50
6.4. Sensibilidade e especificidade pela curva ROC	51
6.5. Pontos de corte para delimitar pontos positivos	53
6.6. Validade de constructo	54
6.6.1. Análise fatorial exploratória	54
6.6.2. Análise fatorial confirmatória	55
7. RESUMO DOS ACHADOS	59
8. DISCUSSÃO	60
8.1. Sobre a versão portuguesa do TRIG	60
8.2. Sobre o luto complicado	63
8.3. Estimativas de risco para desenvolver luto complicado	67
9. PONTOS FORTES DO ESTUDO	68
10. LIMITAÇÕES	68

11. CONCLUSÕES	69
12. ANEXOS	70
12.1. Folha de resposta do 'Texas Revised Inventory of Grief' (Faschingbauer, Zissok e Devaul, 2005)	70
12.2. Carta autorização do autor para tradução do TRIG para o português e estudo de validação	71
12.3. Folha de resposta do TRIG, versão português do Brasil	72
12.4. Artigo submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria	73
13. REFERÊNCIAS	85

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1:	Frequência da idade entre os enlutados	43
Gráfico 2:	Frequência da escolaridade entre os enlutados	44
Gráfico 3:	Distribuição média do escore (Parte II) em relação ao tempo de luto em toda a amostra	49
Gráfico 4:	Distribuição média do escore (Parte II) em relação ao tempo de luto entre os grupos com e sem luto complicado	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Principais pontos de abrangência que o instrumento TRIG oferece e os validados por Barros em 2008	06
Quadro 2:	Critério diagnóstico para luto complicado segundo Horowitz (1997)	14
Quadro 3:	Critério diagnóstico para luto complicado segundo Prigerson (1999) e Prigersons e Jacobs (2001a,b)	15
Quadro 4:	Transtorno do luto complexo persistente - critérios propostos pelo DSM-5	18
Quadro 5:	Parâmetros para cálculo do tamanho da amostra	30
Quadro 6:	TRIG – variáveis e seus escores para cálculo da sensibilidade e especificidade	34
Quadro 7:	TRIG - Ajustes semânticos	37
Quadro 8:	Semelhanças e diferenças entre a amostra deste estudo e o de Faschingbauer et al. (2005)	62

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1: TRIG - Matriz de correlação entre itens da parte I	38
Tabela 2: TRIG - Relevância de cada variável dentro da parte I	39
Tabela 3: TRIG - Relevância de cada variável dentro da parte II	40
Tabela 4: TRIG - Matriz de correlação entre os itens da parte III	41
Tabela 5: Perfil sociodemográfico da amostra	42
Tabela 6: Perfil sociodemográfico – variáveis contínuas	42
Tabela 7: Definição de luto complicado	44
Tabela 8: Frequências das doenças clínicas e mentais entre os grupos com e sem luto complicado	45
Tabela 9: Perfil sociodemográfico – Medida de homogeneidade entre os grupos com e sem luto complicado	47
Tabela 10: Perfil sociodemográfico (variáveis contínuas) entre os grupos com e sem luto complicado	50
Tabela 11: Variáveis que apresentaram associação com luto complicado controlando pelos fatores heterocedásticos	51
Tabela 12: Área sob a curva ROC e seus respectivos alphas de Cronbach	51
Tabela 13: Valores da sensibilidade e especificidade para cada parte do instrumento e no seu total	52
Tabela 14: Média dos escores para ponto de corte positivo	53
Tabela 15: Variáveis que apresentaram associação com luto complicado, levando em consideração a média dos escores das partes I, II, III e total - Regressão logística I.	53
Tabela 16: Análise fatorial exploratória - fatores das partes I, II e III	54
Tabela 17: Análise confirmatória - melhor ajuste para os fatores encontrado na análise fatorial	56
Tabela 18: Parâmetros de ajuste para o modelo final - Regressão logística II	56
Tabela 19: Análise confirmatória - parâmetros para o modelo final	57
Tabela 20: Variáveis que apresentaram associação com luto complicado, considerando os fatores emergidos da análise confirmatória – Regressão logística III	58
Tabela 21: Estimativa de risco para luto complicado	68
Tabela 22: Estimativas de risco para luto complicado	68

LISTA DE ABREVIATURAS

col.	colaborador(es)
Dr.	doutor
df.	<i>degrees of freedom</i>
ed.	edição
et al.	e outros
fig.	figura
n	amostra
nov	novembro
p	<i>probability level</i>
p.	página
p. ex.	por exemplo
prev.	prevalência
prof.	professor
rev.	revista
S.E.	<i>standard error</i>
sig.	significância
Std. dev.	<i>standard deviation</i>
v.	volume
valor pred. nega.	valor preditivo negativo
valor pred. posit.	valor preditivo positivo

LISTA DE SIGLAS

AIC	<i>Akaike Information Criterion</i>
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AGFI	<i>Adjusted Goodness-of-fit index</i>
AMOS	<i>Structural Equation Modeling</i>
AMP	<i>American Psychiatry Association</i>
APA	Associação Americana de Psiquiatria
BGC	<i>Brief Grief questionnaire</i>
BIC	<i>Bayesian Information Criterion</i>
CI	Intervalo de confiança
CID-11	Código Internacional das Doenças, 11ª revisão
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CGM	<i>Complicated Grief Module</i>
DF	<i>Degrees of Freedom</i>
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder - 5ª Edition</i>
FLN	Francisco Lotufo Neto
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GFI	<i>Goodness-of-fit index</i>
ICG	<i>Inventory of Complicated Grief</i>
ITG-R	<i>Inventory of Traumatic Grief- Revised</i>
NFI	<i>Normed Fit Index</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PG-13	<i>Prolonged Grief Disorder Instrument</i>
PNFI	<i>Parsimony Normed Fit Index</i>
RMR	Raiz quadrada Média Residual
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Aproximation</i>
ROC	<i>Receiver Operating Characteristic</i>
SRMR	<i>Standardized root mean square residual</i>
SPSS	<i>Statistical Program for the Social Sciences</i>
SCID	<i>Structure Clinical Interview</i>
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
TIG	<i>Texas Inventory of Grief</i>
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>
TMA	Tânia Maria Alves
TRIG	<i>Texas Inventory Revised of Grief</i>
VPN	Valor Preditivo Negativo
VPP	Valor Preditivo Positivo

RESUMO

Introdução: luto complicado é caracterizado pela procura persistente pelo falecido, tristeza e dor emocional intensos em resposta à morte de ente querido. Luto complicado é frequentemente pouco reconhecido e subtratado. O Texas Inventory Revised of Grief (TRIG) é um instrumento de alta confiabilidade e validade na medida de avaliação do luto. Nosso objetivo foi traduzir, adaptar e validar o TRIG para Português do Brasil e verificar se o mesmo, em uma população enlutada, é capaz de distinguir entre os que têm e os que não tem luto complicado assim como identificar quais elementos da escala contribuem para isso.

Métodos: o trabalho foi realizado em duas etapas: a) tradução e adaptação transcultural do TRIG para o português do Brasil e b) estudo em corte transversal para análise da confiabilidade e validação desse instrumento.

Participantes: 165 pacientes adultos foram recrutados de: a) Ambulatório de Luto do Departamento e Instituto de Psiquiatria - Universidade de São Paulo, b) Ambulatório de convênio e Particulares no mesmo departamento e, c) Colegas de trabalho que perderam um ente querido. Todos os pacientes foram entrevistados com o TRIG e de acordo com critérios clínicos, 69 dos 165 pacientes enlutados foram diagnosticados com luto complicado.

Resultados: quanto à tradução e adaptação transcultural, o TRIG foi traduzido para o português, feito a retrotradução para o inglês e adaptado à cultura local. Esse processo foi realizado por dois psiquiatras bilíngues. A confiabilidade e consistência interna do instrumento foram medidos pelo coeficiente de Alpha de Cronbach que alcançou 0,735 para parte I e 0,896 para a parte II do instrumento. A sensibilidade, especificidade e ponto de corte para identificar enlutados com e sem luto complicado foram medidos pela Curva ROC. Viu-se que usando o ponto de corte encontrado de 104 (escore total das partes I, II, III + variáveis psicográficas), é possível classificar corretamente 71,3% dos indivíduos com e sem luto complicado. A validação do instrumento foi realizada pela análise fatorial exploratória e confirmatória. Pela regressão logística demonstrou-se que nível educacional, idade do falecido, idade do enlutado, perda de filho(a) e morte do tipo inesperada são fatores de risco para luto complicado. Nossos resultados também sugerem que religião pode influenciar luto complicado.

Conclusões: a versão traduzida e adaptada do TRIG para o português é confiável e válida como medida do luto tanto quanto a versão original. O TRIG foi capaz de distinguir pacientes com e sem luto complicado. Nós sugerimos o uso do TRIG com ponto de corte igual a 104 para identificar enlutados com luto complicado.

Descritores: luto, estudos de validação, consternação, análise fatorial, psicometria, escalas de graduação psiquiátrica e curva ROC.

SUMMARY

Background: Complicated grief is characterized by persistent yearning for the deceased, intense sorrow and emotional pain in response to death causing significant distress. Complicated grief is often underrecognized and under treated. The Texas Revised Inventory of Grief (TRIG) is a questionnaire that has been demonstrated to have high validity and reliability in the assessment of complicated grief. Our objective was to translate, adapt, and validate the TRIG to Brazilian Portuguese and to verify whether the TRIG, in a bereaved population, is able to distinguish between those with and those without complicated grief and to identify which elements in the scale contribute to this.

Methods: Two stages: a) cross-culture adaptation of a questionnaire, and b) cross-sectional study of reliability and validity.

Setting and Participants: 165 adult patients were recruited from a) the Grief Outpatient Clinic at the Department and Institute of Psychiatry - University of São Paulo, b) private practice at the same department, and c) co-workers who have lost a loved one. All the patients were interviewed with the TRIG. According to clinical criteria 69 of 165 bereaved patients were presenting complicated grief.

Results: Cross-culture adaptation: the TRIG was translated from American English, then back-translated and finally compared with the Brazilian Portuguese version by two bilingual psychiatrists. Reliability: the Cronbach's alpha coefficients (internal consistency) of the TRIG scales were 0,735 (part I) and 0,896 (part II). Sensitivity, specificity as well as cutoff points to identify complicated and non-complicated grief, were measured using the ROC curve.

Using the total score of 104 (part I + part II + Part III + psychographics variables), we can correctly classify 71.3% of individuals with and without complicated grief. The construct validity was assessed by exploratory factor analysis and confirmatory analysis. Furthermore, by logistic regression, our study demonstrated that a low education level, age of the deceased and age of the bereaved, loss of a son or daughter, and unexpected death were all risk factors for complicated grief. Our results also suggest that religion may influence complicated grief.

Conclusions: The TRIG adapted to Brazilian Portuguese is as reliable and valid as the original version. In the evaluation of Brazilian bereaved, it was able to distinguish individuals with and without complicated grief. And, we suggest a cut-off value of 104 for complicated grief.

Descriptors: grief, validations studies, bereavement, factor analysis statistical, psychometrics, psychiatric status rating scales and ROC curve

1. INTRODUÇÃO

A perda de um ente querido, ou a privação deste, principalmente por morte, é consistentemente descrita como um dos eventos de vida mais estressantes afetando muito o bem-estar físico, social e psicológico (Stroebe e Stroebe, 1993).

Para Freud (em seu trabalho *Luto e Melancolia*, escrito em 1914, e publicado em 1917), o luto de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém (p. 275).

Perda significa, literalmente, ser privado de alguém pela morte, e está relacionada a um estado de luto. Além daquele vinculado a uma pessoa amada, o luto pode ocorrer como resultado da perda do status, da amputação de partes do próprio corpo, ou, entre outras, da perda de um animal de estimação. O luto sem complicações é visto como uma resposta normal em vista da previsibilidade de seus sintomas e de seu curso. De início, o luto frequentemente se manifesta por um estado de choque, podendo ser expresso como um sentimento de torpor e de completo atordoamento. Esta aparente incapacidade de compreender o que aconteceu pode ter curta duração; é seguida por expressões de sofrimento e desespero, como suspiros e choros, embora na cultura ocidental seja uma caracterização de tristeza menos comum entre os homens do que entre as mulheres. Outras expressões físicas de dor podem ser sentimentos de fraqueza, diminuição do apetite, perda de peso, e dificuldade para concentrar-se, respirar e falar. As perturbações no sono podem incluir dificuldades para adormecer, despertar durante a noite, ou de madrugada. Frequentemente ocorrem sonhos com a pessoa falecida, e a pessoa que sonhou desperta com a sensação de desapontamento ao descobrir que a experiência 'do encontro' não passava de um sonho (Kaplan et al., 1997).

Num luto profundo pela perda de alguém que se ama, os traços mentais são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo à medida que este não evoca aquele alguém, a perda da capacidade de amar (perda da capacidade de adotar um novo objeto de amor, o que significa substituir a pessoa perdida), a inibição de toda e qualquer atividade que não esteja ligada a pensamentos sobre ele (Freud, 1974). As autorrecriações ocorrem com relativa frequência, embora sejam menos comuns e menos intensas no luto normal do que no

luto complicado. Geralmente, estes pensamentos centralizam-se em torno de alguma pequena omissão ou ato cometido contra o falecido. O fenômeno conhecido como culpa do sobrevivente ocorre em pessoas que se sentem aliviadas porque outra pessoa morreu, e não elas próprias. O sobrevivente pensa, com frequência, que deveria ter sido a pessoa a morrer. As formas de negação ocorrem ao longo de todo o período de luto: frequentemente, a pessoa enlutada pensa ou age, inadvertidamente, como se a perda não tivesse ocorrido. Os esforços para perpetuar o relacionamento perdido são evidenciados por investimento a objetos queridos do falecido, ou que lembrem à pessoa enlutada aquele que partiu (objetos de ligação). O sentimento da presença do falecido pode ser intenso a ponto de se constituir em uma ilusão ou alucinação. No luto normal, entretanto, a pessoa reconhece a impropriedade desta percepção. Como parte daquilo que foi rotulado como fenômenos de identificação com o morto, o enlutado pode assimilar as qualidades, maneirismos ou características do falecido, como que para perpetuá-las de algum modo concreto. Tal manobra pode alcançar uma expressão potencialmente patológica, com o desenvolvimento de sintomas físicos similares àqueles experimentados pela pessoa morta, ou sugestivos da doença pela qual a pessoa querida morreu (Kaplan et al., 1997).

O traço mais característico do luto não é a depressão profunda, mas episódios agudos de sofrimento, com muita ansiedade e dor psíquica. Os episódios de dor começam algumas horas ou dias após a perda, e geralmente chegam a um ápice no intervalo de 5 a 14 dias. De início, são muito frequentes e parecem ocorrer espontaneamente, mas à medida que o tempo passa tornam-se menos frequentes, ou ocorrem somente quando evocados por algum estímulo que traz à mente essa perda. As situações de dor trazem um desejo persistente pela pessoa que morreu, além de preocupação com pensamentos obsessivos que somente causam mais dor. Essa dor é o componente subjetivo e emocional da urgência em procurar o objeto perdido. Essa 'procura' é apresentada por muitas espécies de animais sociais. O valor desse comportamento para a sobrevivência tanto do indivíduo quanto da espécie é óbvio, pois chorar e procurar fazem com que seja mais provável que aquele que se foi seja recuperado (Parkers, 1998).

A maioria dos estudos até antes dos anos 1970 foi primariamente focada nos índices globais de saúde mental, tais como depressão e aspectos de funcionamento diário como enfrentamento e suporte social (Stroebe e Stroebe, 1987).

Para achar uma medida direta da intensidade de luto, Faschingbauer, DeVaul e Zisook em 1977 desenvolveram o '**Texas Inventory of Grief (TIG)**' que avaliou uma série de pensamentos passados e presentes relacionados com a perda, emoções e comportamentos que indicam a presença de luto não-resolvido. Nesse sentido, ele é altamente específico e restrito ao tema. Os itens são avaliados numa graduação de continuidade que vai do totalmente verdadeiro a totalmente falso (tipo Likert). Teorias das relações de objeto são a principal base teórica para o instrumento, embora os autores tracem uma perpendicular sobre muitas visões teóricas. Essa medida foi expandida em 1981 para o **Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)**, alcançando o ajuste de modelo final por técnica de análise fatorial exploratória de componente principal com rotação varimax. Esse modelo final é composto por quatro partes.

a) Dados demográficos/psicográficos: com informações sobre o enlutado (nome, idade, sexo, raça, educação e religião). Depois, uma série de questões sobre o falecido, como idade, tempo desde sua morte, grau de proximidade na relação afetiva do enlutado com o falecido e quão repentina e inesperada foi a morte do falecido para o enlutado.

b) Parte I – comportamento no passado: ao respondedor é solicitado 'pense de volta ao período em esta pessoa faleceu' e responda aos 8 itens desta parte. Estes itens foram psicometricamente derivados, sem sobreposição, de 13 itens agrupados e apresentam correlação média com o escore total de 0,65. Após a redução para os 8 itens de maior peso para o modelo, esta correlação alcançou 0,67. Esses 8 itens representam 40% do escore total e somente 22% com cada outro. O constructo de validade foi medido fazendo-se a hipótese de 'que a morte de pessoas ativas e importantes financeiramente na vida diária do enlutado poderia produzir maior nível de ruptura do que a morte daqueles menos ativamente importantes'. Essa hipótese era derivada da suposição de que 'mulheres que na cultura norte americana, por terem sido estimuladas à dependência de outros, e que frequentemente serem financeiramente dependentes dos seus maridos sofreriam mais rupturas na vida do que aquelas cuja vida tinham formação cultural, incentivando à autossuficiência'. A segunda hipótese testada era de que 'a morte de pessoas adultas jovens poderia produzir maior impacto do que a morte de idosos, onde a morte seria considerada mais natural'. Usando o teste estatístico t-student, ambas as hipóteses foram sustentadas. A terceira foi para responder uma lenda folclórica da cultura norte

americana de que 'aqueles enlutados que assistissem ao velório do seu ente querido teria uma melhor adaptação no luto' (Faschingbauer, Zissok e Devaul, 2005).

c) Parte II – sentimentos atuais: é composta pelo agrupamento de 13 itens psicometricamente derivados, por análise fatorial, de 26 itens não sobrepostos, que alcançou consistência média de 0,69 e sugere medir luto sob diversos ângulos. A validade de constructo aqui foi aferida pelas duas hipóteses. Primeira, 'as mulheres enlutadas teriam escores maiores nessa parte já que, tradicionalmente, elas expressavam mais suas emoções quando comparadas aos homens do oeste americano', representantes do ditado *os homens não choram*. A segunda hipótese era de que devido à sua maior proximidade, 'cônjuges provavelmente experimentariam níveis mais elevados de tristeza comparados a outros entes sem vínculo de sangue' (Faschingbauer, Zissok e Devaul, 2005). **Combinando as partes I e II:** foi possível agrupar as reações de luto nos grupos 'ausência de luto', 'luto atrasado', 'luto prolongado' e 'luto agudo resolvido' (Faschingbauer, Zissok e Devaul, 2005), sugerindo que esse modelo de classificação dos tipos de luto fosse significante entre os grupos.

d) Parte III – fatos relacionados: composto pelas perguntas 'Eu estive no funeral da pessoa que morreu', 'Eu sinto que realmente eu entrei de luto por esta pessoa', 'Eu sinto que agora eu estou funcionando tão bem quanto eu estava antes da morte desta pessoa', 'Eu fico transtornado a cada ano, próximo da mesma data que a pessoa morreu' e 'Às vezes eu sinto que eu tenho a mesma doença da pessoa que morreu'. Todas respondidas como verdadeiro ou falso às sentenças. Aqui a validade foi testada verificando se havia correlação de maiores índices de doença somática entre os enlutados que não assistiram ao funeral do falecido. Essa hipótese não teve sustentação estatística.

A aplicação do instrumento era feita rapidamente com um mínimo de intrusão na vida da pessoa enlutada, já em sofrimento (Jacobs, 2005). A folha de resposta do TRIG (Faschingbauer, Zissok e Devaul, 2005) pode ser visualizada no anexo 1.

2. JUSTIFICATIVAS

2.1. Porque pesquisa a respeito de luto

No período de luto estão aumentados os riscos para **episódios de depressão maior** (Lund, Dimond e Caserta 1985; Brown, Harris, 1989; Bruce et al., 1990; Clayton, 1990; Zisook e Shacter, 1993) **episódios de ansiedade** (Bornstein et al., 1973; Parkes, 1998;) **diminuição da resposta imunológica** (Irwin, Daniels e Weiner, 1987), **aumento das consultas médicas** (Mor, McHorney e Sherwood, 1986), **piora na saúde física em geral** (Helsing e Szklo, 1981), **aumento do uso de álcool e cigarro** (Clayton, 1990; Parkes, 1993;), **suicídio** (Smith, 1980; Luoma e Pearson, 2002) e **aumento da mortalidade** por causas não restritas apenas ao suicídio (Kraus e Lilienfeld, 1959; Jones, 1987).

De acordo com o consenso diagnóstico, luto complicado ou prolongado não pode ser diagnosticado até os seis primeiros meses após a perda. No entanto, identificar pessoas com risco de desenvolver luto complicado cedo e com precisão seria vantajoso para promover suportes e tratamentos apropriados nos níveis de atenção primária e cuidados paliativos (Main, 2000 e Forte et al., 2004). O maior desafio para clínicos consiste em identificar corretamente os indivíduos susceptíveis a desenvolver luto complicado entre os enlutados. Assim, é necessária uma ferramenta clínica que possa avaliar esse risco (Guldin et al., 2011).

2.2. Necessidade de validação adicional e aplicação clínica

O **Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)** (Faschingbauer, 1981) foi desenvolvido a princípio para avaliar mudanças em geral nas reações de luto e não para diagnosticar luto complicado, mas a partir de seus dados foi possível reunir informações, agrupar sintomas em *clusters*, ajustá-los e compará-los a outras informações para a formação dos critérios diagnósticos para luto complicado. Esse instrumento é o mais conhecido e amplamente usado como medida do luto (Futtermann et al., 2010). Validações adicionais e em culturas diferentes são necessárias para estabelecer o benefício dessas medidas como substitutas do julgamento clínico ou categorias criadas sem medidas de aferição.

Enquanto o atual trabalho estava sendo realizado, Barros (2008) apresentou em sua tese de doutorado uma tradução e validação do TRIG para o

português. Este trabalho foi realizado numa população específica de enlutados (somente pais adultos), de perda (de um filho ainda criança) e de forma (lenta - por câncer). O quadro abaixo (Quadro 1) mostra os principais pontos de abrangência que o instrumento TRIG oferece e os validados por Barros em 2008.

Quadro 1: Principais pontos de abrangência que o instrumento TRIG oferece e os validados por Barros em 2008.

	Barros, 2008.	Faschingbauer et al., 1987
Tamanho da amostra	15	Mínimo de 95 (pelo menos três ocorrências em cada variável testada) para submeter-se à análise fatorial.
Tempo de luto	Até 7,6 anos	Até maior que 20 anos
Parentesco com o falecido	Filhos de 2 a 18 anos	Consanguíneo ou não
Grau de proximidade na relação com o falecido	Somente grau de proximidade positiva	Varia de 'a mais próxima' a 'nada próxima'
Tipo de morte	Todas esperadas, por câncer e suas complicações.	Esperada, inesperada, súbita e lenta.
Tradução	Adaptou algumas perguntas por o falecido ser criança	Apresenta texto com linguagem inespecífica para o objeto perdido

Motivados em saber se o TRIG seria capaz de distinguir enlutados com e sem luto complicado e considerando que a tradução e validação brasileira se deram em amostra muito específica (enlutados do tipo pais e objeto perdido sempre filho criança), ficando em aberto as amplas condições de testagem as quais o instrumento se propõe, optou-se por continuarmos o processo de validação expandindo os dados de tamanho da amostra, diversos tipos de enlutados, diferentes tempos de luto, diversos tipos de vínculos e diversos tipos de morte. Manteve-se a tradução o mais fiel possível do instrumento original na tentativa de alcançarmos as diversidades acima citadas.

Em suma, pesquisa sobre luto se faz necessária para compreender melhor os meios pelos quais o luto pode levar a transtornos psiquiátricos assim como para iniciar programas de prevenção e tratamento, precisamos olhar mais de perto para como as pessoas reagem ao luto, às circunstâncias que favorecem o aparecimento de

problemas e as atitudes que, se tomadas, reduzirem a patologia e encorajam o crescimento psicológico.

3. OBJETIVOS

- Traduzir e validar o instrumento **Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)** para o Português do Brasil, dado a escassez de instrumentos validados e disponíveis;
- Investigar se o instrumento é capaz de discriminar enlutados com e sem luto complicado e, em caso positivo, quais os indicadores para luto complicado.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1. Contribuições ao conhecimento sobre luto

Segundo Granek (2010), no século XVII dor, pesar e tristeza eram vistos como potencialmente fatais, podendo levar à morte prematuramente. Benjamin Rush (1745-1813), médico americano, incluiu tristeza pela morte de alguém, no seu livro *The Diseases of the Mind* e descreveu uma lista de sintomas característicos dessas pessoas: afasia, febre, suspiro, perda de memória e desenvolvimento de cabelos brancos e ofereceu tratamento com ópio, choro e, em casos graves, sangrias e expurgos. No século XIX, luto era uma condição do espírito (alma) humano. Ele, às vezes, era visto como uma causa de insanidade, mas não era considerado em si uma doença mental (Walter, 2005-2006. p. 73 apud Granek, 2010). No século XVIII Darwin (1809 – 1882) em 1872 escreve sobre o luto, sofrimento, depressão, aspectos mecânicos do choro e suas expressões faciais. Classifica o luto em duas formas de apresentação. O luto ativo (agitado) e passivo (depressivo) e documenta a presença do comportamento e reações de luto em macacos e gorilas.

O surgimento do luto como um tópico de valor para a psicologia se deu no começo do século XX quando Freud (1917/1953) publicou seu famoso trabalho *Luto e Melancolia* em 1917, abordando o luto como uma reação à perda do objeto libidinal. Constituiu-se no primeiro passo no estudo sob um ponto de vista psicológico, referencial principal sobre o qual todas as teorias subsequentes foram construídas. Ele introduziu o conceito de trabalho de luto como se segue.

... a realidade informa que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Essa exigência provoca uma oposição compreensível – é fato notório que as pessoas nunca abandonam de bom grado uma posição libidinal, nem mesmo, na realidade, quando um substituto já lhe acena. Essa oposição pode ser tão intensa, que dá lugar a um desvio da realidade e a um apego ao objeto por intermédio de uma psicose alucinatória carregada de desejo (recriando e salvando o objeto perdido incansavelmente). Normalmente prevalece o respeito pela realidade, ainda que suas ordens não possam ser obedecidas de imediato. São executadas pouco a pouco, com grande dispêndio de tempo e de energia catexial, prolongando-se psiquicamente, nesse meio tempo, a existência do objeto perdido. Cada uma das lembranças e expectativas isoladas, através das quais a libido está vinculada ao objeto, é evocada e hipercatexizada, (defronta-se com a realidade de que o objeto amado não mais existe) e o desligamento da libido se realiza em cada uma delas (p.276-277). E em outra passagem: O ego identificado com o morto, confrontado com a questão de saber se partilhará desse destino, é persuadido, pela soma das satisfações narcisistas que deriva de estar vivo, a romper sua ligação com o objeto agora ausente (ambivalência). Talvez possamos supor que esse trabalho de rompimento seja tão lento e gradual, que, na ocasião em que tiver sido concluído o dispêndio de energia necessária a ele também se tenha dissipado (p. 288). Por essa transigência, pela qual o domínio da realidade se faz fragmentariamente, deve ser tão extraordinariamente penosa, que de forma alguma é coisa fácil de explicar em termos de economia. É notável que esse penoso desprazer seja aceito por nós como algo natural. Contudo, fato é que quando o trabalho de luto se conclui, o ego fica outra vez livre e desinibido (p.277).

Ele fez a diferenciação entre luto e melancolia e apontou que alguns casos de luto evoluíam para a melancolia. Enquanto no luto seria necessariamente uma reação à perda por morte, na melancolia o objeto perdido poderia não ter morrido de fato, mas tinha sido perdido enquanto objeto de amor. Teria ocorrido uma separação na qual se

sabe *quem* ele perdeu, mas não *o que* perdeu nesse alguém. A melancolia estaria relacionada a uma perda objetal retirada da consciência, em contraposição ao luto, na qual nada existe de inconsciente a respeito da perda. No luto, a inibição e a perda de interesse são explicados pelo trabalho de luto no qual o ego é absorvido. Na melancolia, a perda desconhecida resultará num trabalho interno semelhante, e será a responsável pela inibição. Acrescenta que o melancólico exibe ainda outra coisa que está ausente no luto – uma diminuição extraordinária de sua autoestima, um empobrecimento, do seu ego em grande escala a ponto de encontrar expressão em autorrecriação e autodepreciação, culminando numa expectativa delirante de punição. No luto, é o mundo que se torna vazio; na melancolia, é o próprio ego (p. 278). Essas autorrecriações seriam recriações (de raiva e ódio) feitas ao objeto amado, que foram deslocadas desse objeto para o ego do próprio paciente.

Klein em 1940 abre caminho para referir-se a luto como doença a partir da observação de crianças separadas de suas mães. Observou que tais separações poderiam ser comparadas com adultos enlutados e provocariam a ativação de ansiedades psicóticas. Uma delas seria quando o sujeito é dominado pelas várias manifestações de ódio ao objeto amado perdido, a pessoa amada não só se transforma num perseguidor, como também abala a crença do sujeito em seus objetos internos bons. A crença abalada nos objetos bons perturba de forma dolorosa o processo de idealização, que é uma etapa intermediária essencial para o desenvolvimento mental. No caso de crianças pequenas, a mãe idealizada funciona como uma proteção contra a mãe retaliadora ou morta e contra todos os objetos maus, representando a segurança da própria vida. Como já sabemos, o indivíduo de luto obtém um grande alívio ao recordar a bondade e as boas qualidades da pessoa que acaba de morrer. Isso se deve em parte ao conforto que sente em manter seu objeto amado temporariamente idealizado (p. 398-399).

Bowlby (1961) formulou a hipótese de quatro estágios do luto. O primeiro, *choque e entorpecimento* é uma fase inicial de desespero agudo, caracterizado por torpor e protesto. A negação pode ser imediata e os ataques de raiva e aflição são comuns. Esse estágio pode durar de momentos a dias e pode ser periodicamente revivido pela pessoa, através do processo de lamentação. O segundo, *desejo e busca* é a fase de desejo e busca intensa pela presença do falecido, caracterizado por uma inquietação física e preocupação com o falecido. Este pode durar meses ou anos já

numa forma mais atenuada. No terceiro, *desorganização e desespero*, a realidade da perda começa a ser assimilada. A pessoa enlutada sente necessidade de repassar suas emoções de perda e parece retraída, apática e inquieta. Insônia e perda de peso ocorrem com frequência, bem como o sentimento de que a vida perdeu o sentido. Há, também, um reviver contínuo de recordações do falecido e um inevitável sentimento associado de desapontamento, quando o enlutado reconhece que restam apenas recordações. O quarto, *reorganização*, é definido como a fase durante a qual os aspectos agudamente dolorosos da perda começam a desaparecer e a pessoa agora começa a sentir-se como se voltasse à vida. O falecido agora é lembrado com alegria, bem como tristeza, e a imagem da pessoa perdida é internalizada.

Parkes (1998) considerou que luto não é um conjunto de sintomas que tem início depois de uma perda e, depois, gradualmente se desvanece. Descreveu uma sucessão de estágios clínicos que se mesclam e se substituem. O primeiro, *Torpor*, é um estado no qual a pessoa parece, superficialmente, não ter sido afetada pela perda, mas, na realidade, está protegendo a si mesma de sentir o desespero agudo por ela produzido. O segundo, *Alarme*, como um período do estresse manifestado por alterações psicológicas e somáticas como aumento da pressão sanguínea e frequência cardíaca. Estas manifestações de alarme ou estresse são decorrentes de qualquer situação desconhecida ou imprevisível que envolva a falta de escape, de um lugar seguro, ou a presença de sinais de perigo. Todas essas são situações de ameaça à segurança do indivíduo e, como tal, as situações de perda. O terceiro, *a Procura*, caracterizado por episódios agudos de dor, com muita ansiedade e dor psíquica na procura do que morreu. Nessas ocasiões o enlutado chora e chama pela pessoa perdida. As situações de dor trazem um desejo persistente e obstrutivo pela pessoa que morreu, e preocupação com pensamentos que somente causam mais dor. Esta dor é o componente subjetivo e emocional da urgência em procurar o objeto perdido. Parkes, afirma ainda, que o ser humano adulto tem o mesmo impulso de procura que é mostrado por muitas espécies animais, o que foi revisto e descrito por Bowlby (1961) em cães domésticos, corvos, gansos, orangotangos e chimpanzés. O quarto, *Raiva e Culpa*. A irritabilidade e a raiva variam de pessoa para pessoa, de família para família, e de períodos para períodos. Pode se manifestar em forma de protesto, amargura e resistência em parar o processo de procura do falecido. Às vezes, é dirigida a outras pessoas, e ao próprio enlutado, como autoacusação ou culpa. O quinto,

Recuperação/Reorganização, onde no enlutado, há a tentativa de encontrar um sentido para a perda, para encaixá-la no conjunto de crenças sobre o mundo, ou para modificá-las se necessário. Para Parkes (1998), cada uma dessas fases tem suas características, e há diferenças consideráveis de uma pessoa para outra, tanto no que se refere à duração quanto à forma de cada fase. Além disso, as pessoas poderiam passar de uma para outra e voltar de maneira que, anos após o início do luto, a descoberta de uma fotografia na gaveta ou a visita de um velho amigo pode provocar outro episódio de dor e saudade (p. 24) e na (p.22) cita que a dor do luto é tanto parte da vida quanto a alegria de viver; é talvez, o preço que pagamos pelo amor, o preço do compromisso.

Kübler-Ross (1969) descreveu em sua obra, as experiências de pacientes terminais, suas agonias e frustrações, numa tentativa de encorajar as pessoas a não se afastarem dos doentes, mas, antes, aproximarem-se deles e ajudá-los em seus últimos momentos. Baseada nas teorias de Bowlby e Parkes descreveu cinco estágios desses pacientes no processo de aceitação da morte: '*negação-dissociação-isolamento*', '*raiva*', '*barganha*', '*depressão*' e '*aceitação*'. Estas teorias foram bem aceitas e usadas numa ampla variedade de perdas, incluindo reações de crianças à separação dos pais (Bowlby, 1980; Parkes, 2006) e reações de adulto lidando com sua separação conjugal (Gray, 1991). A noção de que uma resposta psicológica natural a uma perda envolveria uma progressão ordenada através de distintos estágios do luto foi amplamente aceita por médicos e público em geral. O 'National Cancer Institute' mantém o site <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/bereavement/> (visto em setembro/2014) sobre as fases do luto, como lidar com perda, dor e luto e fatores de risco, entre outras coisas, em versão para profissionais de saúde e outra para pacientes (Maciejewski et al., 2010).

A teoria do apego explica a necessidade urgente de chorar e procurar por alguém que foi perdido. Bowlby (1973a) apud Parkes (2009) afirmava que a função do apego é garantir a segurança imanente da experiência de ter uma figura parental que sabidamente é disponível e responsiva, quando necessário. Essa função, afirma Parkes (2009), permanece ao longo da infância e é ampliada pelo crescente número de pessoas com quem a criança se vincula. Essa rede de vínculos é outro fator que facilita aos pais deixar que seus filhos cresçam e, por fim, deixem a casa da família. Na vida adulta, os apegos recíprocos com família e amigos continuam a dar segurança e as

peessoas, com uma expectativa de que os outros são confiáveis, terão maior probabilidade de pedir ajuda quando se perceberem em situações de risco.

Os modelos de enfrentamento mais influentes e atraentes na área de luto durante a última parte do século 20 foram o modelo de fases ou estágios, o que foi fundamental para a teoria do apego, e o modelo de tarefas proposto por Worden em 1998, que se tornou proeminente no planejamento de programas de aconselhamento e terapia para as pessoas enlutadas. Worden (1998) não apresentou um conceito sobre o processo de luto. Frisou que o luto não é um processo linear e exige uma aprendizagem de si e do mundo novo ao redor que, agora, não inclui aquele que morreu. Abordou luto como um processo de reaprendizagem cognitiva após uma perda significativa e identificou quatro tarefas a superar. 1) Aceitar a realidade da perda, 2) vivenciar/elaborar a dor da perda, 3) ajustar-se ao meio ambiente onde está faltando a pessoa que morreu e 4) reposicionar a energia emocional e reinvestir em outro relacionamento. Achava que essas tarefas nem sempre eram vivenciadas na ordem acima descrita e, ainda, que nem todos os enlutados iriam conseguir alcançar todas.

A teoria da transposição psicossocial vem explicar a necessidade de pensar e replanejar a vida diante de uma mudança importante. Tendo como principal parâmetro a teoria do estresse cognitivo, Stroebe e Schut em 1999 publicaram o Modelo do Processo Dual de Luto, no qual postulam que as pessoas enlutadas tendem a oscilar entre aquilo que denominaram 'orientação para a perda' e orientação para a restauração'. A primeira refere-se à busca dolorosa pela pessoa perdida e, a segunda, é a luta para se reorientar em um mundo que parece ter perdido seu significado. Esse modelo define dois tipos de fatores desencadeantes de estresse, os direcionados para a perda, e os direcionados para a restauração. Os direcionados para a perda em si e os direcionados para a restauração, secundários e decorrentes à adaptação ao mundo externo. O principal enfoque deste modelo é de que não há estágios fixos para o enlutamento. Ao contrário, o enlutado enfrenta uma oscilação dual e dinâmica entre os dois estressores, e que o resultado normal desse processo de oscilação é que, finalmente, a pessoa enlutada descobre que muito do passado do relacionamento continua a ter importância no planejamento do futuro (Stroebe, 2010).

4.2. Duração do luto

Existe grande variação entre os indivíduos, os vários sinais, sintomas e fases do luto. Ainda assim, as diversas manifestações de tristeza, em geral, tendem a se tornar menos intensas com o passar do tempo. Tradicionalmente, a tristeza do luto estende-se por 1 ou 2 anos, compreendendo a oportunidade de experimentar todo um calendário anual, pelo menos, sem a presença da pessoa falecida. Tem se tornado mais e mais aparente que os sinais e sintomas do luto podem persistir por muito mais tempo, e que o enlutado às vezes continua a ter vários sentimentos, sintomas e comportamentos relacionados ao luto durante toda a vida. Entretanto, a maioria das pessoas enlutadas é capaz de comer, dormir, e voltar ao funcionamento adequado em um ou dois meses (Kaplan et al., 1997).

4.3. Sobre luto complicado

Freud (1917) citou ser notável que, embora o luto envolvesse graves afastamentos daquilo que se constitui a atitude normal para com a vida, que o enlutado jamais tivesse sido considerado estar com uma condição patológica ou fosse submetido a tratamento médico. Deutsch (1937), em seu Ensaio *The Absence of Grief* escreveu, que o trabalho de luto nem sempre segue um curso normal e legitimou o conceito de luto patológico dizendo que este tanto poderia se manifestar pela intensidade (ser excessivamente intenso, até violento e prolongar-se para a cronificação) quanto pela ausência de qualquer sintoma, introduzindo, a partir de então, o conceito de que pessoas enlutadas têm um potencial para o adoecimento e necessitam ser monitoradas durante o processo de trabalho de luto.

As reações decorrentes do trabalho de luto quando excessivamente intensas ou prolongadas serão denominadas neste trabalho, de luto complicado.

O luto complicado/prolongado vem sendo diferenciado nos estudos de análise fatorial como um cluster de sintomas separado dos sintomas de Depressão, Reação de ajustamento, Reação aguda ao estresse e Transtorno de estresse pós-

traumático (Horowitz et al., 1993; Prigerson et al., 1995; Prigerson et al., 1996, Prigerson et al., 1999a; Prigerson e Jacobs, 2001a; Lichtenthal et al., 2004). Um grupo de sintomas que pode caracterizar o diagnóstico de luto complicado tem sido proposto independentemente por dois pesquisadores como mostrado nos Quadros 2 e 3.

Quadro 2: Critério diagnóstico para luto complicado segundo Horowitz (1997).

<p>CRITÉRIO A (resposta prolongada): perda do cônjuge, parente ou pessoa próxima pelo menos há 14 meses. (o tempo de 12 meses é evitado devido a lembranças da data de aniversário).</p>	<p>CRITÉRIO B (sinais e sintomas): no último mês, qualquer dos seguintes 07 sintomas com a gravidade que interfira nas funções diárias.</p> <p>Sintomas Intrusivos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lembranças fixas ou fantasias intrusivas relacionadas à relação perdida; 2. Intenso sofrimento pela relação perdida; 3. Apresenta anseios ou desejos dolorosos de que o morto esteja presente <p>Sinais de esquiva e falência na adaptação:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sentimentos de solidão ou vazio; 5. Permanecer excessivamente longe das pessoas, lugares ou atividades que lembram o falecido; 6. Níveis de interferência anormal no sono 7. Perda de interesse pelas atividades de trabalho, sociais, cuidados ou recreativas num grau que atinja as atividades normais do enlutado.
---	--

Quadro 3: Critério diagnóstico para luto complicado segundo Prigerson (1999) e Prigersons e Jacobs (2001a,b).

<p>CRITÉRIO A: O sujeito teve a morte de um ente querido e apresenta 3 dos 4 sintomas a seguir, pelo menos diariamente em grau intenso.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamentos intrusivos sobre o falecido; 2. Sentimento de dor, pesar em relação ao falecido; 3. Procura pelo falecido e 4. Excessiva solidão desde a morte. <p>CRITÉRIO C: Duração do transtorno (sintomas listados) é de pelo menos 06 meses</p>	<p>CRITÉRIO B: Em resposta à morte, 4 dos 8 seguintes sintomas se apresentam pelo menos diariamente ou em grau moderado.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desesperança, sentimento de nulidade sobre o futuro; 2. Sensação de torpor, dormência, desinteresse ou anestesia emocional; 3. Dificuldade de aceitar a morte (não consegue acreditar); 4. Sentimentos de que a vida está vazia ou sem sentido; 5. Sentimento de que uma parte de si mesma morreu; 6. Visão de mundo destruído (perda de segurança, fé, controle); 7. Sente sintomas que o falecido sentia ou faz coisas que o falecido queria fazer e 8. Irritabilidade excessiva, desespero ou raiva relacionada à morte do ente querido. <p>CRITÉRIO D: O transtorno causa significativa impacto clínico, social, ocupacional ou em outra área importante de funcionamento.</p>
---	---

Uma das principais diferenças na estrutura dos dois sistemas diagnósticos é o papel dos sintomas de esquiva. Enquanto Horowitz et al., (1997) os registraram, Prigerson e Jacobs (2001b) retiraram-os do seu instrumento para melhorar a consistência interna deste. Além disso, Prigerson e Jacobs (2001a) assumem o critério tempo 'que os sintomas persistam há mais de seis meses antes do diagnóstico' enquanto Horowitz et al. sugerem que a perda tenha sido há pelo menos 14 meses. Recentes revisões têm coletado evidências a favor de ambos os critérios diagnósticos embora mais estudos tenham sido realizados com os critérios de Prigerson et al.

Os estudos aplicando os critérios de Prigerson et al. mostraram: a) luto complicado como um cluster de sintoma unidimensional com dois subfatores de angústia de separação e trauma; b) seus sintomas são distintos dos sintomas de

ansiedade e depressão; c) luto complicado é valor de morbidade preditiva para câncer, doença cardíaca, aumento do consumo de álcool e ideação suicida e d) luto complicado não responde aos antidepressivos tricíclicos e psicoterapia (Forstmeier e Maercker, 2006).

Os estudos aplicando os critérios de Horowitz et al. têm mostrado que: a) luto complicado pode ser diagnosticado por sintomas de intrusão, esquiva e má adaptação; b) podem ser distintos dos sintomas de depressão; c) luto complicado como um importante padrão de correlação a medidas de psicopatologia às reações de luto normal (Langer e Maercker, 2005) e d) pacientes com luto complicado mostraram melhora após um período de terapia cognitiva-comportamental realizada a partir da internet comparado a um grupo controle (Wagner et al., 2006).

A partir desses trabalhos, houve uma tentativa nos últimos dez anos de se chegar aos critérios para diagnóstico de luto complicado e segundo vários autores já há consenso (Guldin et al., 2011; Zisook et al., 2012; Wakefield, 2013; Iglewicz et al., 2013; Bryant, 2014).

Desde a publicação do livro *Bereavement* de Parkes em 1972, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM da Associação Americana de Psiquiatria (1994) incluiu luto no grupo 'outras condições que podem ser foco de atenção clínica'. Estas acumuladas evidências levaram a muitas discussões no propósito de que luto complicado fosse reconhecido numa categoria diagnóstica independente como uma reação de ajustamento ao luto. No entanto, o DSM-5 (2014) listou os critérios para luto prolongado com o título de Transtorno do Luto Complexo Persistente (Quadro 4) na sessão 'Condições para Estudos Posteriores'. A relutância do DSM-5 em considerar luto complicado como uma categoria diagnóstica independente é baseada no risco de medicalização a respostas normais do luto. Esta preocupação é válida porque a psiquiatria tem a culpa de patologizar estados normais no passado (Wakefield, 1997). No entanto, há enlutados que sofrem com reações persistentes e significativas em sua saúde mental decorrentes do luto e não são falsamente rotuladas como patológicas. Do ponto de vista clínico, corre-se o risco de pacientes que sofrem de luto prolongado serem incorretamente diagnosticados com depressão ou não

serem identificados em nenhum quadro. No contexto da utilização generalizada de medicação com antidepressivos e sua aparente falta de utilidade para os pacientes com luto prolongado, há uma preocupação de que a muitos pacientes com luto prolongado possam ser prescritos antidepressivo para gerenciar as reações do luto. Esta possibilidade pode ser agravada pela decisão controversa do DSM-5 em remover a "exclusão" de luto para o diagnóstico de episódio depressivo maior, podendo assim incentivar o diagnóstico de depressão prematuramente na sequência ao luto (Bryant, 2014).

Em contraste com a visão tomada pelo DSM-5, a Classificação Internacional de Doenças em sua 11ª revisão, CID-11, está propondo o reconhecimento do diagnóstico de luto prolongado como tal, definido pela persistente e angustiante grave procura pelo falecido associada à dificuldade em aceitar a morte, sentimentos da perda como parte de si, raiva pela morte, culpa em relação à morte ou dificuldade no engajamento social e outras atividades devido à perda. Os sintomas precisam persistir além de seis meses após a morte e devem causar desequilíbrio funcional ao enlutado. É importante lembrar que a CID-11 tem maior abrangência na medida em que a política e a prática, na maioria dos países do mundo médico e psiquiátrico são mais influenciadas pela missão da Organização Mundial de Saúde (OMS) do que pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). Luto é de especial preocupação para a OMS porque muitos países que se baseiam na Classificação Internacional de Doenças são frequentemente afetados por desastres, guerras, conflitos, doenças generalizadas e mortalidade. É também possível que se a CID-11 introduzir formalmente luto complicado como uma nova categoria diagnóstica, cuja confirmação e liberação ocorrerá em 2015, pesquisadores e clínicos passarão a se basear mais na CID-11 do que no DSM-5 para a padronização internacional da definição de luto complicado (Bryant, 2014).

Quadro 4: Transtorno do luto complexo persistente - critérios propostos pelo DSM-5.

- A. O indivíduo experimentou a morte de alguém com quem tinha um relacionamento próximo.
- B. Desde a morte, ao menos um dos seguintes sintomas é experimentado em um grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistiu por pelo menos 12 meses após a morte no caso de adultos enlutados e seis meses no caso de crianças enlutadas:
 - 1. Saudade persistente do falecido. Em crianças pequenas, a saudade pode ser expressa em brincadeiras e no comportamento, incluindo comportamentos que refletem ser separado de e também voltar a unir-se a um cuidador ou outra figura de apego.
 - 2. Intenso pesar e dor emocional em resposta à morte.
 - 3. Preocupação com o falecido.
 - 4. Preocupação com as circunstâncias da morte. Em crianças, essa preocupação com o falecido pode ser expressa por meio de temas de brincadeiras e comportamentos e pode se estender à preocupação com a possível morte de outras pessoas próximas a elas.
- C. Desde a morte, ao menos seis dos seguintes sintomas são experimentados em um grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistiram por pelo menos 12 meses após a morte, no caso de adultos, e seis meses no caso de crianças enlutadas:

Sofrimento reativo à morte

 - 1. Marcada dificuldade em aceitar a morte. Em crianças, isso depende de sua capacidade de compreender o significado e a continuidade da morte.
 - 2. Experimentar incredulidade ou entorpecimento emocional quanto à perda.
 - 3. Dificuldade com memórias positivas a respeito do falecido.
 - 4. Amargura ou raiva relacionada à perda.
 - 5. Avaliações desadaptativas sobre si em relação ao falecido ou à morte (p. ex., autoacusação).
 - 6. Evitação excessiva de lembranças da perda (p.ex., evitação de indivíduos, lugares ou situações associadas ao falecido; em crianças, isso pode incluir a evitação de pensamentos e sentimentos relacionados ao falecido).

Perturbação social/da identidade

 - 7. Desejo de morrer a fim de estar com o falecido.
 - 8. Dificuldade de confiar em outros indivíduos desde a morte.
 - 9. Sentir-se sozinho ou isolado dos outros indivíduos desde a morte.
 - 10. Sentir que a vida não tem sentido ou é vazia sem o falecido ou a crença de que o indivíduo não consegue funcionar sem o falecido.
 - 11. Confusão quanto ao próprio papel na vida ou senso diminuído quanto à própria identidade (p.ex., sentir que uma parte de si morreu com o falecido).
 - 12. Dificuldade ou relutância em buscar interesses desde a perda ou em planejar o futuro (p.ex., amizades, atividades).
- D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- E. A reação de luto é desproporcional ou inconsistente com as normas culturais, religiosas ou apropriadas à idade.

Especificar se:

Com o luto traumático: Luto devido a homicídio ou suicídio com preocupações angustiantes persistentes referentes à natureza traumática da morte (frequentemente em resposta a lembranças da perda), incluindo os últimos momentos do falecido, grau de sofrimento e lesão mutiladora ou a natureza maldosa ou intencional da morte.

Quadro 4: Transtorno do luto complexo persistente - critérios propostos pelo DSM-5.**Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico**

Alguns indivíduos com transtorno do luto complexo persistente experimentam alucinações (auditivas ou visuais) com o falecido em que temporariamente percebem sua presença (p. ex., vendo o falecido sentado na sua cadeira favorita). Também podem experimentar diversas queixas somáticas (p. ex., queixas digestivas, dor, fadiga), incluindo sintomas experimentados pelo falecido.

Diagnóstico Diferencial

Luto normal. O transtorno do luto complexo persistente distingue-se do luto normal pela presença de reações graves de luto que persistem por pelo menos 12 meses (ou seis meses em crianças) após a morte da pessoa próxima. O transtorno é diagnosticado somente quando persistem níveis graves de resposta de luto por ao menos 12 meses após a morte, interferindo na capacidade do indivíduo funcionar.

Transtornos Depressivos. Transtorno de luto complexo persistente, transtorno depressivo maior e transtorno depressivo persistente (distímia) compartilham tristeza, choro e pensamento suicida. Enquanto o transtorno depressivo maior e o transtorno persistente podem compartilhar o humor deprimido com o transtorno do complexo persistente, este último é caracterizado por um foco na perda.

Transtorno de estresse pós-traumático. Indivíduos que experimentam luto em consequência de morte traumática podem desenvolver tanto transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) quanto transtorno do luto complexo persistente. Ambas as condições podem envolver pensamentos intrusivos e evitação. Enquanto as intrusões no TEPT giram em torno do evento traumático, as memórias intrusivas no transtorno do luto complexo persistente são focadas em pensamentos a respeito de muitos aspectos do relacionamento com o falecido, incluindo aspectos positivos do relacionamento e sofrimento pela separação. Em indivíduos com o especificador de luto traumático do transtorno do luto persistente complexo, os pensamentos ou sentimentos angustiantes podem ser mais manifestamente relacionados à forma da morte, com fantasias angustiantes sobre o que aconteceu. Tanto o transtorno do luto complexo persistente quanto o TEPT podem envolver a evitação de lembranças dos eventos que provocam sofrimento. Enquanto a evitação no TEPT é caracterizada pela evitação consistente de estímulos internos e externos que lembram a experiência traumática, no transtorno do luto complexo persistente há também preocupação com a perda e a saudade do falecido, que está ausente no TEPT.

Transtorno de ansiedade de separação. O transtorno de ansiedade de separação é caracterizado por ansiedade pela separação de figuras de apego atuais, enquanto o transtorno do luto complexo persistente envolve sofrimento pela separação de um indivíduo falecido.

4.4. A retirada do *Bereavement Exclusion* no DSM-5

No contexto em que depressão mais frequentemente ocorre como resultado de eventos estressantes, especialmente aqueles relacionados à perda de ente querido ou humilhações, não seria surpresa que a morte do ser amado fosse um robusto fator de risco para o início ou persistência de um episódio depressivo maior (EDM). Desde 1980, o DSM-III e suas várias iterações através do DSM-IV-TR tem sistematicamente excluído indivíduos do diagnóstico de depressão maior se os sintomas começam em até 2 meses após a morte do falecido, a menos que estes sintomas depressivos estejam prejudicando sensivelmente a vida e/ou estejam acompanhados de características específicas. Essa condição ficou conhecida como exclusão de luto ou *bereavement exclusion* (Iglewicz et al., 2013). Luto é um dos eventos de vida que foi destacado para negar o diagnóstico de episódio depressivo maior com base no estudo de Clayton et al. (1968) apud Wakefield (2013) onde foi observado que o luto após a perda de ente querido, rotineiramente, incluía muitos sintomas que o DSM estava usando para diagnosticar EDM. Assim, nasceu uma abordagem sustentada empiricamente para distinguir entre reações normais e depressão reativa ao luto (Wakefield, 2013). Wakefield et al. em 2007 descobriram que não havia distinção entre sintomas depressivos do luto normal daqueles sintomas depressivos secundários a outros eventos estressantes de vida. E que, tanto os casos não complicados de luto quanto dos outros estressores, são menos graves do que os sintomas depressivos do episódio de depressão maior. Assim, tanto luto quanto os outros eventos estressantes deveriam ser critérios excludentes para episódio depressivo maior. A validade do critério exclusão de luto recebeu atenção e foi debatida por especialistas do tema luto e transtorno do humor que numa carta à Associação de Psiquiatria Americana propuseram a eliminação deste no DSM-5. A permanência do critério exclusão de luto para os enlutados com luto complicado poderia pô-los em risco de receber tratamento inapropriado uma vez que o tempo necessário preconizado no DSM-5 para o diagnóstico de luto complicado é de 1 ano entre adultos e 6 meses para criança, enquanto para episódio depressivo maior é de 2 meses. Conclui-se que a eliminação do critério exclusão de luto, não significa 'medicalizar' luto; mas ao invés disso, facilitar o acurado diagnóstico e tratamento

apropriado para aqueles enlutados que também estão sofrendo de um episódio depressivo maior (Zissok et al., 2012).

4.5. Fatores de risco para luto complicado

Os fatores de risco podem ser agrupados como os predisponentes da pessoa enlutada, relacionados ao vínculo e os relacionados às circunstâncias ou consequências da morte. Os relacionados às condições inerentes do enlutado incluem história prévia de distúrbio do humor ou de ansiedade, desde a infância ter desenvolvido padrão de apego do tipo inseguro e antecedente de múltiplos traumas ou perdas. Grande parte das pessoas que desenvolveram luto complicado tinha uma excepcional relação de gratificação e satisfação com o falecido. Essa segurança conquistada no apego, não raro, faz parte do grupo de pessoas que tiveram apego inseguro na infância. Freud (1917) apontou que as relações de ambivalência entre amor e ódio e as de dependência representam as de maior risco. Algumas formas de perdas são mais possíveis de resultar num luto complicado. A perda de uma criança, de um grande companheiro de vida e perdas por violência, suicídio, homicídio, corpo não encontrado e morte não comprovada estão entre as mais difíceis. Adicionalmente, se há mais circunstâncias individuais da morte, tais como, falhar em estar presente na hora da morte, discordar ou não ter segurança dos cuidados médicos, desapontamento consigo próprio na capacidade de ter confortado o falecido e outros comportamentos geradores de culpa que podem se tornar um foco de ruminação que desvia o luto do seu curso normal e aumenta o risco para o desenvolvimento de luto complicado. Consequências preocupantes decorrentes da perda podem incluir uma série de problemas como os relacionados aos bens e arranjos de morte do falecido assim como o comportamento hostil de outras pessoas. Às vezes, o enlutado pode tornar-se excessivamente preocupado em como ele sobreviverá sem sua pessoa amada em sua vida ou em como os outros irão lhe tratar agora sozinho. Estes são apenas alguns exemplos de circunstâncias e consequências de morte que podem tornar-se um foco de ruminação ou evitação que interfere na interpretação da realidade e suas consequências (Shear, 2012). Outros fatores são baixo suporte social, dificuldades cognitivas durante o trabalho de luto, temperamento pessimista e

correlatos na personalidade (Shear et al., 2011). Os preditores de bons resultados são boa saúde no período pré-luto, senso de otimismo, enlutado ter um sistema de crença transcendental, boa estrutura de ego, experiência prévia de perda bem sucedida, interação familiar competente, sólida rede social e recursos financeiros adequados (Zissok, 1987).

4.6. Processo de adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental

A relação entre linguagem e pensamento é, de longa data, objeto de interesse da psicologia e áreas afins. Klineberg (1967) afirma que a linguagem está relacionada à forma de pensamento típica de uma cultura, embora a natureza dessas relações não esteja claramente determinada. Werner e Campbell (1973) afirmam que pessoas com idiomas diferentes não compartilham o mesmo mundo real. Cada linguagem teria a capacidade de impor uma percepção particular do mundo, e esta privilegia apenas alguns dos aspectos da realidade em que foi desenvolvida. Nesse sentido, Mautner (1913) comenta que "Se Aristóteles tivesse falado chinês ou a língua dos Dakota, ele teria adotado uma lógica completamente diferente, ou de qualquer forma, uma teoria de categorias completamente diversa".

A questão da tradução e adaptação de instrumentos de uma cultura para outra está longe de ser um procedimento simples. Alguns vocábulos de um idioma não encontrarão equivalentes em outros idiomas, parecendo só ter significado no ambiente cultural em que foram desenvolvidos. Além de palavras com significados que existem apenas em uma cultura particular, há situações em que algumas palavras, embora tenham equivalência em outros idiomas, possuem significado emocional distinto. Assim, palavras como democracia e patriotismo podem apresentar significados diferentes em cada cultura (Klineberg, 1967). Quando se refere à tradução de instrumentos de avaliação psicológica ou psiquiátrica, é necessária a adaptação do instrumento ao novo ambiente a que se destina, observando-se as peculiaridades socioculturais e de linguagem envolvidas. Assegurar que o instrumento traduzido é equivalente ao original e, ao mesmo tempo, pertinente ao ambiente em que está sendo inserido, tem sido preocupação contínua relativa às adaptações transculturais

(Scherest et al. 1972, Ellis et al. 1989 e Jorge, 1998). Em 1988, Flaherty et al. conseguiram sistematizar essa questão. Sugeriram que se busque cobrir cinco aspectos. A saber, equivalências de conteúdo, semântica, técnica, de critério e conceitual, sendo estas independentes umas das outras. Qualquer instrumento ou item do instrumento pode, desta maneira, alcançar a equivalência transcultural em uma ou mais dessas dimensões e não alcançar em outra. Por exemplo, ter medidas para equivalência semântica e não ser conceitualmente equivalente, e vice-versa.

A adaptação transcultural do TRIG deu-se para o alemão (Langner e Maercker, 2005), francês (Paulhan e Bourgeois, 1995), espanhol (García et al., 2005) e turco (Yildiz e Cimate, 2011). A geração, interpretação e comparabilidade dos dados provenientes de realidade sociocultural diferente daquela de onde o instrumento foi originado envolvem procedimentos relacionados a conceitos e medidas de validade específicas.

4.6.1 Validações (Equivalências) e métodos para alcançá-las

4.6.1.1. Equivalência de conteúdo: a validação de conteúdo se refere à capacidade de cada item do instrumento representar o fenômeno investigado em diferentes culturas. Assim, cada item é examinado para determinar se o fenômeno que ele descreve é relevante para as culturas onde o instrumento está sendo adaptado. Se a validade foi estabelecida na cultura original, o trabalho é reexaminar a relevância de cada item na segunda cultura em investigação. Se itens são eliminados, o instrumento modificado deve ser reexaminado com relação à consistência interna e confiabilidade. A consistência interna deve ser verificada usando os mesmos métodos utilizados na cultura de origem, após os dados terem sido preliminarmente coletados. Embora outros métodos possam ser aplicados, a medida mais utilizada é o alpha de Cronbach (Flaherty et al., 1988).

4.6.1.2. Equivalência semântica: diz respeito à capacidade de se manter o significado exato de cada item do instrumento após a tradução para outra língua. A chave para estabelecer a equivalência semântica é a técnica de retro-tradução descrita por Brislin Apud Flaherty et al., em 1988. Primeiro, uma única pessoa ou um pequeno grupo de indivíduos bilíngues trabalham sobre todos os itens do instrumento, e traduzem de uma língua A para uma língua B. Segundo, o instrumento é retro-traduzido da língua B

para a língua A por outra pessoa ou grupo bilíngue. Terceiro, uma lista de jurados bilíngues examinam essas duas versões, e avaliam cada item numa escala onde o escore 3 equivale a "exatamente o mesmo significado em ambas as versões", 2 igual a "quase igual" ao mesmo significado em ambas as versões, e 1 igual a "diferente significado em cada versão". Itens que são unanimemente taxados como 'diferentes' provavelmente serão excluídos, e itens que receberam escores de 'quase' e 'exatamente o mesmo significado' deverão ser reconsiderados. Em muitos casos, reformular os itens com outras palavras é o suficiente para permitir suas inclusões (Flaherty et al., 1988).

4.6.1.3. Equivalência técnica: o ponto chave aqui é se o método de coleta dos dados afeta os resultados diferentemente nas duas culturas. No estudo sobre migração interna no Peru (Gaviria et al., 1986), os antropólogos colheram os dados demográficos pelo método de resposta livre e pelo método de auto preenchimento de questionários com questões fechadas. Ao Cruzar os dados obtidos pelas duas técnicas, não se obteve diferença de resultados. Assim, o conteúdo desses dados foi validado (Flaherty et al., 1988). A recomendação preventiva é de manter os mesmos métodos de coleta de dados.

4.6.1.4. Equivalência de critério: avalia-se o grau com que o instrumento discrimina sujeitos que diferem em determinada(s) característica(s) de acordo com um determinado padrão (padrão ouro). Nos estudos de pesquisa transcultural, a equivalência de critério refere-se à capacidade de o instrumento avaliar a variável em ambas as culturas estudadas, e ao fato de que a interpretação dos resultados do instrumento é o mesmo em ambas as culturas. Um instrumento numa cultura A é geralmente desenhado para identificar indivíduos avaliados de forma independente e que mostram uma característica (ou diagnóstico) diferente de outros. Os cálculos de estatística padronizados são **sensibilidade** (proporção de casos positivos identificados corretamente), **especificidade** (proporção de casos negativos identificados corretamente), **Valores de Kappa e a Taxa de classificação incorreta**, que é a proporção de indivíduos classificados incorretamente como positivos ou como negativos. Outras medidas de interesse são o **valor preditivo positivo (VPP)**, que

indica a probabilidade com que os casos detectados como positivos sejam realmente positivos, e o **valor preditivo negativo (VPN)**, que se refere à probabilidade de que os casos detectados como negativos sejam realmente negativos (Flaherty et al., 1988 e Menezes, 1996).

O método da curva ROC foi originalmente desenvolvido para avaliar a capacidade de operadores de radar em decidir se uma mancha na tela representava um alvo inimigo (um avião ou um navio) ou uma nave aliada, ou se era um ruído. ROC é a sigla para 'Receiver Operating Characteristic'. Trata-se, portanto, de uma medida da capacidade de um observador classificar corretamente um dado dentro de uma chave dicotômica. Nem sempre acertamos 100% um diagnóstico clínico, e o mesmo é verdade para um teste diagnóstico (bioquímico, imunológico, imagem, questionário, etc.). O grau de acerto consiste na probabilidade de diagnosticar corretamente uma doença na população, parâmetro que se define como **sensibilidade**, quantificando como a razão entre o diagnóstico positivo verdadeiro para a condição e o total de casos (positivos e negativos verdadeiros) diagnosticados. Associado a este parâmetro, existe outro que serve de contraprova, a **especificidade**, definida como a probabilidade de diagnosticar negativamente um caso que, de fato, não tenha a doença, ou seja, a razão entre os casos diagnosticados como não tendo a doença pelo total de todos os casos diagnosticados (positivos e negativos). A validade de um diagnóstico se consegue no **ponto** onde estão maximizadas a sensibilidade e especificidades (Câmara, 2009). Sensibilidade e especificidade são probabilidades que medem a capacidade de acerto diagnóstico, portanto um valor entre zero e um. Ambas devem ser altas, embora não necessariamente iguais para que tenham validade diagnóstica. A área sob a curva ROC é um indicador importante porque nos fornece uma medida de precisão total independente de um limiar particular, não sendo necessário comparar um teste com outro para se avaliar se um determinado procedimento é confiável ou não. Usa-se a seguinte estimativa para se avaliar a precisão de um teste usando a curva ROC:

- Acima de 0,9 = excelente discriminação,
- 0,8 – 0,9 = boa discriminação,
- 0,7 – 0,8 = discriminação regular,
- 0,6 – 0,7 = discriminação aceitável e
- 0,5 – 0,6 = pouca discriminação.

4.6.1.5. Equivalência conceitual: refere-se à capacidade do instrumento averiguar um mesmo constructo teórico em diferentes culturas. Inclui examinar as correlações entre os itens do questionário na população em estudo, e analisar a relação das respostas com outras variáveis em cada estudo populacional (Flaherty et al., 1988).

4.7. Conceito de validade

Medida é um processo de unir conceitos teóricos não observáveis a indicadores empíricos. Há duas propriedades básicas de medida que asseguram a força dessa união: confiabilidade e validade. Confiabilidade sendo a replicação de uma medida empírica p.ex., consistência interna dos itens de uma escala, reprodutibilidade de uma medida em diferentes ocasiões ou de concordância entre os avaliadores (Goldstein e Simpson, 1995).

Há diversos caminhos para se acessar a validade de um instrumento, nem todos são usados para toda medida de interesse. De fato, validade tem um número de significados em diferentes contextos e é talvez uma das palavras mais usadas na literatura científica. Uma característica essencial da pesquisa clínica é a medida de conceitos abstratos e relações entre conceitos abstratos. Validade pode ser definida como o quanto um indicador empírico de um conceito realmente representa o conceito de interesse. Por exemplo, se alguém usou um indicador em forma de 'checklist' para medir sintomas característicos da depressão maior, validade faz a pergunta de quão acurado é este indicador empírico para diagnosticar transtorno depressivo maior. Validade refere-se às questões 'para que propósito o indicador está sendo usado' (no caso, para diagnosticar depressão) e 'quão exato ele é para este propósito'. De fato, um indicador (p. ex., um instrumento de testes, uma avaliação ou uma entrevista) pode ser válido para um propósito, mas não para outro. Por causa disso, valida-se um instrumento em relação ao seu propósito almejado. Diferentemente da confiabilidade, validade é um processo interminável no qual há uma tentativa de captar a essência do conceito de interesse tão acuradamente quanto possível. Há três caminhos básicos para se acessar validade: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo (Goldstein e Simpson, 1995). Suas subdivisões são:

- 4.7.1. Validade relacionada a conteúdo:
 - 4.7.1.1. Validade de conteúdo
 - 4.7.1.2. Validade de face ou aparente
- 4.7.2. Validade relacionada a critério:
 - 4.7.2.1. Validade concorrente
 - 4.7.2.2. Validade preditiva
- 4.7.3. Validade relacionada a constructo:
 - 4.7.3.1. Validade convergente
 - 4.7.3.2. Validade discriminante
 - 4.7.3.3. Validade fatorial

4.7.1.1. Validade de conteúdo: para cada conceito abstrato há um universo de itens que pode servir de amostra a fim de medir o conceito operacionalmente. Validade de conteúdo envolve a adequação com o qual o domínio de itens é amostrado. Precisa-se primeiramente especificar o conceito de interesse. Ela é assegurada por procedimentos usados para construir itens para um teste. Segundo, os itens têm que ser amostrados fora desse domínio. Se certos itens são centrais para o entendimento do conceito, devem-se estressar esses itens. Finalmente, os itens selecionados são postos de forma testável. A escolha desses itens é dependente de apelos à razão para alcançar acurácia do conteúdo amostral ou de um consenso entre especialistas e da adequação de como os itens são colocados para uma forma testável (Goldstein e Simpson, 1995).

Striner Apud Goldstein e Simpson em 1995 recomendaram o uso de uma matriz de 'validade de conteúdo' como um meio de assegurar que itens estão cobrindo os domínios de interesse. Numa matriz assim, cada coluna representa um domínio distinto dentro do domínio geral de interesse e cada linha representa um único item (isto é, cada coluna deveria ter espaço para checagem em várias linhas). Por outro lado, para minimizar ambiguidade na interpretação, cada item deveria cobrir somente um subdomínio (isto é, cada linha deveria ter somente uma única resposta).

4.7.1.2. Validade de face: esta não se refere ao que o teste de fato mede, mas ao que o teste mede aparentemente. Diz respeito à linguagem, à forma com que o conteúdo está sendo apresentado. Ela não é determinada empiricamente por meio de um coeficiente, mas pode ser em geral, avaliada por juízes ou especialistas (Fachel; Camey, 2000).

4.7.2. Validade de critério: aborda a qualidade da escala ou teste de funcionar como um preditor presente ou futuro de outra variável, operacionalmente independente, chamada critério. O elemento tempo é a principal diferença entre a validade concorrente e a validade preditiva, as quais são essencialmente as mesmas, com exceção de que a primeira se relaciona ao desempenho do sujeito ao tempo em que a escala está sendo aplicada, enquanto a segunda se relaciona ao desempenho futuro sobre o critério que está sendo medido (Fachel; Comey, 2000).

4.7.2.1. Validade concorrente: a simultaneidade da obtenção dos escores do teste e dos escores de critério identifica a validade concorrente. A validade concorrente é calculada com base em medidas já existentes à época do teste. Trata-se, então, da qualidade com que a escala pode descrever um critério presente (Fachel; Comey, 2000).

4.7.2.2. Validade preditiva: fará previsões para o futuro. Assim, por exemplo, um teste de depressão poderá ser validado se os escores altos no teste forem confirmados por diagnósticos clínicos *a posteriori*.

4.7.3. Validade relacionada a constructo: trata do grau que um teste mede o constructo teórico ou traço que ele deve medir. A dificuldade para estabelecer a validade de constructo é que, neste caso, o critério-constructo não é diretamente mensurável. É uma variável latente não observável; logo, a correlação teste-critério não pode ser calculada, como no caso da validade relacionada ao critério. Assim, a validade relacionada ao constructo não é validade empírica no sentido da correlação do teste com um critério observável, mas sim é validade teórica. Ou seja, é a relação entre o teste e algum constructo teórico (variável latente) de interesse. Ela requer a acumulação gradual de informação a partir de várias fontes. Ela pode ser classificada em três tipos: validade convergente, validade discriminante e validade fatorial (Fachel; Comey, 2000).

4.7.3.1. Validade convergente: verifica se a medida em questão está substancialmente relacionada a outras formas de medidas já existentes do mesmo constructo. Alta correlação entre um novo teste e um teste similar já existente é considerada como

evidência de que o novo teste mede (aproximadamente) o mesmo traço de comportamento (ou constructo) que o antigo teste (já validado) mediu (Fachel; Comey, 2000).

4.7.3.2. Validade discriminante: verifica se a medida em questão não está relacionada indevidamente com indicadores de constructos distintos, isto é, se a medida ou escala que está sendo avaliada não se correlaciona significativamente com variáveis que o teste deveria diferir (Fachel; Comey, 2000).

4.7.3.3. Validade fatorial: desenvolvida para identificar traços psicológicos comuns (ou fatores latentes) em uma bateria de testes. A técnica estatística multivariada de análise fatorial pode ser particularmente útil para definir validade relacionada a constructo. A análise fatorial pode ser utilizada tanto no caso de verificação da unidirecionalidade do constructo que está sendo medido, como no caso em que os itens têm mais de uma dimensão subjacente (Fachel; Comey, 2000).

5. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

5.1. O planejamento e criação do Ambulatório de luto se deram a partir de Novembro/2010, com divulgação do mesmo através do serviço de imprensa do Hospital das Clínicas com o objetivo inicial de conhecermos o que caracterizava, como se comportava e quais eram as demandas na população de enlutados. A necessidade e a ausência de um instrumento de medida para o luto disponível na língua portuguesa nos motivou a procura de um, e passou a ser objeto deste trabalho que apresenta desenho de corte transversal, isto é, uma única avaliação de determinada população num determinado período no tempo (Regier; Burke, 1999).

5.2. Rigor e ética: esta pesquisa foi analisada e aprovada pela Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas – FMUSP em 07/03/2012, Protocolo de Pesquisa nº 0541/11, intitulada 'Formação de indicadores para a psicopatologia do luto', apresentada ao Departamento de Psiquiatria. Garantiu-se o caráter voluntário do sujeito de pesquisa, podendo o mesmo interromper sua participação a qualquer momento.

5.3. Critérios de inclusão e exclusão: a inclusão de pacientes se deu de Julho/2011 a Dezembro/2013 com os seguintes critérios:

- a) Sujeitos com idade acima de 18 anos;
- b) Perda do ente querido consanguíneo ou não.

Critério de Exclusão:

- a) Enlutados que estivessem em quadro psicótico agudo.

5.4. Amostra e captação de pacientes

Os pacientes foram provenientes de: a) Ambulatório das diversas clínicas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas – FMUSP; b) consultório privado no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas - FMUSP em que o luto foi o motivo da procura de tratamento e c) colegas de trabalho funcionários do Hospital das Clínicas e amigos pessoais que perderam um ente querido, que não estavam em tratamento psiquiátrico e que aceitaram colaborar com a pesquisa.

A princípio, o tamanho da amostra de 165 sujeitos foi definido com base na literatura para os trabalhos de validação do TRIG como Faschingbauer et al. em 1987, Paulhan e Bourgeois em 1995, Garcia-Garcia et al. em 2005, e Futterman et al. em 2010. Num segundo momento, o cálculo estatístico pelo software GPower 3.1 foi baseado em qual seria o menor número de sujeitos suficiente para separar indivíduos com e sem luto complicado a partir da diferença entre médias do escore total do TRIG usando os parâmetros abaixo:

- a. Foi estipulado o máximo erro tipo I (alpha) de 5% e poder amostral (beta) de 95%;
- b. Considerado a amostra com dois grupos independentes, com e sem luto complicado;
- c. A variável de interesse foi o escore total do TRIG, ou seja, somatória das Partes I, II, III e IV (Quadro 5), considerado não paramétrico;

Quadro 5: Parâmetros para cálculo do tamanho da amostra.

Sem luto complicado			Luto complicado			Total		
N	Mean	Std. Deviation	N	Mean	Std. Deviation	N	Mean	Std. Deviation
Total 96	93,9375	20,9936	69	108,5362	16,0152	165	100,0424	20,3426

- d. O percentual de sujeitos com luto complicado de 42% da amostra, ou seja, razão entre tamanhos amostrais dos grupos de 0,718.

Resultado: o tamanho amostral mínimo e suficiente para estimar a diferença entre os grupos com e sem luto complicado foi de 94, sendo 55 indivíduos sem luto complicado e 39 com luto complicado com coeficiente de confiança de 95%. Nesse estudo, fomos além do mínimo, ou seja, alcançamos 165, sendo 96 sem luto complicado e 69 com luto complicado.

5.5. Análise dos dados - variáveis qualitativas e quantitativas pesquisadas:

5.5.1. Nominais: **sexo** (feminino/masculino), **Cor/raça** (branca, negra, mulato, oriental, outra), **Religião** (católica, protestante, judia, outra), **Grau de parentesco** (pai, mãe, irmão(ã), esposo(a), filho(a), amigo(a) e outro) e **tipo de morte** (esperada, inesperada, lenta e súbita).

5.5.2. Ordinais: **idade do enlutado**, **idade do falecido**, **anos completos de estudo**, (em anos completos) e **Tempo de morte do ente querido** (nos últimos 3 meses, de 4 a 6 meses, de 7 a 9 meses, de 10 a 12 meses, de 1 a 2 anos, de 3 a 5 anos, de 6 a 10 anos, de 11 a 20 anos e mais de 20 anos) e **Grau de proximidade na relação afetiva com o falecido** (a mais próxima que qualquer relação existente, a mais próxima que a maioria das relações, tão próxima quanto a maioria das relações, não tão próxima quanto a maioria das relações e não próxima dentre todas as relações existentes).

5.6. Processo de validação do TRIG

5.6.1. A tradução e adaptação transcultural do instrumento seguiram os passos de: a) tradução por professor de inglês bilíngue; b) retro-tradução por professor de inglês bilíngue e cego ao processo de tradução; c) comparação, consenso e revisão de estilo por um grupo de jurados (psiquiatras TMA e FLN e dois leigos, um de nacionalidade americana e outro de nacionalidade brasileira; ambos, bilíngues) que examinaram as duas versões e, d) aplicação em amostra piloto com $n = 30$ enlutados visando à verificação da compreensão semântica das instruções e da formulação dos itens e

revisão para ajustes finais. Antes de iniciarmos o processo, obtivemos carta de permissão dos autores originais (anexo 2).

5.6.2. Consistência interna do instrumento foi avaliada pelo coeficiente Alpha de Cronbach e correlação item-total.

5.6.3. Validação de critério

5.6.3.1. Formação do critério clínico (padrão ouro) para luto complicado

Foram considerados com luto complicado os indivíduos que experienciavam a perda de ente querido apresentando sintomas típicos de luto (p. ex., anseio de busca pelo falecido, evitação de lembranças do falecido, sentimentos de vazio e descrença pela vida ou dificuldade em aceitar a morte do falecido) em alto grau de sofrimento psíquico associado à presença de complicações para a saúde física e/ou mental, como descrito abaixo.

- A) Ideação suicida: presença da mesma em forma de 'ideia de suicídio', planejamento ou tentativa de fato. Não foi considerado critério se o desejo de sua própria morte fosse atribuído ao outro, por exemplo, a Deus ou ao destino.
- B) Agravamento de doença(s) pré-existente(s) ou desenvolvimento de uma ou mais doença clínica e agravamento ou desenvolvimento de uma ou mais doença mental.

Identificado os grupos com e sem luto complicado a partir do critério clínico, estes foram analisados quanto à homogeneidade através do teste de Qui-quadrado para variáveis categóricas e para as demais, utilizou-se o teste-t para variáveis paramétricas e Mann-Whitney para as não paramétricas. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para identificar variáveis com distribuição normal. As análises multivariadas foram feitas através da regressão logística.

5.6.3.2. Sensibilidade, Especificidade e Pontos de Corte

Para alcançar este objetivo, o TRIG - versão em português brasileiro, foi dividido em quatro partes e suas variáveis, baseando-se na escala de Likert, ganharam valores para as intensidades de cada resposta, dando-se cinco para o maior valor de presença e um para a ausência de sintoma (Quadro 6). A saber; Parte I, composta de 8 itens e escore total máximo de 40, explora a conduta e os sentimentos do enlutado em relação aos momentos imediatos após a perda; Parte II, de 13 itens e pontuação máxima de 65, explora os sentimentos atuais do enlutado em relação ao falecido. Ambas as partes têm 5 categorias de respostas (tipo Likert) que vão do 'completamente verdadeiro' (5 pontos) ao 'completamente falso' (1 ponto); Parte III, de 5 itens, avalia fatos relacionados ao luto e tem 2 categorias de resposta, verdadeiro (5 pontos) e falso (1 ponto) com inversão da pontuação para os itens 'Eu estava no funeral da pessoa falecida' e 'Eu sinto que agora eu estou funcionando tão bem quanto eu estava antes dessa morte' para garantir que todas as variáveis estivessem na direção de quanto maior a presença dessas variáveis, maior a intensidade do luto e parte IV composta de 2 itens: a) Olhando para trás, eu diria que minha relação com esta pessoa era: 'a mais próxima que qualquer relação que eu já tive antes ou depois' (5 pontos), 'a mais próxima que a maioria das relações que eu tive com as outras pessoas' (4 pontos), 'Tão íntima quanto a maioria das minhas relações com os outros' (3 pontos), 'não tão próxima quanto a maioria das minhas relações' (2 pontos) e 'não muito próxima entre todas' (1 ponto). E, b) 'A morte desta pessoa foi': 'Esperada ou lenta' (1 ponto) e 'Inesperada ou súbita' (5 pontos). Para sua avaliação foram somadas as pontuações de cada item e se calculou os totais de cada uma de suas quatro partes. O instrumento foi aplicado em entrevista única, preenchido pelo paciente podendo o aplicador (TMA) esclarecer dúvidas se solicitado. Acrescentou-se à pesquisa, a pergunta se o sujeito estava ou não em tratamento específico para o luto.

Para cálculo da Sensibilidade e Especificidade procurou-se o melhor ponto a partir do qual se distingue luto complicado do não complicado na área sob a curva ROC. A partir da maximização da sensibilidade e especificidade encontradas, puderam-se encontrar os pontos de corte para delimitar pontos positivos e através de Regressão

Logística Binária foram identificadas quais variáveis do TRIG contribuíram para diferenciar os grupos com e sem luto complicado.

Quadro 6: TRIG – variáveis e seus escores para cálculo da sensibilidade e especificidade.

Variáveis	Escore				
	Completamente verdadeiro	Parcialmente verdadeiro	Verdadeiro e falso	Parcialmente falso	Completamente falso
Parte I					
1 Depois que esta pessoa morreu eu achava difícil me dar bem com certas pessoas	5	4	3	2	1
2 Eu achava difícil trabalhar bem depois que essa pessoa morreu	5	4	3	2	1
3 Após a morte desta pessoa eu perdi o interesse na minha família, amigos e por atividades fora	5	4	3	2	1
4 Eu sentia uma necessidade de fazer coisas que o falecido queria fazer	5	4	3	2	1
5 Eu estava estranhamente mais irritado(a) após a morte desta pessoa	5	4	3	2	1
6 Eu não pude prosseguir com minhas atividades normais durante os 3 primeiros meses após a morte desta pessoa	5	4	3	2	1
7 Eu estava com raiva da pessoa que morreu por ela ter me deixado	5	4	3	2	1
8 Eu achei difícil dormir após a morte desta pessoa	5	4	3	2	1
Parte II					
1 Eu ainda choro quando penso na pessoa falecida	5	4	3	2	1
2 Eu ainda me sinto muito triste quando eu penso na pessoa que morreu	5	4	3	2	1
3 Eu não posso aceitar a morte desta pessoa	5	4	3	2	1
4 Às vezes, eu sinto muita falta desta pessoa	5	4	3	2	1
5 Até agora é doloroso lembrar desta pessoa	5	4	3	2	1
6 Eu estou preocupado com pensamentos (e frequentemente penso) sobre esta pessoa que morreu	5	4	3	2	1
7 Eu seguro minhas lágrimas quando eu penso nesta pessoa	5	4	3	2	1
8 Ninguém jamais tomará o lugar desta pessoa em minha vida	5	4	3	2	1
9 Eu não posso evitar os pensamentos sobre esta pessoa que morreu	5	4	3	2	1
10 Eu sinto que é injusto que esta pessoa tenha morrido	5	4	3	2	1
11 Coisas e pessoas ao meu redor ainda me fazem lembrar a pessoa que morreu	5	4	3	2	1
12 Eu sou incapaz de aceitar a morte da pessoa que morreu	5	4	3	2	1
13 Às vezes, eu ainda sinto a necessidade de chorar pela pessoa que morreu	5	4	3	2	1
Parte III					
1 Eu estava no funeral da pessoa falecida	1	5			
2 Eu sinto que realmente eu tenho sofrido pela pessoa que morreu	5	1			
3 Eu sinto que agora eu estou funcionando tão bem quanto eu estava antes desta morte	1	5			
4 Eu pareço muito triste a cada ano que passa mais ou menos idêntico desde quando a pessoa morreu	5	1			
5 Às vezes, eu sinto que eu tenho a mesma doença que a pessoa que morreu	5	1			
Parte IV					
1 Olhando para trás, eu diria que minha relação com esta pessoa era					
A mais próxima que qualquer relação que eu já tive antes ou depois	5				
A mais próxima que a maioria das relações que eu tive com as outras pessoas	4				
Tão próxima quanto a maioria das minhas relações com os outros	3				
Não tão próxima quanto a maioria das minhas relações	2				
Não muito próxima dentre todas	1				
2 A morte desta pessoa foi					
Esperada ou lenta	1				
Inesperada ou súbita	5				

Nota: As variáveis 'A pessoa que morreu era meu/minha (responda qual parentesco)', 'Quantos anos tinha essa pessoa que morreu?' e 'Há quanto tempo esta pessoa morreu?' não entraram por não serem ordinais.

5.6.4. Validação de constructo: para verificar se no TRIG existiam variáveis com alta correlação entre si a ponto de serem agrupadas e tomadas em conjunto

como medida de um mesmo constructo foram realizadas Análise Fatorial Exploratória (EFA) através do método de componentes principais (rotação varimax e fatores com autovalores [*eigenvalue*] maior ou igual a 1) e Análise Fatorial Confirmatória (CFA) a fim de validar os fatores encontrados na EFA, ou seja, saber se esses fatores poderiam ser reduzidos ao menor número de variáveis e quais destas ainda representariam os constructos sem perda de informação. Para isso foram calculadas as covariâncias de todas as variáveis entre si e seus complementos (erros) que formaram os fatores e depois entre os fatores. As medidas para avaliar o melhor ajuste de modelo foram:

- Qui-quadrado (no output está como CMIN): testa a hipótese nula de que a estimativa de covariância residual é igual a uma matriz composta apenas por zeros. Um valor significativo indica inadequação dos dados ao modelo, porém é um índice que sofre impacto negativo quanto maior a amostra. Isoladamente tem pouco valor e é mais utilizado na comparação entre modelos e métodos (Thompson, 2004 Apud Collares, 2012).
- Qui-quadrado sobre graus de liberdade (no output está como CMIN/DF): divide-se o valor do qui-quadrado pelo número de graus de liberdade para obter um valor de ajuste ao modelo menos sensível ao tamanho da amostra. Valores menores que 3 são preferíveis, mas valores abaixo de 5 são toleráveis (Hocevar, 1985; Byrne, 2001 Apud Collares, 2012).
- GFI (goodness-of-fit index, índice de qualidade de ajuste): é um coeficiente de determinação geral para modelos de equações estruturais. É um valor análogo ao R^2 em regressão múltipla e indica a proporção de variância-covariância explicada pelo modelo. Valores maiores que 0,9 são considerados como indicativos de elevada adequação ao modelo (Tanaka, 1993 Apud Collares, 2012).
- AGFI (GFI ajustado para os graus de liberdade): correção "parcial" do valor de GFI para o número de graus de liberdade. Seu valor tende a ser similar ao GFI quanto menor seja o número de parâmetros a ser estimado (Tanaka, 1993 Apud Collares, 2012). Como ainda é afetado com o aumento da amostra, tende ao desuso.
- NFI (índice de ajuste normalizado): compara o qui-quadrado para o modelo testado contra o qui-quadrado para o modelo basal presumindo que as variáveis mensuradas são completamente independentes. Idealmente, valores maiores

que 0,95 são desejados (Bentler, 2000; Thompson, 2004 Apud Collares, 2012).

- CFI (índice de ajuste comparativo): índice similar ao NFI, que faz uso de uma distribuição de qui-quadrado não-central, e que procura levar em consideração a complexidade de um modelo. Idealmente, valores maiores que 0,95 também são desejados (Thompson, 2004). A vantagem do uso do CFI é evitar a subestimação do ajuste observado no NFI quando a amostra é pequena (Bentler, 2000; Thompson, 2004 Apud Collares, 2012).
- TLI (índice de Tucker Lewis): também conhecido como índice de Bentler-Bonett não-normalizado (NNFI), é similar ao CFI. Idealmente, valores maiores que 0,90 são desejados (Bentler and Bonett, 1980 Apud Collares, 2012).
- RMR (raiz quadrada média residual): é a raiz quadrada da média dos quadrados dos resíduos e indica o valor absoluto médio dos resíduos das covariâncias. Deve-se preferir o valor padronizado do RMR para a interpretação (SRMR) (Hair Jr. et al., 2006 Apud Collares, 2012).
- RMSEA (raiz da média dos quadrados dos erros de aproximação): ao contrário do RMR, o RMSEA possui uma distribuição conhecida e, portanto, representa de forma mais adequada quão bem um modelo se ajusta à população, não apenas à amostra utilizada para a estimação (Thompson, 2004 Apud Collares, 2012). Valores inferiores a 0,05 representam bom ajuste. Valores de 0,05 a 0,08 representam ajuste moderado e valores de 0,08 a 0,10 representam adequado ajuste (Brown & Cudeck, 1993).
- CN (Critical N); também chamado índice de Hoelter 0,05 e 0,01 (níveis de significância), adequação do tamanho da amostra ao modelo postulado com 95% de confiança e 99% de confiança, respectivamente. Este critério verifica a adequação do tamanho da amostra, e não o ajustado modelo. A proposta deste índice é uma estimativa do tamanho da amostra que seja suficientemente adequado ao ajuste o modelo para o teste χ^2 . Um valor que exceda 200 é indicativo que o modelo representa adequadamente os dados amostrais.
- Finalmente, para comparar a qualidade do ajuste dos modelos concorrentes, foi utilizado 'Akaike Information Criterion' e 'Bayesian Information Criterion' (AIC e BIC, respectivamente). O modelo escolhido é aquele com menor valor de AIC, indicando menor perda de dados ao ajuste (Wikipedia, online, visto em 20/06/2014).

Por último, uma **Regressão Logística** foi realizada para responder se idade do falecido, tipo de morte, ter ido ao funeral do ente querido e se os fatores encontrados na análise fatorial eram importantes ou não para diferenciar luto complicado de não complicado.

Os dados foram analisados considerando nível de significância de 5%, em pacote estatístico SPSS (versão 14) e AMOS (versão 16).

6. RESULTADOS

6.1. Processo de tradução e adaptação do TRIG para o português

6.1.1. Equivalência Semântica: neste processo, os seguintes ajustes foram feitos.

- a) A frase 'PREENCHER UM FORMULÁRIO SEPARADO PARA CADA PESSOA QUE MORREU' na versão original vinha após o primeiro dado psicográfico¹. Esta foi antecipada para que todas as perguntas psicográficas levassem em consideração essa informação.
- b) Na versão original, a pergunta 'Essa pessoa morreu...' apresentava em suas respostas, intervalos de tempo com sobreposições que foram corrigidos conforme quadro 7 (correções destacadas em azul).

Quadro 7: TRIG - Ajustes semânticos.

Esta pessoa morreu (escolha apenas uma alternativa):					
☐ nos últimos três meses	☐ de 9 a 12 meses	☐ de 5 a 10 anos			
☐ nos últimos três meses	☐ de 10 a 12 meses	☐ de 6 a 10 anos			
☐ de 3 a 6 meses	☐ de 1 a 2 anos	☐ de 10 a 20 anos			
☐ de 4 a 6 meses	☐ de 1 a 2 anos	☐ de 11 a 20 anos			
☐ de 6 a 9 meses	☐ de 2 a 5 anos	☐ a mais de 20 anos			
☐ de 7 a 9 meses	☐ de 3 a 5 anos	☐ a mais de 20 anos			

- c) No estudo piloto, as alternativas de respostas da pergunta 'Olhando para trás eu diria que minha relação com esta pessoa era:' tinham a palavra 'Íntima' correspondendo a 'Closer' da versão original. Ela causou dúvida ao respondente se a mesma se referia a conteúdo sexual ou erótico na relação. Então, a mesma

¹ Dado psicográfico: estudo do comportamento social de um determinado grupo como estilo de vida, hábitos, atividades opiniões, interesse, etc.

foi redefinida para a palavra 'próxima'. A partir de então, obteve-se boa aceitação e esclarecimento do seu significado.

A versão em português do TRIG foi aprovada pelos autores da versão original, sendo denominada Inventário Texas Revisado de Luto - versão em português do Brasil (Anexo 11.3).

6.1.2. Equivalência de conteúdo: a análise dos itens e consistência interna do instrumento foram medidos pelo coeficiente Alpha de Cronbach e correlação item-total.

A. Para a Parte I do instrumento – primeiras reações no luto: alcançou alpha de 0,735. A matriz de correlação para o agrupamento das 08 variáveis ('Depois que essa pessoa morreu eu achei difícil me dar bem com certas pessoas', 'Eu achei difícil trabalhar bem depois que essa pessoa morreu', 'Após a morte desta pessoa eu perdi o interesse na minha família, amigos e por atividades externas', 'Eu sentia necessidade de fazer coisas que o falecido queria fazer', 'Eu estava estranhamente mais irritado(a) depois que essa pessoa morreu', 'Eu não pude prosseguir com minhas atividades normais durante os três primeiros meses após a morte desta pessoa', 'Eu estava com raiva da pessoa que morreu por ela ter me deixado' e 'Eu achei difícil dormir depois que essa pessoa morreu'), que compõem esta parte está representada na tabela 1.

Tabela 1: TRIG - Matriz de correlação entre itens da parte I.

	Dificuldade de relação	Dificuldade de trabalhar	Perda de interesse	fazer coisas q falecido queria	Sentia-se mais irritado	Baixo rendimento	Raiva do falecido	Difícil dormir
Dificuldade de relação	1,000	,519	,510	,123	-,173	,410	,115	,345
Dificuldade de trabalhar	,519	1,000	,561	,157	-,074	,501	,187	,387
Perda de interesse	,510	,561	1,000	,177	-,067	,408	,097	,321
Fazer coisas q falecido queria	,123	,157	,177	1,000	,063	,162	,143	,093
Sentia-se mais irritado	-,173	-,074	-,067	,063	1,000	,075	-,005	,052
Baixo rendimento	,410	,501	,408	,162	,075	1,000	,161	,466
Irritado após a perda	,115	,187	,097	,143	-,005	,161	1,000	,228
Difícil dormir no início	,345	,387	,321	,093	,052	,466	,228	1,000

A matriz de relevância para estas variáveis está na tabela 2.

Tabela 2: TRIG - Relevância de cada variável dentro da parte I.

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Dificuldade de relação	19,28	35,190	,535	,363	,683
Dificuldade de trabalhar	18,96	34,182	,626	,456	,662
Perda de interesse	19,32	34,863	,551	,397	,679
Fazer coisas que o falecido queria	19,76	40,563	,212	,055	,759
Baixo rendimento	19,08	34,780	,559	,364	,677
Irritado após a perda	20,39	40,349	,229	,078	,754
Difícil dormir	18,67	37,185	,482	,280	,697

Interpretação e tomada de decisão: A variável destacada em azul na Tabela 2 é a que mais contribui para o modelo. As variáveis destacadas em vermelho na Tabela 2 aportaram contribuição muito modesta. A variável destacada em vermelho na Tabela 1 faz correlação negativa com as demais variáveis. Se o investigador estiver buscando uma forma de mensuração geral de como o luto se comporta, deve manter todas as variáveis. No entanto, retirar a variável 'Eu estava estranhamente irritado(a) após a morte desta pessoa' aumenta a precisão da escala, tornando o instrumento mais calibrado. Nesse estudo, optamos por manter todas as variáveis.

B. Parte II do instrumento - reações atuais: alcançou alpha de 0,896. A matriz de correlação para o agrupamento das 13 variáveis que compõem esta parte ('Eu ainda choro quando penso na pessoa falecida', 'Eu ainda me sinto muito triste quando eu penso na pessoa', 'Eu não posso aceitar a morte desta pessoa', 'Às vezes, eu sinto muita falta desta pessoa', 'Até agora é doloroso lembrar desta pessoa', 'Eu estou preocupado com pensamentos (e frequentemente penso) sobre esta pessoa que morreu', 'Eu seguro minhas lágrimas quando eu penso nesta pessoa', 'Ninguém jamais tomará o lugar desta pessoa em minha vida', 'Eu não posso evitar os pensamentos sobre esta pessoa que morreu', 'Eu sinto que é injusto que esta pessoa tenha morrido', 'Coisas e pessoas ao meu redor ainda me fazem lembrar a pessoa que morreu', 'Eu sou incapaz

de aceitar a morte da pessoa que morreu' e 'Às vezes, eu ainda sinto a necessidade de chorar pela pessoa que morreu'), corresponde a Tabela 3.

Tabela 3: TRIG - Relevância de cada variável dentro da parte II.

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Ainda chora pelo falecido	47,13	117,311	,717	,613	,882
Ainda triste pelo falecido	46,56	124,296	,709	,577	,885
Não posso aceitar morte dele	47,54	115,469	,669	,589	,885
Sinto falta dele às vezes	46,35	130,778	,522	,412	,893
Ainda dói lembrar do falecido	46,65	122,813	,648	,524	,887
Tenho pensamento sobre o falecido	47,50	117,910	,635	,514	,887
Escondo as lágrimas	47,86	119,718	,554	,361	,891
O falecido é insubstituível	46,55	127,518	,491	,356	,893
Não consigo evitar pensamentos no falecido	46,92	120,268	,679	,558	,885
É injusta a morte dessa pessoa	47,29	121,451	,501	,466	,894
Coisas me lembram do falecido	46,64	130,377	,381	,223	,897
Sou incapaz de aceitar a morte dessa pessoa	47,86	116,633	,654	,638	,886
Ainda sinto necessidade de chorar pelo falecido	46,92	118,103	,688	,583	,884

Interpretação e tomada de decisão: todas as variáveis contribuíram expressivamente para o modelo. Mesmo a variável 'coisas me lembram do falecido...' (destacada em vermelho na Tabela 3) que, embora seja a de menor correlação item-total, ainda tem um R^2 sugerindo uma contribuição da ordem de 22,3%. Considerado manter todas as variáveis no instrumento.

C. Parte III do instrumento - Fatos relacionados: obtive um alpha de 0,280. A matriz de correlação composta pelas variáveis 'Eu estava no funeral da pessoa falecida', 'Eu sinto que realmente eu tenho sofrido pela pessoa que morreu', 'Eu sinto que agora eu estou funcionando tão bem quanto eu estava antes dessa morte', 'Eu fico transtornado a cada ano próximo da mesma data que a pessoa morreu' e 'Às vezes, eu sinto que eu tenho a mesma doença da pessoa que morreu' está apresentada na tabela 4.

Tabela 4: TRIG - Matriz de correlação entre os itens da parte III.

	eu estava no funeral	eu realmente entrei em luto	funciono tão bem quanto antes	fico transtornado na data de morte	às vezes sinto mesma doença do falecido
eu estava no funeral	1,000	,003	,088	,008	,048
eu realmente entrei em luto	,003	1,000	-,245	,287	,064
funciono tão bem quanto antes	,088	-,245	1,000	-,364	-,094
fico transtornado na data de morte	,008	,287	-,364	1,000	,034
às vezes sinto mesma doença do falecido	,048	,064	-,094	,034	1,000

Interpretação e tomada de decisão: A variável 'eu funcionava tão bem quanto antes...', destacada em vermelho na Tabela 4, fez correlação negativa com as demais variáveis. Um alpha tão modesto indica que as variáveis dessa parte não devem ser agrupadas como mesma dimensão psicopatológica. Elas se referem a diferentes aspectos do luto.

6.2. Características da amostra: foram incluídos 165 enlutados provenientes do ambulatório de luto. Para as **variáveis qualitativas** (procedência do sujeito, sexo, raça, religião, parentesco, tipo de relação afetiva com o falecido, tempo de luto e tipo de morte) foram calculadas suas frequências em cada categoria (Tabela 5).

Tabela 5: Perfil sociodemográfico da amostra.

		n	%
Procedência do paciente	ambulatório de luto	113	68,5%
	consultório privado	30	18,2%
	colegas	22	13,3%
Sexo	masculino	26	15,8%
	feminino	139	84,2%
Raça	branca	101	61,2%
	negra	27	16,4%
	mulata	31	18,8%
	oriental	6	3,6%
Religião	católica	87	52,7%
	evangélico/protestante	39	23,6%
	ateu/agnóstico	11	6,7%
	espírita	17	10,3%
	outras	11	6,7%
Parentesco com o falecido	pai	25	15,2%
	mãe	44	26,7%
	irmão	18	10,9%
	esposo	20	12,1%
	filho	30	18,2%
	segundo grau	28	17,0%
Relação com o falecido	a mais próxima antes e pós-morte dele(a)	65	39,4%
	a mais próxima dentre as próximas	63	38,2%
	tão próxima quanto as outras relações	25	15,2%
	não tão próxima	12	7,3%
Idade do Falecido	até 24 anos	32	19,4%
	de 25 a 75 anos	100	60,6%
	acima de 75 anos	33	20,0%
Tempo de luto	há 03 meses	23	13,9%
	4 a 6 meses	15	9,1%
	7 a 9 meses	8	4,8%
	10 a 12 meses	9	5,5%
	1 a 2 anos	42	25,5%
	3 a 5 anos	19	11,5%
	6 a 10 anos	24	14,5%
	11 a 20 anos	17	10,3%
	mais de 20 anos	8	4,8%
Forma de Morte	esperada	44	26,7%
	inesperada	91	55,2%
	súbita	30	18,2%
Total		165	100,0%

Para as **variáveis quantitativas** idade do enlutado, escolaridade e idade do falecido, foram calculadas média e desvio padrão, como mostra a Tabela 6.

Tabela 6: Perfil sociodemográfico – variáveis contínuas.

	n	Média	Desvio Padrão
Anos de escola	165	10,79	4,943
Idade do falecido	165	52,11	24,733
Idade atual do paciente	165	48,96	14,824

A distribuição quanto à Idade do enlutado e escolaridade são melhores representadas pelos histogramas abaixo (Gráficos 1 e 2 respectivamente), onde se percebe maior concentração de idade dos 40 aos 60 anos e escolaridade mostrando grande diversidade no padrão amostral.

Gráfico 1: Frequência da idade entre os enlutados.

Gráfico 2: Frequência da escolaridade entre os enlutados.

6.3. Identificação dos grupos com e sem luto complicado a partir da aplicação do critério clínico de luto complicado

Foi possível distinguir 69 indivíduos (41,9% da amostra) com luto complicado (Tabela 7).

Tabela 7: Definição de luto complicado.

				Doença Psíquica		Total
				Não	Sim	
Suicídio	Não	Doença Física	Não	52 (31.5%)	28 (17.0%)	80 (48.5%)
			Sim	16 (9.7%)	35 (21.2%)	51 (30.9%)
	Total		68 (41.2%)	63 (38.2%)	131 (79.4%)	
	Sim	Doença Física	Não	5 (3.0%)	14 (8.5%)	19 (11.5%)
			Sim	3 (1.8%)	12 (7.3%)	15 (9.1%)
	Total		8 (4.8%)	26 (15.8%)	34 (20.6%)	
Total Luto Complicado						69 (41.8%)

As doenças clínicas e psiquiátricas encontradas nessa amostra foram diagnosticadas por especialistas de suas respectivas áreas. A relação destas e sua distribuição de frequência entre os grupos com e sem luto complicado estão apresentadas na Tabela 8. Para 'Outro transtorno mental' foram aqui agrupados os transtornos fóbicos e ansiosos, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos somatoformes, transtornos dissociativos, transtornos do humor e transtornos psicóticos agudos e transitórios.

Tabela 8: Frequências das doenças clínicas e mentais entre os grupos com e sem luto complicado.

			Sem Luto Complicado	Luto Complicado	Total
Doenças Mentais	Depressão	não desenvolveu	83 (86%)	23 (33%)	106 (64%)
		desenvolveu	13 (14%)	43 (62%)	56 (34%)
		piorou estado pré-existente	0 (%)	3 (4%)	3 (2%)
	Alcoolismo	não desenvolveu	93 (97%)	62 (90%)	155 (94%)
		desenvolveu	3 (3%)	3 (4%)	6 (4%)
		piorou pre-existente	0 (%)	4 (6%)	4 (2%)
	Tabagismo	não desenvolveu	92 (96%)	56 (81%)	148 (90%)
		desenvolveu	0 (%)	1 (1%)	1 (1%)
		piorou transt pre-existente	4 (4%)	12 (17%)	16 (10%)
	Outro Transtorno Mental	não desenvolveu	84 (88%)	53 (77%)	137 (83%)
		desenvolveu	11 (11%)	13 (19%)	24 (15%)
		piorou estado pré-existente	1 (1%)	3 (4%)	4 (2%)
Doenças Clínicas	Endocrinológicas	não desenvolveu	90 (94%)	64 (93%)	154 (93%)
		desenvolveu	6 (6%)	4 (6%)	10 (6%)
		piorou estado pré-existente	0 (%)	1 (1%)	1 (1%)
	Cardiovascular	não desenvolveu	89 (93%)	59 (86%)	148 (90%)
		desenvolveu	7 (7%)	10 (14%)	17 (10%)
	Gastrointestinal	não desenvolveu	96 (100%)	42 (61%)	138 (84%)
		desenvolveu	0 (%)	26 (38%)	26 (16%)
		piorou estado pré-existente	0 (%)	1 (1%)	1 (1%)
	Dermatológica	não desenvolveu	92 (96%)	65 (94%)	157 (95%)
		desenvolveu	4 (4%)	4 (6%)	8 (5%)
	Reumatológica	não desenvolveu	96 (100%)	66 (96%)	162 (98%)
		desenvolveu	0 (%)	1 (1%)	1 (1%)
		piorou estado pré-existente	0 (%)	2 (3%)	2 (1%)
	Ginecológica	não desenvolveu	95 (99%)	63 (91%)	158 (96%)
		desenvolveu	1 (1%)	6 (9%)	7 (4%)
	Respiratória	não desenvolveu	91 (95%)	67 (97%)	158 (96%)
		desenvolveu	4 (4%)	1 (1%)	5 (3%)
		piorou pré-existente	1 (1%)	1 (1%)	2 (1%)
	Osteomuscular	não desenvolveu	94 (98%)	65 (94%)	159 (96%)
		desenvolveu	2 (2%)	4 (6%)	6 (4%)
Total			96 (100%)	69 (100%)	165 (100%)

Nota: o destaque azul aponta as doenças de maior frequência no grupo com luto complicado.

6.3.1. Medidas de homogeneidade entre os grupos com e sem luto complicado

Uma vez identificados os grupos com e sem luto complicado, comparamos suas características demográficas usando nível de significância de 5%.

6.3.1.1. Para as variáveis qualitativas (sexo, raça, religião, parentesco com o ente querido, tipo de relação com o falecido, idade do falecido, tempo de luto e tipo de morte) foram calculadas as frequências nos grupos com e sem luto complicado como mostrado na Tabela 9.

Tabela 9: Perfil sociodemográfico – Medida de homogeneidade entre os grupos com e sem luto complicado.

			Sem Luto Complicado	Luto Complicado	Total	P-valor
Procedência do paciente	ambulatório de luto	n	61	52	113	0,206
		%	54,0%	46,0%	100,0%	
	consultório	n	19	11	30	
		%	63,3%	36,7%	100,0%	
Sexo	masculino	n	16	10	26	0,704
		%	16,7%	14,5%	15,8%	
	feminino	n	80	59	139	
		%	83,3%	85,5%	84,2%	
Raça	branca	n	62	39	101	0,139
		%	64,6%	56,5%	61,2%	
	negra	n	16	11	27	
		%	16,7%	15,9%	16,4%	
	mulata	n	13	18	31	
		%	13,5%	26,1%	18,8%	
	oriental	n	5	1	6	
		%	5,2%	1,4%	3,6%	
Religião	católica	n	53	34	87	0,232
		%	55,2%	49,3%	52,7%	
	evangélico/protestante	n	26	13	39	
		%	27,1%	18,8%	23,6%	
	ateu/agnóstico	n	6	5	11	
		%	6,3%	7,2%	6,7%	
	espírita	n	6	11	17	
		%	6,3%	15,9%	10,3%	
Parentesco com o falecido	pai	n	15	10	25	0,022
		%	15,6%	14,5%	15,2%	
	mãe	n	30	14	44	
		%	31,3%	20,3%	26,7%	
	irmão	n	10	8	18	
		%	10,4%	11,6%	10,9%	
	esposo	n	13	7	20	
		%	13,5%	10,1%	12,1%	
Relação com o falecido	filho	n	9	21	30	0,996
		%	9,4%	30,4%	18,2%	
	segundo Grau	n	19	9	28	
		%	19,8%	13,0%	17,0%	
	a mais próxima antes e pós-morte dele(a)	n	38	27	65	
		%	39,6%	39,1%	39,4%	
	a mais próxima dentre as próximas	n	37	26	63	
		%	38,5%	37,7%	38,2%	
Idade do Falecido	tão próxima quanto as outras relações	n	14	11	25	0,042
		%	14,6%	15,9%	15,2%	
	não tão próxima	n	7	5	12	
		%	7,3%	7,2%	7,3%	
	até 14 anos	n	15	17	32	
		%	46,9%	53,1%	100,0%	
Tempo de luto	de 25 a 75 anos	n	56	44	100	0,786
		%	56,0%	44,0%	100,0%	
	acima de 75 anos	n	25	8	33	
		%	75,8%	24,2%	100,0%	
	há 03 meses	n	14	9	23	
		%	14,6%	13,0%	13,9%	
	4 a 6 meses	n	7	8	15	
		%	7,3%	11,6%	9,1%	
	7 a 9 meses	n	5	3	8	
		%	5,2%	4,3%	4,8%	
	10 a 12 meses	n	4	5	9	
		%	4,2%	7,2%	5,5%	
Forma de Morte	1 a 2 anos	n	23	19	42	0,008
		%	24,0%	27,5%	25,5%	
	3 a 5 anos	n	11	8	19	
		%	11,5%	11,6%	11,3%	
	6 a 10 anos	n	15	9	24	
		%	15,6%	13,0%	14,5%	
	11 a 20 anos	n	13	4	17	
		%	13,5%	5,8%	10,3%	
	mais de 20 anos	n	4	4	8	
		%	4,2%	5,8%	4,8%	
	esperada	n	34	10	44	
		%	35,4%	14,5%	26,7%	
Total	inesperada	n	46	45	91	0,008
		%	47,9%	65,2%	55,2%	
	súbita	n	16	14	30	
		%	16,7%	20,3%	18,2%	
Total		n	96	69	165	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

Interpretação:

- a) **Para sexo e raça:** não houve diferença significativa entre os grupos, ou seja, luto complicado ocorre tanto em homens como em mulheres e em todas as raças.
- b) **Para Religião:** não houve diferença significativa entre os grupos; no entanto, na população com luto complicado, a religião predominante foi a espírita.
- c) **Para parentesco do falecido:** a perda de filho(a) foi três vezes maior que qualquer outro parentesco no grupo com luto complicado.
- d) **Forma de morte:** a forma inesperada e súbita teve maior ocorrência no grupo com luto complicado e aumenta o risco para o enlutado evoluir para luto complicado ($p = 0,008$).
- e) **Para o tipo de relação (grau de proximidade) com o falecido:** não houve diferença significativa entre os grupos. Porém, percebemos que a diferença entre os grupos com e sem luto complicado se deu pelo laço genético, especificamente se o falecido era filho ou filha.
- f) **Quanto ao tempo de luto,** não houve diferença significativa entre os grupos, sugerindo não haver tempo específico para luto complicado. Olhando o instrumento por partes e para a Parte II, verificou-se que os indivíduos com luto não complicado apresentaram picos de melhora dos sintomas de luto nos tempos de 7 a 9 meses, 1 a 2 anos e 3 a 5 anos, e melhora estatística significativa (queda no escore total da Parte II) a partir dos 10 anos como mostra o Gráfico 3. Os enlutados com luto complicado apresentaram o mesmo traçado evolutivo de tempo, porém com os sintomas de forma mais intensa, ou seja, quem tem luto complicado sempre tem maiores escores e essa diferença se mantém ao longo do tempo (Gráfico 4).

Gráfico 3: Distribuição média do escore (Parte II) em relação ao tempo de luto em toda a amostra.

Gráfico 4: Distribuição média do escore (Parte II) em relação ao tempo de luto entre os grupos com e sem luto complicado.

6.3.1.2. Para as variáveis quantitativas (escolaridade, idade do falecido e idade do enlutado) foi calculado o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. A variável 'idade atual do paciente' apresentou distribuição que pode ser aproximada para a distribuição normal. As variáveis 'escolaridade' e 'idade do falecido' não apresentaram distribuição para a normalidade. Usou-se, então, o teste-t para verificar se havia diferença entre os grupos com e sem luto complicado para essas variáveis, como mostra a Tabela 10.

Tabela 10: Perfil sociodemográfico (variáveis contínuas) entre os grupos com e sem luto complicado.

	Sem luto complicado			Luto complicado			Total			P-valor
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão	
Anos de escola	96	11,77	4,709	69	9,43	4,972	165	10,79	4,943	0,002
Idade do falecido	96	55,80	24,465	69	46,97	24,352	165	52,11	24,733	0,027
Idade atual do paciente	96	48,75	16,116	69	49,25	12,922	165	48,96	14,824	0,833

Interpretação:

- Quanto à escolaridade:** verificou-se diferença significativa entre os grupos. A média de anos formais e completos de escolaridade foi de $11,77 \pm 4,71$ anos para o grupo sem luto complicado e $9,43 \pm 4,97$ no grupo com luto complicado ($p = 0,002$).
- Idade do falecido:** a idade média do falecido foi de $55,80 \pm 24,46$ anos no grupo sem luto complicado e de $46,97 \pm 24,35$ no grupo com luto complicado ($p=0,027$). Observou-se que quanto mais jovem o falecido, maior o risco para o enlutado desenvolver luto complicado conforme visto na tabela 9 ($p = 0,042$) e (teste χ^2 de tendência com $p = 0,014$).

6.3.2. Variáveis associadas ao luto complicado

Para verificar quais itens da escala TRIG conseguiam fazer associação com o constructo 'luto complicado', foi realizada regressão logística pelo método Backward Wald controlado pelas variáveis 'forma de morte', 'idade do falecido', 'anos de escolaridade' e 'parentesco do falecido – filho(a)', que tornavam os grupos diferentes entre si, conforme mostrado na Tabela 11.

Tabela 11: Variáveis que apresentaram associação com luto complicado controlando pelos fatores heterocedásticos.

Variáveis	B	S.E.	P-valor	95.0% C.I. for B	
				Lower	Upper
Eu não pude prosseguir com minhas atividades normais durante os 3 primeiros meses após a morte desta pessoa	0,893	0,358	0,013	0,191	1,594
Eu achei difícil dormir após a morte desta pessoa	1,165	0,409	0,004	0,363	1,966
Eu ainda choro quando penso na pessoa falecida	1,151	0,389	0,003	0,389	1,914
Eu não posso aceitar a morte desta pessoa	1,075	0,343	0,002	0,402	1,747
Até agora é doloroso lembrar desta pessoa	1,103	0,552	0,046	0,021	2,184
Eu estou preocupado com pensamentos (e frequentemente penso) sobre esta pessoa que morreu	0,753	0,338	0,026	0,090	1,416
Eu seguro minhas lágrimas quando eu penso nesta pessoa	0,793	0,339	0,019	0,130	1,457
Ninguém jamais tomará o lugar desta pessoa em minha vida	1,253	0,548	0,022	0,179	2,326
Eu sou incapaz de aceitar a morte da pessoa que morreu	0,850	0,334	0,011	0,196	1,504
Eu sinto que realmente eu tenho sofrido pela pessoa que morreu	1,582	0,680	0,020	0,250	2,914
Eu pareço muito triste a cada ano que passa mais ou menos idêntico desde quando a pessoa morreu	1,387	0,361	0,000	0,680	2,094
Às vezes, eu sinto a mesma doença que a pessoa que morreu	1,338	0,391	0,001	0,573	2,104

Interpretação: sendo estas as variáveis que constituíram o constructo luto complicado, agora temos luto complicado podendo ser identificado tanto pelo critério clínico (criado pelo investigador) como pelo instrumento TRIG.

6.4. Sensibilidade e especificidade pela curva ROC

A área sob a curva ROC informa quanto cada parte do instrumento é eficiente em separar os grupos com e sem luto complicado. Neste caso, o escore da parte III e o escore total do instrumento vão identificar corretamente 71,4% e 71,3% respectivamente os indivíduos com e sem luto complicado, conforme Tabela 12.

Tabela 12: Área sob a curva ROC e seus respectivos alphas de Cronbach.

	Coef. Beta	S.E.	Sig.	IC (95%) Beta		Cronbach's Alpha	ROC Curve Area
				Lower	Upper		
Escore da Parte I	0,065	0,027	0,015	0,013	0,117	0,690	0,643
Escore da Parte II	0,054	0,016	0,001	0,021	0,086	0,897	0,680
Escore da Parte III	0,198	0,046	< 0,001	0,109	0,288		0,714
Escore da Parte IV *			0,786				0,598
Escore Total (Parte I + II + III + IV)	0,041	0,010	<0,001	0,020	0,061	0,885	0,713

*Escore total da Parte IV: Não foi significativa, pois ela contém a Forma de Morte, variável já utilizada em todas as regressões para controle.

Uma vez estabelecidos os pontos de maximização na área da curva ROC, foram calculados os valores de sensibilidade e especificidade para cada parte e escore total do instrumento, como mostrado na Tabela 13.

Tabela 13: Valores da sensibilidade e especificidade para cada parte do instrumento e no seu total.

		Diagnóstico Clínico (Padrão-ouro)		Total
		Sem Luto Complicado	Luto Complicado	
Escore da Parte I	Sem Luto Complicado	45	16	61
	Luto Complicado	51	53	104
	Total	96	69	165
	Sensibilidade	46,9%		
	Especificidade	76,8%		
	PrevReal	58,2%		
	Prev Estimada	37,0%		
	Valor Preditivo Positivo	73,8%		
	Valor Preditivo Negativo	51,0%		
Escore da Parte II	Acurácia	59,4%		
	Classificação incorreta	40,6%		
	Sem Luto Complicado	60	23	83
	Luto Complicado	36	46	82
	Total	96	69	165
	Sensibilidade	62,5%		
	Especificidade	66,7%		
	PrevReal	58,2%		
	Prev Estimada	50,3%		
Escore da Parte III	Valor Pred. Posit.	72,3%		
	Valor Pred. Nega	56,1%		
	Acurácia	64,2%		
	Classificação incorreta	35,8%		
	Sem Luto Complicado	64	23	87
	Luto Complicado	31	45	76
	Total	95	68	163
Escore Total (Partes I,II,III e IV)	Sensibilidade	67,4%		
	Especificidade	66,2%		
	PrevReal	58,3%		
	Prev Estimada	53,4%		
	Valor Pred. Posit.	73,6%		
	Valor Pred. Nega	59,2%		
	Acurácia	66,9%		
	Classificação incorreta	33,1%		

6.5. Pontos de Corte para delimitar pontos positivos

Para todas as partes do instrumento e a partir da maximização da sensibilidade e especificidades encontradas puderam-se encontrar os pontos de corte que separaram os grupos com e sem luto complicado (Tabela 14).

Tabela 14: Média dos escores para ponto de corte positivo.

Composição da escala	Ponto de corte
Parte I	27
Parte II	54
Parte III	15
Parte IV	6
Partes I + II	79 e 82
Partes I + II + III + IV	104

Interpretação: Para a somatória dos escores totais das partes I e II houve dois picos. Quanto mais alto for o ponto de corte (≥ 82), estará se incluindo sintomas com maior intensidade, consequentemente, menos pacientes serão identificados como positivos para luto complicado. Há ainda a opção de se escolher o ponto de corte pela média desses dois picos que é igual a 80,5. Em resumo, cada parte tem seu ponto de corte e o pesquisador é livre para optar pelo total das partes ou considerá-las uma a uma.

Bem, pôde-se perguntar **que variáveis dentre as demográficas, psicográficas e as psicopatológicas se faziam importantes na discriminação para luto complicado**, o que foi respondido por regressão logística, conforme dados da Tabela 15.

Tabela 15: Variáveis que apresentaram associação com luto complicado, levando em consideração a média dos escores das partes I, II, III e total - Regressão logística I.

Variável	B	S.E.	Sig.	95.0% C.I. for B	
O falecido é filho (a)	0,959	0,469	0,041	0,040	1,878
Religião Espírita	1,363	0,587	0,020	0,212	2,514
Escore Total (I,II,III e IV)	0,042	0,011	0,000	0,020	0,063
Constant	-4,909	1,146	0,000		

6.6. Validade de constructo

6.6.1. Análise fatorial exploratória

Utilizando-se o método de componentes principais com rotação varimax, foi investigado se havia variáveis entre os itens da escala com alta correlação, ou seja, medindo o mesmo constructo, e a análise nos revelou sete fatores com autovalores maiores ou igual a 1, como mostrado na Tabela 16.

Tabela 16: Análise fatorial exploratória – fatores das partes I, II e III.

	Componentes	Fator 1 (Depressão)	Fator 2 (Raiva I)	
Parte I	necessidade de fazer coisas que o falecido queria	0,157	0,478	
	raiva do falecido por ele ter me abandonado	0,192	0,451	
	estranhamente mais irritado após a perda	0,312	-0,734	
	dificuldade de relacionamento no início	0,799	-0,070	
	dificuldade de trabalhar bem nos primeiros três meses	0,799	0,141	
	perda de interesse por família, amigos e atividades fora	0,765	0,060	
	baixo rendimento nas atividades nos primeiros três meses	0,646	0,395	
	difícil dormir após a perda do ente querido	0,551	0,412	
	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,805		
	Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-square	262,427	
	df		28	
	Sig		0,000	
	Componentes	Fator 1 (Dor)	Fator 2 (Raiva II)	Fator 3 (Falta)
Parte II	ainda sinto necessidade de chorar pelo falecido	0,774	0,189	0,177
	não consigo evitar pensamentos sobre o falecido	0,773	0,164	0,184
	ainda choro pelo falecido	0,739	0,289	0,181
	tenho pensamento perturbadores com o falecido	0,726	0,334	-0,084
	escondo as lágrimas	0,646	0,131	0,168
	o falecido é insubstituível	0,578	0,055	0,281
	ainda me sinto triste ao lembrar do falecido	0,561	0,453	0,295
	até agora é doloroso lembrar do falecido	0,542	0,339	0,359
	é injusta a morte dessa pessoa	0,074	0,853	0,145
	sou incapaz de aceitar morte dessa pessoa	0,265	0,851	0,136
	não posso aceitar morte dele	0,435	0,728	0,081
	coisas me lembram o falecido	0,091	0,162	0,815
	sinto falta dele (a)	0,373	0,101	0,735
	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,898		
	Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-square	1021,76	
	df		78	
	Sig		0,000	
	Componentes	Fator 1 (Consciência)	Fator 2 (Identificação)	
Parte III	fico transtornado próximo às mesmas datas de morte	0,756	0,070	
	sinto que entrei de luto	0,662	0,147	
	estou funcionando tão bem quanto antes da morte dele	-0,748	0,161	
	às vezes sinto que tenho a mesma doença do falecido	0,178	0,657	
	estive no funeral desta pessoa	-0,135	0,776	
	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	61,000		
	Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-square	46,092	
	df		10	
	Sig		0,000	

Achados os fatores pela análise fatorial no presente trabalho, nos perguntamos **se algum deles seria importante para diferenciar luto complicado de não complicado**. O resultado, por Regressão Logística Univariada, foi sim para os fatores 'Depressão' e 'Dor' por apresentarem p-valor igual a 0,033 e 0,003, respectivamente.

6.6.2 Análise fatorial confirmatória:

Para esta medida, foram calculadas as covariâncias de todas as variáveis entre si e seus complementos (erros) que formaram os fatores e depois entre os fatores. Contamos com quatro medidas para avaliar o melhor ajuste de modelo encontrado. O *comparative fit index* (CFI), o *Tucker-Lewis Index* (TLI), o *root mean square error of approximation* (RMSEA) e o *standardized root mean square residual* (SRMR). Para o RMSEA e SRMR, valores inferiores a 0,05 representam bom ajuste. Valores de 0,05 a 0,08 representam ajuste moderado e valores de 0,08 a 0,10 representam adequado ajuste (Brown & Cudeck, 1993). Finalmente, para comparar a qualidade do ajuste dos modelos concorrentes, foi utilizado o *Akaike Information Criterion* e o *Bayesian Information Criterion* (AIC e BIC, respectivamente), com valores menores indicando melhor ajuste do modelo. Foram escolhidas as relações significantes ao nível de 5%. Do modelo final (Tabela 17), seus ajustes (Tabela 18) e parâmetros (Tabela 19) emergiram dois fatores mais robustos, 'Dor' e 'Depressão'.

Tabela 17: Análise Confirmatória - melhor ajuste para os fatores encontrado na análise fatorial.

Tabela 18: Parâmetros de ajuste para o modelo final - Regressão logística II.

Variáveis	Estimados	S.E.	C.R.	P	Padronizados
Eu seguro minhas lágrimas quando eu penso nesta pessoa	0,974	0,120	8,121	< 0,001	0,611
Às vezes, eu ainda sinto a necessidade de chorar pela pessoa que morreu	1,183	0,097	12,171	< 0,001	0,826
Eu ainda choro quando penso na pessoa falecida	1,147	0,098	11,659	< 0,001	0,803
Eu não posso evitar os pensamentos sobre esta pessoa que morreu	0,956	0,094	10,121	< 0,001	0,727
Eu ainda me sinto muito triste quando eu penso na pessoa que morreu	0,653	0,078	8,355	< 0,001	0,635
Até agora é doloroso lembrar desta pessoa	0,752	0,091	8,280	< 0,001	0,623
Depois que essa pessoa morreu eu achava difícil me dar bem com certas pessoas	1,046	0,130	8,020	< 0,001	0,657
Eu achava difícil trabalhar bem depois que essa pessoa morreu	1,207	0,127	9,518	< 0,001	0,784
Após a morte desta pessoa eu perdi o interesse na minha família, amigos e por atividades fora	1,016	0,131	7,755	< 0,001	0,638
Covariâncias					
Dor <--> Depressão	0,444	0,083	5,349	< 0,001	
e7 <--> e8	0,284	0,068	2,575	< 0,001	
e4 <--> e7	0,167	0,065	2,575	0,01	

Tabela 19: Análise confirmatória - parâmetros para o modelo final.

CMIN					
Model	NP	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Modelo_total	21	20,244	24	0,683	0,843 (bom se < 3)
Saturated model	45	0,000	0	...	...
Independence model	9	581,261	36	0,000	16,146

RMR, GFI				
Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Modelo_total	0,065	0,973 (Bom se alcançarem 0,9)	0,95	0,519
Saturated model	0,000	1,000	...	...
Independence model	0,692	0,439	0,299	0,452

Baseline Comparisons					
Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Modelo_total	0,965	0,948	1,007	1,01	1,000
Saturated model	1,000	...	1,000	...	1,000
Independence model	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Parsimony-Adjusted Measures			
Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Modelo_total	0,667	0,643	0,667
Saturated model	0,000	0,000	0,000
Independence model	1,000	0,000	0,000

NCP			
Model	NCP	LO 90	HI 90
Modelo_total	0,000	0,000	10,232
Saturated model	0,000	0,000	0,000
Independence model	545,261	470,862	627,093

FMIN				
Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Modelo_total	0,123	0,000	0,000	0,62
Saturated model	0,000	0,000	0,000	0,000
Independence model	3,544	3,325	2,871	3,824

RMSEA				
Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Modelo_total	0,000 (Bom < 0,05)	0,000	0,51	0,946
Independence model	0,304	0,282	0,326	0,000

AIC				
Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Modelo_total	62,244	64,971	127,469	148,469
Saturated model	90,000	95,844	229,768	274,768
Independence model	599,261	600,43	627,215	636,215

ECVI				
Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Modelo_total	0,38	0,402	0,465	0,396
Saturated model	0,549	0,549	0,549	0,584
Independence model	3,654	3,200	4,153	3,661

HOELTER		
Model	HOELTER	HOELTER
	0,5	0,01
Modelo_total	296	349
Independence model	15	17

Agora, pode-se perguntar quais **variáveis seriam importantes para prever luto complicado, considerando os fatores emergidos da análise confirmatória.**

Esta pergunta foi respondida por Regressão Logística Multivariada (Tabela 20). Entraram para o modelo: a) **todas as variáveis com diferença significativa entre os grupos:** as parte I, II, III e IV do instrumento, as variáveis de controle da primeira regressão (forma de morte, idade do falecido, anos de escolaridade e 'parentesco do falecido ser filho ou filha), religião e sexo do enlutado e b) as variáveis que constituem os **fatores 'Depressão' e 'Dor'**, ambos da análise confirmatória. **Resultado:** idade do falecido ($p = 0,059$), fator depressão ($p = 0,045$), e as variáveis 'eu fico transtornado a cada a cada ano, próximo da época que a pessoa morreu' ($p = 0,002$) e 'às vezes eu sinto que eu tenho a mesma doença da pessoa que morreu' ($p < 0,001$). O fator 'dor' da análise confirmatória não ficou no ajuste de modelo final desta regressão.

Tabela 20: Variáveis que apresentaram associação com luto complicado, considerando os fatores emergidos da análise confirmatória - Regressão logística III.

Variáveis da equação	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1(a) Forma de Morte			3,370	2	0,185			
Morte Esperada	-2,197	1,367	2,582	1	0,108	0,111	0,008	1,621
Morte Inesperada	-1,189	1,145	1,078	1	0,299	0,305	0,032	2,872
Idade do falecido	-0,005	0,013	0,148	1	0,701	0,995	0,970	1,021
Escolaridade	-0,022	0,049	0,208	1	0,649	0,978	0,888	1,077
Parentesco			2,656	5	0,753			
Pai	0,415	0,803	0,268	1	0,605	1,515	0,314	7,305
Mãe	-0,030	0,827	0,001	1	0,971	0,970	0,192	4,906
Irmão	-0,151	0,871	0,030	1	0,863	0,860	0,156	4,738
Cônjuge	-0,295	0,930	0,100	1	0,751	0,745	0,120	4,610
Filho (a)	0,822	0,761	1,169	1	0,280	2,276	0,512	10,108
Fator de Depressão	0,269	0,365	0,545	1	0,460	1,309	0,640	2,677
Fator de Dor	0,074	0,417	0,031	1	0,859	1,077	0,476	2,437
Perdi o interesse por família, amigos e atividades	-0,049	0,179	0,076	1	0,783	0,952	0,670	1,352
Senti necessidade de fazer coisas que o falecido fazia	-0,096	0,134	0,510	1	0,475	0,909	0,699	1,182
Eu estava estranhamente mais irritado após a perda	0,211	0,135	2,450	1	0,118	1,235	0,948	1,609
Sentia raiva por ele(a) ter me abandonado	-0,205	0,142	2,090	1	0,148	0,814	0,616	1,076
Foi difícil dormir bem após a perda	0,244	0,175	1,941	1	0,164	1,277	0,905	1,800
Eu não posso aceitar a morte desta pessoa	-0,057	0,216	0,070	1	0,791	0,944	0,618	1,443
Às vezes, eu sinto muita falta desta pessoa	-0,110	0,331	0,111	1	0,739	0,895	0,468	1,714
Penso frequentemente no falecido e isto me preocupa	0,139	0,183	0,581	1	0,446	1,149	0,804	1,644
Ninguém jamais tomará o lugar desta pessoa em minha vida	0,080	0,254	0,100	1	0,752	1,084	0,659	1,782
É injusto que essa pessoa tenha morrido	-0,139	0,198	0,495	1	0,482	0,870	0,590	1,283
Coisas e pessoas me fazem lembrar a pessoa que morreu	0,151	0,203	0,555	1	0,456	1,163	0,782	1,731
Eu sou incapaz de aceitar a morte desta pessoa	0,191	0,221	0,745	1	0,388	1,210	0,785	1,866
Eu estava no funeral da pessoa falecida	0,963	0,744	1,676	1	0,195	2,621	0,610	11,267
Eu sinto que realmente tenho sofrido pelo(a) falecido(a)	1,424	0,888	2,571	1	0,109	4,154	0,729	23,687
Fico transtornado na mesma datas de morte	0,620	0,542	1,308	1	0,253	1,858	0,643	5,372
Às vezes, sinto que tenho a mesma doença do(a) falecido(a)	1,603	0,512	9,814	1	0,002	4,967	1,822	13,541
Estou funcionando tão bem quanto antes da morte dele(a)	0,476	0,635	0,562	1	0,454	1,609	0,464	5,587
Forma de Morte (agrupadas suas categorias)	-0,715	0,494	2,101	1	0,147	0,489	0,186	1,286
Grau de proximidade na relação com o falecido(a)	0,196	0,253	0,598	1	0,439	1,216	0,741	1,996
Constant	-3,226	3,107	1,078	1	0,299	0,040		

Step 24(b) Idade do falecido	-0,014	0,007	3,575	1	0,059	0,986	0,973	1,000
Fator de Depressão*	0,455	0,227	4,029	1	0,045	1,576	1,011	2,459
Fico transtornado na mesma data da morte	1,225	0,390	9,851	1	0,002	3,404	1,584	7,313
Sinto a mesma doença do falecido	1,542	0,417	13,648	1	0,000	4,675	2,063	10,597
Constant	-2,060	0,789	6,808	1	0,009	0,127		

* Fator Depressão: fator encontrado na análise confirmatória.

7. RESUMO DOS ACHADOS

1. O presente trabalho foi realizado numa população de 165 enlutados, destes, 69 com luto complicado, e 96 sem luto complicado, provenientes 68% do ambulatório de luto, apresentando características de **moda** [medida que aponta o valor que é mais frequente numa distribuição de valores (Pereira, 2010)] serem predominantemente feminina (84%), católica (53%), branca (61%), apresentar laço de consanguinidade ou afinidade com o falecido predominantemente em primeiro grau e, na relação de proximidade com o falecido, esta ser considerada próxima ou a mais próxima já experienciada na vida do enlutado. O enlutado apresentava idade atual de $48,96 \pm 14,82$ anos (média $\pm$ desvio padrão) e bom nível de escolaridade, com média de 10,79 anos de escola formal. A idade média do falecido foi de 52,11 anos.
2. Quanto à validação, o instrumento apresentou boa consistência interna, alcançou bons níveis de sensibilidade e especificidade. Foi capaz de discriminar ponto de corte para discriminar luto complicado e mostrou que, utilizando o escore total do instrumento (somatória das partes I, II, III e IV), podemos classificar corretamente 71,3% dos indivíduos com e sem luto complicado. Através de regressão logística multivariada, foi possível identificar que o 'escore total do instrumento' e as variáveis 'idade do falecido', 'fico transtornado a cada ano próximo à mesma data de morte do falecido', 'às vezes sinto que eu tenho a mesma doença do falecido' e o fator depressão da análise confirmatória (aglutinado de sintomas da parte II do instrumento)' foram as variáveis que fizeram maior correlação com luto complicado.
3. Os fatores de risco para os enlutados discriminados pelo TRIG nessa amostra foram baixa escolaridade, idade do falecido, falecido ser filho(a), morte súbita ou inesperada, e o escore total do TRIG ser maior ou igual a 104.

8. DISCUSSÃO: para conforto didático, a discussão será apresentada seguindo o roteiro da análise estatística, abaixo descrito:

8.1. Sobre a versão portuguesa do TRIG

- Processo de tradução e adaptação para o português;
- Análise da consistência interna do instrumento;
- Comparação entre amostras do trabalho de referência e este;
- Sensibilidade, Especificidade e Ponto de corte;
- Análise Fatorial e
- Análise confirmatória.

8.2. Sobre o luto Complicado

- Homogeneidade entre os grupos com e sem luto complicado;
- Variáveis que compuseram o constructo luto complicado;
- Fatores de risco para luto complicado encontrados pelo TRIG e
- Estimativas de risco para desenvolver luto complicado

8.1. Sobre a versão portuguesa do TRIG

O processo de tradução e adaptação para a língua portuguesa transcorreu sem grandes dificuldades, e recebeu pequenas adaptações à língua portuguesa. A versão para o português realizada por de Barros em 2008, precisou fazer adaptação específica em duas questões, haja vista o enlutado serem pais adultos e a perda ser criança, sem variações nessas categorias. Tais adaptações não atendem à diversidade de outros tipos de enlutados e perdas, tornando necessária nova adaptação do instrumento para uso deste em outras populações.

A equivalência técnica foi alcançada por terem sido usados os mesmos métodos de coleta de dados utilizados no trabalho de referência (Faschingbauer, Zissok e Devaul, 2005), ou seja, luto com diversos períodos de tempo, população com e sem tratamento específico, garantindo que casos de leve a graves fossem incluídos, diversidade no grau de parentesco e na forma de morte.

Com relação à consistência interna do TRIG - versão português do Brasil, os valores encontrados para o Alpha de Cronbach, de 0,678 para a parte I (que estuda as primeiras reações ao luto), e de 0,897 para a parte II (que estuda as reações em torno do momento atual de aplicação do instrumento), foram tão bons quanto os do trabalho original, em que 0,70 e 0,679 correspondem respectivamente às partes I e II.

A Parte III (fatos relacionados ao luto) alcançou um alpha modesto, demonstrando que, realmente, como no estudo de referência, essas variáveis não devem ser agrupadas como uma dimensão ou constructo. Elas devem ser estudadas em separado, porque estão avaliando aspectos do luto diferentes entre si.

As validações para o alemão (Langner e Maercker, 2005), francês (Paulhan e Bourgeois, 1995), espanhol (García et al., 2005) e turco (Yildiz e Cimete, 2011) também encontraram bons níveis de consistência interna para as dimensões I e II do instrumento, denotando adequação e coerência dos itens, seja na composição da escala total, seja nas subescalas I e II, motivo pelo qual todas as variáveis ficaram no modelo final.

As qualidades psicométricas do TRIG foram avaliadas no trabalho de referência em uma amostra de 57 pacientes não internados, com idade média de 37,3 anos (faixa etária de 19 a 74 anos), e média de anos formais de estudo de 11,5 anos. Eram 44 mulheres e 13 homens, sendo 65% brancos, 62% mulheres. Todos tinham tido uma morte na família, mas não está publicado o resultado por parentabilidade. Subsequentemente, foram incluídos 211 enlutados com dados colhidos pelo serviço de postagem do correio local dos Estados Unidos (Faschingbauer, Zissok e Devaul, 2005).

No presente estudo, os enlutados são 29% mais velhos, predominantemente do sexo feminino, e com percentual 34% maior deste gênero do que no estudo de referência. O número de católicos e protestantes nessa amostra foi respectivamente de 53% e 24%, enquanto no de referência foi respectivamente 26% e 40%. Ou seja, no presente estudo o número de católicos é 2 vezes maior, enquanto a metade da população é protestante no trabalho de referência. Quanto às raças e escolaridade, ambas as amostras são praticamente iguais. As amostras de ambos os trabalhos foram consideradas semelhantes, haja vista as médias do trabalho de referência estarem contidas no intervalo de confiança das médias do presente trabalho. A intensidade de diferença entre as médias pode ser vista no quadro 8.

Quadro 8: Semelhanças e diferenças entre a amostra deste estudo e o de Faschingbauer et al. (2005).

Resultados	Faschingbauer (estudo de referência)			Presente estudo		Intensidade da diferença***	Comentários	
	Amostra Inicial	Segunda amostra		n = 165				
	n = 57	n = 260						
		Média	IC (95%)	estimado	Média	IC (95%)		
Idade em anos		**	38	[35,7 ; 40,3]	49	[46,7 ; 51,2]	1,29	No presente estudo, as pessoas são 29% mais velhas
Sexo feminino		**	63%	[57,4% ; 68,6%]	84%	[78,6% ; 89,9%]	1,34	No estudo atual, o percentual de mulheres é 34% maior que no estudo de referência
Raça	branca	**	64%	[56,5% ; 71,5%]	61%	[53,7% ; 68,7%]	0,96	Ambas as amostras são praticamente iguais
Religião	católica	**	26%	[18,3% ; 33,7%]	53%	[45,0% ; 60,4%]	2,03	No presente estudo o número de católicos é 2 vezes maior que no estudo referência onde quase metade da população é protestante
	protestante	**	40%	[33,5% ; 46,5%]	24%	[17,1% ; 30,2%]	0,59	
Alpha de Cronbach								
	parte I	0,70	0,870	[0,790 ; 0,950]	0,678	[0,598 ; 0,748]		
	parte II	0,69	0,890	[0,866 ; 0,914]	0,897	[0,873 ; 0,919]		
	parte III*	**	**		0,280	[0,083 ; 0,444]		
Validade de Constructo								
1. Mulheres dependentes sofreriam mais.			Confirmado	Não investigado				
2. Participar do funeral seria melhor?			Não	Não evita luto complicado				
3. Mulheres expressariam mais suas emoções por homens serem culturalmente mais reprimidos?			Sim	Não observamos diferença entre os sexos				
4. Esposas teriam mais dor do que outros parentes não sanguíneos?			Sim	Perder o marido não foi fator de risco para luto complicado				

Nota:

* retirando a variável 'funciono tão bem quanto antes'

** não publicado

*** Intensidade da diferença = média do estudo atual / média do estudo de referência

Foram alcançados bons níveis de sensibilidade e especificidade pela área da curva ROC e, a partir da maximização de seus pontos, encontrou-se o ponto de corte positivo para luto complicado de 104.

Na análise fatorial do presente trabalho, cada fator recebeu o nome da emoção ou estado do 'eu' que melhor o representava. Na parte I do instrumento, foram encontrados os fatores 'Depressão' e 'Raiva I'. Na parte II, os fatores 'Dor', 'Raiva II' e 'Falta do falecido'. Na parte III, os fatores 'Consciência do luto' e 'Identificação com o falecido'.

Futterman et al. (2010), em seu estudo de EFA somente para a parte II do TRIG, encontraram três fatores. O 'Nonacceptance', o 'Emocional response' e 'Thoughts' respectivamente semelhantes ao 'Raiva' 'Dor' e 'Falta', encontrados neste estudo como constructos do universo luto.

No presente trabalho, para a análise fatorial confirmatória foram consideradas as covariâncias de todas as variáveis das Partes I, II e III, entre si e entre os fatores. O modelo de ajuste final revelou 9 variáveis muito correlacionadas entre si, e foram resumidas em dois grandes fatores identificados como 'Dor' e 'Depressão', alcançando alpha de Cronbach de 0,828 com IC (95%) = [0,786 a 0,865].

Interpretação:

- a. Usar o instrumento de forma original composto de 8 itens da Parte I, 13 da Parte II, 5 da Parte III e 6 da Parte IV nos dá um α -Cronbach de 0,885. Ao serem retiradas as variáveis que apresentam correlação abaixo de 0,40 e as de correlação negativa, tem-se um α -Cronbach melhorado para 0,899. Diminuir o instrumento de 26 para 9 variáveis, ou seja, para os 2 fatores, obtem-se um α -Cronbach reduzido para 0,828 (o modelo continua considerado bom). Esta redução é esperada porque o alpha é afetado pelo número de variáveis. O benefício da forma reduzida é do ponto de vista estatístico. Quanto menor o questionário, mais rápida é sua aplicação.
- b. As variáveis que não entraram neste modelo são importantes para estudar luto, porém não são significativamente correlacionadas com os fatores. Ou seja, elas estudam aspecto(s) diferente(s) do estudado pelos fatores 'Dor' e 'Depressão'. Então, a decisão de usar um questionário maior ou menor, depende do constructo que se quer avaliar no universo luto. Por exemplo, para estudar o constructo de luto complicado, elas não são necessárias.

8.2. Sobre o luto complicado

Examinando a distribuição da amostra na parte I (primeiros momentos do luto), havia a distinção de três modas: os enlutados estavam agrupados quanto à presença dos sintomas em médio a muito presente. Na parte II (faixa de tempo de após os três meses até o tempo atual), houve uma única concentração em torno de

presente e muito presente. Já apontava na direção que as pessoas não estavam somente em luto, mas estavam enfrentando dificuldades com o luto.

Ao serem aplicados os critérios clínicos para luto complicado, pôde-se observar que a prevalência de enlutados com luto complicado em nossa amostra era de 42%; e desses, 46% provenientes do ambulatório de luto. Esse dado corrobora com Bergman et al. 2010, de que quem procura os serviços formais para luto apresenta depressão, baixa habilidade de enfrentamento e baixa percepção quanto a si, sua saúde e suas capacidades. A prevalência de luto complicado na população geral varia de 2,4 % (Fujisawa et al., 2011) a 6,7% (Kersting et al., 2011) e entre os idosos de 25% (Newson et al., 2011). Nossos achados foram semelhante à frequência de 44,3% registrada por Shear et al. (2006), em seu trabalho de rastreio do luto complicado entre os sobreviventes 1,5 anos após os ataques terroristas de 11 de setembro de 2001, e que tinham se beneficiado por 18 meses de um programa de apoio a estas vítimas.

Os critérios de luto complicado criados por Prigerson et al. (1999) foram medidos com o instrumento *Inventory of Traumatic Grief- Revised* (ITG-R) (Prigerson e Jacobs, 2001b), um questionário validado de 32 itens com alta consistência interna (α -Cronbach = 0.92, sensibilidade = 0.93; especificidade = 0.93). Os critérios de luto complicado criados por Horowitz et al. (1997) foram medidos pelos instrumento *Complicated Grief Module* (CGM) (Horowitz et al., 1997), uma lista de 30 sintomas que alcançou α -Cronbach = 0.49 – 0.58). Horowitz et al. (1997) selecionou sete itens do CGM como um pequeno grupo de sintomas capaz de diagnosticar luto complicado e a versão Germânica dessa versão alcançou sensibilidade = 0.60, especificidade = 0.99 e valor preditivo = 0.96. Forstmeier e Maercker (2007) compararam os dois sistemas diagnósticos para luto complicado e observaram que somente 2 pacientes (0.4%) da amostra foram diagnosticados de acordo com os dois sistemas diagnósticos.

Para rastreamento de luto complicado, podemos citar ainda o *Inventory of Complicated Grief* (ICG) (Prigerson et al., 1995), um instrumento de 19 itens que a partir de escore total ≥ 25 prediz resultados negativos para a saúde (Prigerson et al.,

1995) e o *Brief Grief questionnaire* (BGC) (Shear et al, 2006), uma escala de cinco itens aplicada aos indivíduos que procuraram apoio em serviços de atendimento à saúde mental após os ataques de 11/setembro à cidade de Nova York, e posteriormente validada para o japonês pelo método de análise fatorial ao ser capaz de agrupar pacientes com luto complicado, e outro grupo com estresse psicológico não específico medido pelo instrumento K6 (Ito et al., 2012).

No presente trabalho, para verificar quais itens do TRIG faziam associação com luto complicado, foi realizada regressão logística controlada pelas variáveis que tornavam os grupos com e sem luto complicado [forma de morte, idade do falecido, escolaridade do enlutado e falecido ser filho(a)] e encontramos as variáveis que estavam medindo **má adaptação** ('Eu não pude prosseguir com minhas atividades durante os três primeiros meses', 'Tinha dificuldades para dormir' e 'Pensamentos obsessivos sobre o falecido'), **Dor** ('Ainda choro quando penso no falecido', 'Até agora é doloroso', 'Me seguro pra não chorar', 'Sinto que sofro', 'fico triste no período de aniversário de morte'), **Não aceitação** ('não aceito a morte dele(a), 'ninguém tomará o lugar desta pessoa' e 'sou incapaz de aceitar a morte dessa pessoa) e **Procura pelo falecido** ('sinto a mesma doença que o falecido).

Prigerson et al. apud Delalibera (2011) criaram o *Prolonged Grief Disorder Instrument* (PG-13), validado para o português de Portugal em amostra com 22,5% da população com sintomas de luto prolongado. Essa validação alcançou consistência interna muito boa ($\alpha=0,932$) e sua análise fatorial mostrou que os domínios '**dor emocional**', '**tristeza/pesar**' ou '**episódios de tensão**' relacionados com a 'perda' representavam majoritariamente o constructo luto complicado naquela escala (Delalibera 2011).

Simon et al. (2011), usando o Inventory of Complicated Grief numa população de 782 enlutados, aplicaram um critério clínico para luto complicado criado por eles e, a partir daí, distinguiram 288 sujeitos com luto complicado, e 377 sem. Somente ao grupo identificado com luto complicado fez uma análise fatorial para descobrir quais sintomas daquele surgiriam fazendo associação a luto complicado (processo semelhante ao presente trabalho). Encontraram seis fatores que mediam

respectivamente os seguintes domínios psicopatológicos: **procura e anseio** pelo falecido, **raiva** do falecido, **choque e descrença** na morte do falecido (equivale ao 'não aceitação' encontrado no nosso trabalho), **estranhamento** em relação aos outros, **alucinações** do falecido (é uma forma de procura pelo outro) e **mudança comportamental** que corresponde ao cluster de má adaptação do nosso trabalho.

Cada um deles, desses três trabalhos, usou um instrumento diferente para medida psicopatológica, mas todos encontraram domínios psicopatológicos próximos entre si, o que nos faz considerar que a presença destes domínios em nível intenso seja um marcador para o diagnóstico de luto complicado. Freud (1917) já apontava que o que definia a melancolia era a presença de sentimentos de baixa autoestima, a procura pelo objeto perdido em níveis psicóticos como alucinações, e a identificação maciça com o objeto perdido e sentimentos de ambivalência. Tudo isso somados à intensa dor psíquica e desvios de atitudes normais perante a vida, de tal modo que a intensidade dos sintomas de luto normal era aumentada e sua duração prolongada. No presente trabalho, a predominância no grau de proximidade com o falecido foi a de vínculo muito próximo, com pouca expressão para o componente de ambivalência numa população predominantemente católica. Talvez, por uma culpa cristã, não possam entrar em contato direto com seus sentimentos de raiva pelo falecido. Os trabalhos acima mencionados não informam a frequência da população quanto à religião. Em nossos achados a variável tempo não foi critério para a definição de luto complicado. Nossos achados corroboram com os achados de Zisook (1987) de que muitos sintomas e comportamentos relacionados ao luto continuam presentes por anos, talvez, indefinidamente. De acordo com os resultados obtidos e conforme Delalibera et al. (2011), o critério tempo não assume, na nossa população, a relevância que Prigerson (1999) e Prigerson e Jacobs (2001a,b) lhes atribui.

Os fatores de aumento de risco para os enlutados discriminados pelo TRIG nessa amostra foram **baixa escolaridade**, **idade do falecido** (ser jovem aumenta o risco para luto complicado, e falecido acima de 75 anos de idade passa a ser fator protetor para o enlutado não desenvolver luto complicado), o enlutado ter **grau parental do tipo filho(a)** (sugerindo que o impacto de significância para o grupo com luto complicado se deu pelo rompimento da ordem 'natural' e esperada na morte dos pais

anteceder à morte de seus filhos), a **forma de morte** do ente perdido ser inesperada ou súbita, o **escore total da escala** (somatória das partes ser maior ou igual a 104), e embora religião como um todo não tenha tido significância, foi possível ver uma tendência de maior frequência de luto complicado entre os enlutados da religião espírita. Observou-se que, do constructo luto complicado, as variáveis '**eu fico transtornado a cada ano próximo da data em que a pessoa morreu**' e '**às vezes eu sinto que eu tenho a mesma doença da pessoa que morreu**', quando presentes, e na sua maior pontuação, aumentam as chances do enlutado ter luto complicado em 3,4 e 4,6 vezes respectivamente; e, tomando as variáveis '**idade do falecido**' e '**fator depressão**' como contínuas, pode-se dizer que, quanto mais jovem o falecido, e quanto mais presente o fator depressão, maior é a propensão do enlutado para desenvolver luto complicado.

Estudos apontam maior prevalência de luto complicado em enlutados por catástrofes (Shear et al., 2006; Neria et al., 2007; Ghaffari-Nejad et al., 2007) ou mortes violentas (Mancini et al., 2011; Mitchell et al., 2004; Vessier-Batchen e Douglas D, 2006), e entre pais que perderam filho criança (Keesee et al., 2008; Meert et al., 2001). Outros fatores de riscos foram sexo (Shear et al., 2006; Neria et al., 2007), antecedente de distúrbio do humor (Simon et al., 2007), baixo suporte social (Ott, 2003), vínculo com o falecido do tipo inseguro (Johnson et al., 2007; Vanderwerker et al., 2006), experiência de cuidar positiva com o falecido (Chiu et al., 2010; Tomarken et al., 2008; Schulz et al., 2006; Boerner et al., 2004 e temperamento pessimista (Piper et al., 2001; Robinson e Marwit, 2006), que são avaliados com outros instrumentos.

8.3. Estimativas de risco para desenvolver luto complicado

Seguindo o modelo de regressão logística, foi possível estimar a probabilidade de um enlutado evoluir para luto complicado, caso ele apresente a somatória das seguintes condições: ter perdido filho ou filha, ser da religião espírita, e ter pontuação na TRIG de 150. Ou seja, este enlutado tem 97% de chance de evoluir para luto complicado (Tabela 21).

Tabela 21: Estimativa de risco para luto complicado.

Variável	B	S.E.			Sig.	95.0% C.I. for B	
O falecido é filho (a)	0,959	0,469	1	0,959	0,041	0,040	1,878
Religião espírita	1,363	0,587	1	1,363	0,020	0,212	2,514
Escore total do TRIG	0,042	0,011	140	5,822	0,000	0,020	0,063
Constant	-4,909	1,146		-4,909	0,000		
96% PROBABILIDADE PARA LUTO COMPLICADO							

E fixando o valor total do TRIG para 104, temos as seguintes variações (Tabela 22):

Tabela 22: Estimativas de risco para luto complicado.

Escore total do TRIG $\geq$ 104	Perder filho (a)	Enlutado for espírita	Probabilidade de ter luto complicado
sim	sim	sim	85%
sim	sim	não	60%
sim	não	não	36%
sim	não	sim	69%

9. PONTOS FORTES DO ESTUDO

- Discriminou e replicou achados da literatura sobre quais sintomas psicopatológicos constroem a dimensão luto complicado.
- Oferecer instrumento de acurada identificação do luto complicado, que possa ser utilizado por clínicos e psiquiatras.

10. LIMITAÇÕES

- Não coletamos informações sobre a renda do enlutado. Assim, não analisamos a hipótese confirmada na validação original do TRIG que mulheres, as quais são tradicionalmente recompensadas em suas culturas pela dependência dos outros e que frequentemente são dependentes financeiramente de seus maridos, sofreriam maiores rupturas após a perda

quando comparadas ao homem cuja vida e comportamento cultural são esteriotipadamente encorajados à autossuficiência.

- b. Até o planejamento deste estudo não havia sido publicado o DSM-5, motivo pelo qual elegemos critérios clínicos para luto complicado baseados na literatura e experiência clínica. Constatamos que todos os enlutados que receberam o diagnóstico de luto complicado nesse estudo entrariam nos critérios diagnósticos para luto prolongado segundo o DSM-5.

11. CONCLUSÕES

- a. O TRIG - versão português do Brasil foi um instrumento válido, confiável, de fácil e rápida aplicação.
- b. Como medida para identificar luto complicado, sugerimos o TRIG com ponto de corte igual a 104.

12. ANEXOS

12.1: Folha de resposta do 'Texas Revised Inventory of Grief' (Faschingbauer, Zissok e Devaul, 2005).

Anexo 1: Folha de resposta do "Texas Revised Inventory of Grief"					
Name _____	Age _____	Sex _____	Race: ☐ White ☐ Black ☐ Lat. Am. ☐ Oriental ☐ Other (list) _____		
Circle Last Year of Formal Schooling Completed: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 or more					
Religion: ☐ Protestant ☐ Catholic ☐ Jewish ☐ Other (list) _____					
The person who died was my (check only one): Father ☐ Mother ☐ Brother ☐ Sister ☐ Husband ☐ Wife ☐ Son ☐ Daughter ☐ Friend ☐ Other ☐					
LOOKIN BACK, I WOULD GUESS THAT MY RELATIONSHIP WITH THIS PERSON WAS (check only one): ☐ Closer than any relationship I've ever had before or since. ☐ Closer than most relationship I've had with other people. ☐ About as close as most of my relationships with others. ☐ Not as close as most of my relationships. ☐ Not very close at all.					
PLEASE COMPLETE A SEPARATE FORM FOR EACH PERSON WHO DIED					
HOW OLD WAS THIS PERSON WHEN THEY DIED? _____					
THIS PERSON DIED (check only one box): ☐ within the past 3 months ☐ 9-12 months ago ☐ 5-10 years ago ☐ 3-6 months ago ☐ 1-2 years ago ☐ 10-20 years ago ☐ 6-9 months ago ☐ 2-5 years ago ☐ more than 20 years ago					
THIS PERSON'S DEATH WAS: ☐ Expected ☐ Unexpected ☐ Slow ☐ Sudden					
PART I: PAST BEHAVIOR					
Think back to the time person died and answer all of these items about your feelings and actions at the time by indicating whether each item is Completely True, Mostly True, Both True and False, Mostly False, or Completely False as it applied to you after this person died. Check the best answer.					
	COMPL. TRUE	MOSTLY TRUE	TRUE & FALSE	MOSTLY FALSE	COMPL. FALSE
1. After this person died I found it hard to get along with certain people.....					
2. I found it hard to work well after this person died.....					
3. After this person's death I lost interest in my family, friends, and outside activities.....					
4. I felt a need to do things that the deceased had wanted to do.....					
5. I was unusually irritable after this person died.....					
6. I couldn't keep up with my normal activities for the first 3 months after this person died					
7. I was angry that the person who died left me.....					
8. I found it hard to sleep after this person died.....					
PART II: PRESENT FEELINGS					
Now answer all of the following items by checking how you presently feel about this person's death. Do not look back at the Part I.					
	COMPL. TRUE	MOSTLY TRUE	TRUE & FALSE	MOSTLY FALSE	COMPL. FALSE
1. I still cry when I think of the person who died.....					
2. I still get upset when I think about the person who died.....					
3. I cannot accept this person's death.....					
4. Sometimes I very much miss the person who died.....					
5. Even now it's painful to recall memories of the person who died.....					
6. I am preoccupied with thoughts (often think) about the person who died.....					
7. I hide my tears when I think about the person who died.....					
8. No one will ever take the place in my life of the person who died.....					
9. I can't avoid thinking about the person who died.....					
10. I feel it's unfair that this person died.....					
11. Things and people around me still remind me of person who died.....					
12. I am unable to accept the death of the person who died.....					
13. At times I still feel the need to cry for the person who died.....					
PART III: RELATED FACTS					
Now please answer the following items by circling either True or False.					
	TRUE	FALSE			
1. I attended the funeral of the person who died.....					
2. I feel that I have really grieved for the person who died.....					
3. I feel that I am now functioning about as well as I was before the death.....					
4. I seem to get upset each year at about the same time as the person died.....					
5. Sometimes I feel that I have the same illness as the person who died.....					
THANK YOU FOR ANSWERING ALL OF THESE QUESTIONS. WE ARE ALSO VERY INTERESTED IN YOUR SPECIAL THOUGHTS AND COMMENTS. PLEASE USE THE REST OF THIS SIDE TO TELL US ABOUT ANY THOUGHTS AND FEELINGS YOU HAVE.					

12.2: Carta autorização do autor para tradução do TRIG para o português e estudo de validação.

UNIVERSITY of CALIFORNIA, SAN DIEGO
SCHOOL OF MEDICINE

Sidney Zisook, M.D.
Professor of Psychiatry
Director, Residency Training

Tânia Maria Alves, Ph.D.
Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Rua Dr. Ovidio Pires de Campos, no. 785 - Térreo
CEP 05403-010 - São Paulo - SP – Brasil

Dear Dr. Tânia Maria Alves,

I am delighted to grant permission for you to use the Texas Inventory of Grief, or any of its variants, for your research purposes. You have my permission to translate and validate the original English version.

Sincerely,

Sidney Zisook, M.D.
Professor of Psychiatry
Director, Residency Training

12.4: Artigo submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria.

1

Diagnosis of Complicated Grief using the Texas Revised Inventory of Grief, Brazilian Portuguese version.

Alves TM¹, Oliveira MC² and Lotufo-Neto F³

^{1,3}Department and Institute of Psychiatry, University of São Paulo

²Institute of Mathematics and Statistics, University of São Paulo.

Background: Complicated grief is characterized by persistent yearning for the deceased, intense sorrow and emotional pain in response to death causing significant distress. Complicated grief is often underrecognized and under treated. The Texas Revised Inventory of Grief (TRIG) is a questionnaire that has been demonstrated to have high validity and reliability in the assessment of grief. Our objective was to translate, adapt, and validate the TRIG to Brazilian Portuguese and to verify whether the TRIG, in a bereaved population, is able to distinguish between those with and those without complicated grief and to identify which elements in the scale contribute to this.

Methods: Two stages: a) cross-culture adaptation of a questionnaire, and b) cross-sectional study of reliability and validity.

Setting and Participants: 165 adult patients were recruited from a) the Grief Outpatient Clinic at the Department and Institute of Psychiatry - University of São Paulo, b) private practice at the same department, and c) co-workers who have lost a loved one. All the patients were interviewed with the TRIG. According to clinical criteria 69 of 165 bereaved patients were presenting complicated grief.

Results: Cross-culture adaptation: the TRIG was translated from American English, then back-translated and finally compared with the Brazilian Portuguese version by two bilingual psychiatrists. Reliability: the Cronbach's alpha coefficients (internal consistency) of the TRIG scales were 0,735 (part I) and 0,896 (part II). Sensitivity, specificity as well as cutoff points to identify complicated and non-complicated grief, were measured using the ROC curve.

Using the total score of 104 (part I + part II + Part III + psychographics variables), we can correctly classify 71.3% of individuals with and without complicated grief. The construct validity was assessed by factor analysis and confirmatory analysis. Furthermore, by logistic regression, our study demonstrated that a low education level, age of the deceased and age of the bereaved, loss of a son or daughter, and unexpected death were all risk factors for complicated grief. Our results also suggest that religion may influence complicated grief.

Conclusions: The TRIG adapted to Brazilian Portuguese is as reliable and valid as the original version. In the evaluation of Brazilian bereaved, it was able to distinguish individuals with and without complicated grief. And, we suggest a cut-off value of 104 for complicated grief.

Key words: Bereavement, Complicated grief, Brazilian Portuguese version of the Texas Revised Inventory of Grief (TRIG), reliability and validity.

Address for correspondence:

Tânia Maria Alves

Av. Dr. Ovídio Pires de Campos, 795, Cerqueira César, 05403-010, São Paulo, SP, Brazil. E-mail: tanahves@uol.com.br

Conflict of interest: the authors declare that they have no conflict of interest concerning this article.

Sponsorship: there were no external sources of funding.

12.4: Artigo submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria.

2

INTRODUCTION

The loss or deprivation of a loved one, especially by death, is consistently described as one of the most stressful life events, greatly affecting physical, social and psychological welfare¹. The reactions to the work of mourning do not always follow a normal course² and, in this article, when excessively intense or prolonged will be called complicated grief (CG). To find a direct measure of the intensity of grief, in 1977, Faschingbauer et al.³, developed the 'Texas Inventory of Grief (TIG)', which was expanded in 1981 to be the **Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)**, when it reached its final model by Exploratory Factor Analysis (EFA) with varimax rotation⁴. The authors evaluated a series of past and present thoughts related to the loss, emotions and behaviors to evaluate changes in grief reactions. In this sense, it is highly specific and restricted to the theme. From their data it was possible to gather information, group symptoms in clusters, adjust and compare them to other information to establish the diagnostic criteria for complicated grief, which has been viewed separately from symptoms of depression, adjustment reaction, acute stress reaction and post-traumatic stress disorder^{5,6,7,8,9,10}. This instrument is the best known and most widely used as a measure of mourning¹¹. Cross-cultural adaptation of TRIG has been undertaken to German¹², French¹³, Spanish¹⁴ and Turkish¹⁵. Additional validation in different cultures is needed to establish the benefit of these measures as a substitute for clinical judgment or categories created without benchmark. In 2008, Barros¹⁶ began the process of validation of TRIG for Portuguese in a population of bereaved parents suffering the loss of a child due to pediatric cancer. In this dissertation, some questions were adapted for this specific population and good internal consistency was achieved, measured by Cronbach's Alpha coefficient. Motivated to find out whether the TRIG would be able to distinguish the bereaved with and without complicated grief, we continued the validation process with a sample closer to the one used in the original conditions of the instrument.

12.4: Artigo submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria.

3

OBJECTIVES

To adapt the Texas Revised Inventory of Grief (TRIG) of Faschinbager et al.^{3,4} to Brazilian Portuguese and examine its reliability and validity. To verify whether the TRIG, in a bereaved population, is able to distinguish between those with and those without complicated grief and to identify which elements in the scale contribute to this.

METHODS

Ethics Statement: the ethical and scientific validity of this study was approved by the institutional review board of the University of São Paulo – Brazil.

Participants and Procedures: adult patients were recruited from a) the Grief Outpatient Clinic at the Department and Institute of Psychiatry - University of São Paulo, b) private practice at the same site, and c) co-workers who have lost a loved one, were not undergoing psychiatric treatment and who agreed to participate in the study. The inclusion criterion was having a close relationship with the deceased loved one. Initially, a sample consisting of 165 subjects was defined based on the literature about validation of TRIG^{3,11,13,14}. The statistical analysis was undertaken by the software GPower 3.1, which showed that 94 cases would be a minimum and sufficient number to estimate the difference between the groups with and without complicated grief with a reliability coefficient of 95%. All data were collected from July 2011 to December 2013.

Instrument: TRIG, Brazilian Portuguese version (see Appendix 1), was used to collect socio-demographic data and as a measure of mourning. It was applied to all in a single interview, completed by the respondents and the interviewer (TMA) could answer questions if asked.

Cross-cultural adaptation: the study was conducted based on systematizations^{17,18,19,20,21,22}, i.e., according to the following steps: a) translation by a psychiatrist and an English teacher, both bilingual; b) back-translation by a bilingual English teacher blind to the English translation process; c) comparison, consensus and style review by a group of bilingual judges who examined the two versions and d) implementation on a pilot sample and review for final adjustments. Before this whole process, we obtained the permission of the original authors.

Statistical method: for assessment of reliability and internal consistency of the TRIG, Cronbach's Alpha coefficient and item-total correlations were used. To test the validity of the criterion, subjects with complicated grief were those who clinically experienced the loss of a

12.4: Artigo submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria.

4

beloved one with typical symptoms of bereavement (e.g. yearning to search for the deceased, avoiding memories of the deceased, feelings of void and disbelief in life or difficulty to accept the death of the deceased) and intense psychological suffering associated with the presence of complications of physical and/or mental health, as described below.

- A) Suicide risk: presence of suicide 'ideation', 'planning' or 'actual attempt' triggered by the mourning process. If the desire of their own death was ascribed to God or fate, then it was not considered as a criterion, and
- B) Aggravation of pre-existing illness/es or the emergence of one or more, be it/they physical, psychological or mental.

The homogeneity between the groups with and without complicated grief (WCG) was assessed through the chi-square test for categorical variables and for the others, the t-test for parametric variables and the Mann-Whitney test for nonparametric variables. The Kolmogorov-Smirnov test was used to identify whether the quantitative variables could be approximated for normal distribution. Multivariate analyzes were performed using logistic regression.

Criterion validity: from the clinical criteria established for complicated grief (our gold standard) it was assessed whether TRIG alone could distinguish the same groups, i.e. those with complicated grief from those without it. The TRIG was divided into four parts and, for each answer, values were ascribed to the variables. Namely; Part I, consisting of 8 items and a maximum total score of 40, explores the behavior and feelings of the bereaved immediately after the loss; Part II, consisting of 13 items and a maximum score of 65, explores the current feelings of the bereaved towards the deceased. Both parts have five categories of response (Likert type), ranging from 'completely true' (5 points) to 'completely false' (1 point); Part III, consisting of 5 items, evaluates issues related to mourning and has two categories of response, 'true' (5 points) and 'false' (1 point) with reversed scores for the items 'I attended the funeral of the person who died' and 'I feel I am now functioning about as well as I was before the death'. And Part IV consists of two items: a) 'Looking back, I would guess that my relationship with this person was: 'closer than any relationship I've ever had before or since' (5 points), 'Closer than most relationships I've had with other people' (4 points), 'About as close as most of my relationships with others' (3 points), 'Not as close as most of my relationships with others' (2 points) and 'Not very close at all' (1 point), and b) 'This person's death was: 'Expected or slow' (1 point) and 'Unexpected or sudden' (5 points). For their evaluation, the scores on each item were summed up and the totals of each of its 4 parts were calculated. To

12.4: Artigo submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria.

5

calculate the sensitivity and specificity the most appropriate point was sought from which complicated grief is distinguished from uncomplicated grief in the area under the ROC curve. From the maximization of sensitivity and specificity found, the cut-off points could be identified to define strong points and Binary Logistic Regression was used to identify which of the TRIG variables contributed to differentiate between CG and WLC groups.

Construct validation: in order to assess whether TRIG contained variables which were highly correlated and could be grouped together and taken as a whole as a measure of one same construct, Exploratory Factor Analysis (EFA), using principal components (varimax rotation) was undertaken. Confirmatory factor analysis (CFA), was conducted to validate the factors found in the EFA and its covariances. The level of significance considered was 5%, in statistical package SPSS (version 14) and AMOS (version 16).

RESULTS

165 patients were included, 69 with complicated grief (CG) and 96 without complicated grief (WCG). No significant differences in socio-demographic variables were found between the groups. The sample predominantly came from the mourning outpatient ambulatory clinic (68%), female (84%), Catholic (53%), white (61%) and the mourner's current age was 48.96 ± 14.82 years (mean $\pm$ SD). There was a significant difference between groups in terms of years of education, with 11.77 ± 4.71 years in the WCG group and 9.43 ± 4.97 for CG ($p = 0.002$).

Table 1 shows the characteristics related to mourning. In the CG group the percentage was 3 times higher when the deceased was a son or a daughter than any other family relationship ($p = 0.022$). The average age of the deceased in this sample was 55.80 ± 24.46 years in the WCG and 46.97 ± 24.35 in the CG group ($p = 0.027$). Logistic regression showed that the younger the deceased, the greater the risk of the bereaved developing complicated grief. And when the age of the deceased is above 75, this becomes a protective factor, i.e., the risk for the bereaved to develop complicated grief decreases ($p = 0.042$).

Reliability - internal consistency of the TRIG: the Cronbach's Alpha coefficient was 0,735 (part I) and 0,896 (part II).

Criterion validity: 69 individuals (42% of sample) could be distinguished, of which 35 (21%) were not at risk of suicide but had physical or mental illness; 26 (16%) at risk of suicide and mental illness, 5 (3%) at risk of suicide, without physical or mental illness and 3 (2%) at risk of suicide with physical illness and without mental illness. The physical and psychiatric illnesses found in this sample were diagnosed by experts from their respective fields and their

12.4: Artigo submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria.

6

frequency distribution between CG and WCG are presented in Table 2. 'Other mental disorder' grouped phobic anxiety disorders, post-traumatic stress disorder, somatoform disorders, dissociative disorders, mood disorders and acute and transient psychotic disorders. For the sample size it was calculated what would be the lowest number of subjects needed to find a significant difference between individuals with and without complicated grief from their average total score on the TRIG using the parameters: a) the maximum type I error (alpha) of 5% and sample power of 95%; b) considering the sample of two independent groups, i.e. with and without complicated grief; c) the variable of interest was the total score of TRIG (sum of Parts I, II, III and IV), considered nonparametric; and d) the percentage of subjects with complicated grief being 42% of the sample, i.e. a ratio between sample sizes of the groups of 0.718. The minimum required sample size was 94 subjects, of which 55 did not have complicated grief and 39 had complicated grief.

The values of sensitivity, specificity, ROC curve area and the cut-off points for each part of the instrument are in Table 3. Then, to identify the variables that would be important to predict complicated grief, a Multivariate Logistic Regression was performed (Table 4) controlled by the variables that differentiated the two groups ('mode of death', 'age of the deceased', 'education of the bereaved' and 'kin of the deceased as a son or a daughter'). All variables of Parts I, II, III and IV of the instrument and their totals, religion, gender of the bereaved and all variables that were significant in the univariate analysis were entered into the model.

Construct validity: the Exploratory Factor Analysis revealed seven factors, as shown in Table 5. Next, we tested the seven-factor model by confirmatory factor analysis and two robust factors emerged called 'Suffering' and 'Depression' (Table 6). The goodness-of-fit indexes were sufficient (CMIN = 20.244, CMIND/DF = 0.843, GFI = 0.973, NFI = 0.965, CFI = 1.000, TLI = 1.01, RMSEA = 0.000, AIC = 62.244 and BIC = 127.469).

DISCUSSION

As for the translation and adaptation process to Portuguese: the technical equivalence was reached by using the same methods of data collection adopted in the culture of origin, i.e., application in populations at various periods of mourning, and assessing subjects undergoing and not undergoing specific treatment for mourning, thus ensuring that mild to severe cases were included. For Semantic Equivalence the following adjustments were made. In the original version the phrase "PLEASE COMPLETE A SEPARATE FORM FOR EACH PERSON WHO DIED" came after the first psychographic data. We brought it forward so that all psychographic questions would consider this information; the question 'THIS PERSON DIED...' had overlapping

12.4: Artigo submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria.

7

alternatives regarding time intervals in the original version, so we redefined them. In the pilot study, in the question 'LOOKING BACK, I WOULD GUESS THAT MY RELATIONSHIP WITH THIS PERSON WAS...' we have opted for the word '*íntima*' for 'closer' in the original version. This aroused doubts in the respondent as to whether it contained an erotic or sexual reference, so it was changed to '*próxima*', which had good acceptance and provided clarification of its meaning. The end result is in Annex 1.

The prevalence of bereaved subjects with CG in this sample was 42%, different from that observed in the general population, which ranges from 2.4%²³ to 6.7%²⁴ and, in older people, 25%²⁵. This was similar to the frequency of 44.3% recorded by Shear et al. (2006)²⁶. The risk factors for the bereaved developing complicated grief in this sample were low education, age of the deceased (the younger the deceased, the greater the risk of the mourner developing complicated grief), the deceased being a son or a daughter (suggesting that the significant impact for the CG group was due to the disruption of the natural and expected order by which the death of parents precedes the death of their children), the mode of the deceased's death being sudden or unexpected, and the total score being equal or above 104. Both groups CG and WCG showed significant improvement in symptoms (decrease in the total score of Part II) after 10 years since the loss, with improvement peak times of 7-9 months, 1-2 years and 3-5 years. The CG group experienced severe symptoms, i.e., those with complicated grief always have higher scores and this difference is maintained over time, confirming the findings of Zisook (1987)²⁷, by which many symptoms and behaviors related to grief remain present for years, perhaps indefinitely. According to the results obtained and in compliance with Delalibera et al. (2011)²⁸, in our population, the criterion of time does not have the relevance ascribed to it by Prigerson.

As for reliability, the TRIG - Brazilian Portuguese version achieved good internal consistency indexes. All variables of Parts I and II contributed significantly to the item-total correlation of the instrument. We suggest keeping all variables of the instrument if the investigator is seeking a means to measure the process of mourning.

Regarding criterion validity: even before the DSM-5²⁹, Complicated Grief (CG) had diagnostic criteria proposed by independent researchers. Criteria of CG following Prigerson et al.³⁰ were measured by items in the Inventory of Traumatic Grief-Revised (ITG-R)³¹, a validated 32-item questionnaire with high internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.92$, sensitivity = 0.93, specificity = 0.93). Criteria of CG following Horowitz et al.⁵ were measured by items of the Complicated

12.4: Artigo submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria.

8

Grief Module (CGM)⁵, a list of 30 symptoms of CG in the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) module format (Cronbach's $\alpha = 0.49 - 0.58$). Horowitz et al.⁵ selected seven items of the CGM as a short set for diagnosing CG, which in its German version achieved sensitivity = 0.60, specificity = 0.99, and total predictive value = 0.96. Forstmeier and Maercker³² compared the two diagnostic systems for Complicated Grief and observed that only 2 patients (0.4%) of the sample were diagnosed according to the two diagnostic systems. Prigerson et al. APUD Delalibera²⁸ created the Prolonged Grief Disorder Instrument (PG-13), validated for the Portugal Portuguese²⁸ in a sample with 22.5% of the population with symptoms of prolonged grief. This validation achieved good internal consistency ($\alpha = 0.932$) and factor analysis showed that the domains 'emotional pain', 'sadness/grief' or 'loss-related episodes of tension' were the strongest indicators of the scale.

For screening complicated grief we may mention the 19-item Inventory of Complicated Grief (ICG)³³ which with a total score of ≥ 25 predicts a range of negative health outcomes³³ and the Brief Grief Questionnaire (BGQ)²⁶, a five-item scale, created as a measure for tracking CG in individuals who sought support after the 9/11 attacks in New York and which was subsequently validated for Japanese³⁴.

The DSM-5²⁹ adopted two important measures in relation to mourning. First, given that there is insufficient evidence to consider complicated/prolonged grief as a separate diagnosis of major depression, and afraid of excessive prescription of antidepressants to manage the normal and transient sadness of the bereaved, did not consider it as definitive diagnostic entity, putting it in the Appendix as condition for further study. Second, partly because of the lack of evidence of bereavement-related depression being distinct from depression secondary to other life stressors³⁵ removed the 'bereavement exclusion' ('Not to diagnose a major depressive episode if the symptoms are better accounted for by bereavement') from the diagnostic criteria for major depressive episode, thus encouraging the diagnosis of depression to be made following a bereavement³⁶. The impact of the DSM-5 approach on research is that efforts continue to be made to promote studies that identify and separate complicated/prolonged grief from depression and post-traumatic stress, as well as the search for instruments of proven accuracy (specificity) and sensitivity (tracking) as a measure of grief. In contrast to the view taken by DSM-5, International Diagnostic Classification of Diseases (ICD-11) is proposing a separate diagnosis that recognizes prolonged grief. In clinical practice, according to Bryant (2013), the accurate classification of these cases may direct them to appropriate treatments. There is initial evidence that antidepressant medication does not

12.4: Artigo submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria.

9

address the symptoms of grief effectively; in contrast, there is increasing evidence that grief-focused psychotherapy can be effective. The greater use of prolonged grief as a diagnosis may both limit inappropriate use of antidepressants and facilitate targeted psychotherapeutic interventions that can assist people in overcoming their persistent grief reactions.

To date, there is no standard tool for evaluation of mourning. The TRIG - Brazilian Portuguese version achieved high levels of sensitivity and specificity. It was able to generate a cut-off point for discriminating complicated grief and showed us that using the total score (sum of parts I, II, III and IV), 71.3% of individuals with and without complicated grief can be correctly classified. And, using logistic regression, it was possible to identify which variables were most important for this differentiation (Table 4).

The validity of constructs: the EFA showed that each part of the instrument contains correlated variables that converge to form factors (constructs/domains) and which together represent a general index of measurement for mourning. Each factor is named after the emotion or state of the 'I' that best represented it. The factors 'Depression' and 'Rage I' were found in Part I of the instrument. In Part II, the factors 'Pain', 'Rage II' and 'Miss the deceased'. In Part III, the factors 'Consciousness of mourning' and 'Identification with the deceased'. The factor 'Pain' was the major factor in the scale and its most representative items were feelings of emotional pain, sorrow and grief related to the loss. We considered **if any of them might be significant in distinguishing between complicated grief from non-complicated grief**. The result, from Univariate Logistic Regression was 'yes' to the factors 'Depression' (Part I) and 'Pain' (Part II) as they presented a p-value of 0.033 and 0.003, respectively. To verify the relationship between the factors found, the CFA was performed taking into account the covariances of all variables in Parts I, II and III among themselves and among the factors. The final adjustment model revealed nine variables highly correlated with each other and were summarized into two major factors called 'Pain' and 'Depression', reaching Cronbach's Alpha of 0.828 with CI (95%) = [0.786 to 0.865]. However, the instrument has proved to be more reliable (α -Cronbach of 0.885) if seen as a one-dimensional scale, as it is originally described. Futterman et al. (2010) in their study of EFA only for Part II of the TRIG, found three factors: 'Nonacceptance' identical to 'Anger' and 'Emotional Response' and 'Thoughts' both similar to 'Pain' and 'Miss', found in this study.

12.4: Artigo submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria.

10

LIMITATIONS

We did not collect information on the income of the mourner. Thus, we did not analyze the hypothesis confirmed in the original validation of TRIG that females, who in their culture had traditionally been rewarded for dependency on others and who often were financially dependent on their husbands' incomes, would suffer greater life disruption following a death than males, whose life training and culturally stereotyped role behavior were usually encouraged to self-sufficiency. Until the planning of this study the DSM-5 had not been published, which is why we chose clinical criteria for prolonged grief based on the literature and clinical experience. We found that all patients who entered this study would fit the diagnostic criteria for prolonged grief according to the DSM-5.

CONCLUSION

TRIG in the Brazilian-Portuguese version was a valid, reliable instrument, with easy and quick application to the Brazilian population. This study contributes to the scope of information that suggests the inclusion of complicated grief as a new diagnosis in DSM-5. As a measure to identify complicated grief, we suggest TRIG with a cut-off point of 104, in partnership with the accurate identification of this condition by clinicians and psychiatrists.

REFERENCES

1. Strobe MS, Stroebe W. The mortality of bereavement. In: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, editors. *Handbook of bereavement: theory, research, and intervention*. New York: Cambridge University Press; 1993 p 175-195.
2. Deutsch H. Absence of grief. *Psychoanal Quart*. 1937; 6:12-22.
3. Faschingbauer TR, DeVaul R, Zissok S. Development of the Texas inventory of grief. *Am J Psychiatry*. 1977 Jun; 134(6):696-98.
4. Faschingbauer TR, DeVaul R, Zissok S. *Texas revised inventory of grief manual*. Houston: Honeycomb publishing, 1981.
5. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry*. 1997 July; 154(7): 904-10.
6. Prigerson HG, Frank E, Kasl SV, Reynolds CF 3rd, Anderson B, Zubenko GS, Houck PR, George CJ, Kupfer DJ. Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:22-30.
7. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF 3rd, Shear MK, Newtson JT, Jacobs S. Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *Am J Psychiatry*. 1996; 153:1484-86.

12.4: Artigo submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria.

11

8. Prigerson HG, Bridge JB, Maciejewski PK, Berry LC, Rosenheck RA, Jacobs SC, Bierhals AJ, Kupfer DJ, Brent DA. Traumatic grief as a risk factor for suicidal ideation among young adults. *Am J Psychiatry*. 1999a; 156:1994-95.
9. Prigerson HG, Jacobs S. Traumatic grief as a distinct. In: Stroebe MS, Hansson RO et al., editors. *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. New York: APA press; 2001a p 613-45.
10. Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clin Psychol Rev*. 2004 Oct; 24(6):637-62.
11. Fetterman A, Holland JM, Brown PJ, Thompson LW, Gallagher-Thompson D. Factorial validity of the texas revised inventory of grief—present scale among bereaved older adults. *Psychol Assessment* 2010;22(3):675-87.
12. Langner R, Maercker A. Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a german sample. *J Psychosom Res*. 2005 March 58(3):235-42.
13. Paulhan I, Bourgeois M. Le questionnaire de deuil TRIG (Texas revised inventory of grief) Traduction française et validation. *L'Encéphale*. 1995 Jul-Aug; 21(4): 257-62.
14. García JAG, Petralanda VL, Manzano MCT, Inda IG. Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Aten Primaria*. 2005; 35(7):353-8.
15. Yildiz H, Cimete G. Adaptation study of the texas revised inventory of grief. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2011; 12:30-36.
16. Barros EN. Tradução e validação do texas revised inventory of grief (TRIG): aplicação em pais enlutados pela perda de um filho por cancer pediátrico [dissertação]. São Paulo. Fundação Antônio Prudente: 2008.
17. Sechrest L, Fay TL, Zaidi SMH. Problems of translation in cross-cultural research. *J Cross cult Psychol*. 1972; 3:41-56.
18. Flaherty JA, Gaviria M, Pathark D, Mitchell T, Wintrob R, Richman JA, Birz S. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *J Nerv Ment Dis*. 1988 May; 176(5):257-63.
19. Ellis BB, Minsell B, Becker P. Evaluation of attitude survey translation: an investigation using item response theory. *Int J Psychol*. 1989; 24:665-84.
20. Jorge MR. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. *Rev Psiquiatr clin*. 1998; 25(5)Edição especial:233-39.
21. Manzi-Oliveira AB, Balarini FB, Marques LAS, Pasian SR. Adaptação de instrumentos de avaliação psicológica: levantamento dos estudos realizados no Brasil de 2000 a 2010. *Psico-USF*. 2011; 16(3):367-81.
22. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*. 2012; 22(53):423-32.
23. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord*. 2010; 127:352-8.

12.4: Artigo submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria.

12

24. Kersting A, Braehler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord.* 2011; 131:339-43
25. Newson RS, Boelen PA, Hek K, Hofman A, Tiemeier H. The prevalence and characteristics of complicated grief in older people. *J Affect Disord.* 2011; 132: 231-38
26. Shear KM, Jackson CT, Essock SM, Donahue SA, Felton CJ. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv.* 2006; 57: 1291-7.
27. Zissok S. Unresolved Grief. In: Zissok. Biopsychosocial aspects of bereavement editor. 1 vol. Washington DC: American psychiatric press; 1987. Cap.2, p. 21- 34.
28. Delalibera M, Coelho A, Barbosa A. Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *Acta Med Port.* 2011; 24: 935-42.
29. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 5th edition. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
30. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, Reynolds CF, Maciejewski PK, Davidson JR, Rosenheck R, Pilkonis PA, Wortman CB, Williams JB, Widiger TA, Frank E, Kupfer DJ, Zissok S. Consensus criteria for traumatic grief: a preliminary empirical test. *Brit J Psychiat.* 1999; 174:67-73.
31. Prigerson HG, Jacobs SC. Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut, H. Eds. *Handbook of Bereavement Research.* APA, Washington, DC. 2001b; p 613–45.
32. Forstmeier S, Maercker A. Comparison of two diagnostic systems for Complicated Grief. *J Affect Disord.* 2007; 99: 203–11.
33. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiat Res.* 1995; 59:65–79.
34. Ito M, Nakajima S, Fujisawa D et al. Brief Measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PlosOne.* 2012; 7(2):e31209. Open access in www.plosone.org
35. Zissok S, Corruble E, Duan N, Iglewicz A, Karam EG, Lanuette N, Lebowitz B, Pies R, Reynolds C, Seay K, Shear K, Simon N, Young IT. The bereavement exclusion and DSM-5. *Depression and Anxiety.* 2012; 29:425–443.
36. Bryant RA. Prolonged grief: where to after diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition? *Curr Opin Psychiatry.* 2014; 27:21-26.

13. REFERÊNCIAS

1. Akaike Information Criterion. Wikipedia the free encyclopedia [internet]. Open access in http://www.wikipedia.org/wiki/Akaike_information_criterion Visto em 20 Junho 2012.
2. American Psychiatry Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais:DSM-5 5th ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
3. Barros EN. Tradução e validação do texas revised inventory of grief (TRIG): aplicação em pais enlutados pela perda de um filho por cancer pediátrico [dissertação]. São Paulo. Fundação Antônio Prudente: 2008.
4. Bergman E, Haley WE, Small BJ. Who uses bereavement services? An examination of service use by bereaved dementia caregivers. *Aging & Mental Health*. 2010; 15(4): 531-540.
5. Boerner K, Schulz R, Horowitz A. Positive aspects of caregiving and adaptation to bereavement. *Psychology and Aging*. 2004; 19:668-675.
6. Bornstein PE, Clayton PJ, Halitas JA, Maurice W, Robins E. The depression of widowhood after 13 months. *British Journal of Psychiatry*. 1973; 122:561-66.
7. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*. 2012; 22(53):423-32.
8. Brites R. Investigação sociológica - analisar modelos com equações estruturais. Open access in <http://www.cies.iscte-iul.pt/destaques/documents/AnalisarmodeloscomEquacoesEstruturais.pdf>. Visto em 20/06/2014.
9. Brow GW, Harris TO. Depression. In: Brow GW, Harris TO, editors. *Life events and illness*. New York: Guilford Press; 1989, p49-94.
10. Brown RW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. In Bollen KA, Long JS. *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: sage publications; 1993, p 136-162.
11. Bruce ML, Kim K, Leaf PJ, Jacobs S. Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. *American Journal of Psychiatry*. 1990; 147:608-11.
12. Bryant RA. Prolonged grief: where to after diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition? *Current Opinion in Psychiatry*. 2014; 27:21-26.
13. Câmara FP. Psiquiatria e estatística v: validação de procedimentos diagnósticos pela curva R.O.C. *Psychiatry on line brasil*. 2009; 14(4) In *Psychiatry on line Brasil*. Outubro- 2013; 18(4).

14. Chin YW, Huang CT, Yin SM, Huang YC, Chien CH, Chuang HY. Determinants of complicated grief in caregivers who cared for terminal cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2010; 18:1321-1327.
15. Clayton PJ. Bereavement and depression. *Journal Clinical of Psychiatry*. 1990; 51:34-8.
16. Collares CF. Blog do C.F.C.: Índices de bondade de ajuste em análise fatorial confirmatória. Open access in <http://carloscollares.blogspot.com.br/2012/04/indices-de-bondade-de-ajuste-em-analise.html>. Visto em 20/06/2014.
17. Delalibera M, Coelho A, Barbosa A. Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*. 2011; 24: 935-42.
18. Deutsch H. Absence of grief. *Psychoanalytic Quartely*. 1937; 6:12-22.
19. Ellis BB, Minsel B, Becker P. Evaluation of attitude survey translation: an investigation using item response theory. *International Journal of psychology*. 1989; 24:665-84.
20. Fachel JMG, Camey S. Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: Cunha JA. *Psicodiagnóstico V*, São Paulo: Artmed; 2000. Cap.14, p. 158-70.
21. Faschingbauer TR, DeVaul R, Zissok S. Development of the Texas inventory of grief. *American journal of psychiatry*. 1977 Jun; 134(6):696-98.
22. Faschingbauer TR, DeVaul R, Zissok S. *Texas revised inventory of grief manual*. Houston: Honeycomb publishing, 1981.
23. Faschingbauer TR, Zissok S, DeVaul R. In: Zissok. *Biopsychosocial aspects of bereavement editor*. 1 vol. Washington DC: American psychiatric press; 1987. Cap.7, p. 111-23.
24. Flaherty JA, Gaviria M, Pathark D, Mitchell T, Wintrob R, Richman JA, Birz S. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *The journal of nervous and mental disease*. 1988 May; 176(5):257-63.
25. Forstmeier S, Maercker A. Comparison of two diagnostic systems for Complicated Grief. *Journal of Affective Disorders*. 2007; 99: 203–11.
26. Forte AL, Hill M, Pazder R, Feudtner C. Bereavement care interventions: a systematic review. *BMC Palliative Care*. 2004; 3(1):3.
27. Freud S. Luto e melancolia Vol XIX (1914-1916) In Edição standard brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: imago; 1969: 275-291.

28. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*. 2010;127:352-8.
29. Futterman A, Holland JM, Brown PJ, Thompson LW, Gallagher-Thompson D. Factorial validity of the Texas revised inventory of grief—present scale among bereaved older adults. *Psychological Assessment* 2010;22(3):675-87.
30. García JAG, Petralanda VL, Manzano MCT, Inda IG. Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*. 2005; 35(7):353-8.
31. Gaviña et al. Migration and mental health in Peruvian society: toward a psychosocial model. *Social Psychiatry*. 1986; 21(4):193-9.
32. Ghaffari-Nejad A, Ahmadi-Mousavi M, Gandomkar M, Reihani-Kermani H. The prevalence of complicated grief among Bam earthquake survivors in Iran. *Archives of Iranian Medicine*. 2007; 10:525-8.
33. Goldstein M, Simpsom JC. Validity: definitions and applications to psychiatric research. In: Tsuan MT, Tohen M, Zahner GEP, eds. *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: Sons Inc Publication; 1995. Cap.10, p. 229-42.
34. Gray C, Koopman E, Hunt J. The emotional phases of marital separation: an empirical investigation. *American Journal Orthopsychiatry*. 1991; 61:138-143.
35. Guldin MB, O'Connor M, Sokolowski I, Jensen AB, Vedsted P. Identifying bereaved subjects at risk of complicated grief: predictive value of questionnaire items in a cohort study. 2011. *Palliative Care*, 10:9. Open access in <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/10/9>
36. Helsing KJ, Szlo M. Mortality after bereavement. *American Journal of Epidemiology*. 1981; 114:41-52.
37. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1997 July; 154(7): 904-10.
38. Iglewicz A, Seay K, Zetumer SD, Zissok S. The removal of the bereavement exclusion in the DSM-5: exploring the evidence. *Current Psychiatry Reports*. 2013; 15:413-21.
39. Irwin M, Daniels M, Weiner H. Immune and neuroendocrine changes during bereavement. *Psychiatric Clinics of North America*. 1987; 10:449-65.
40. Ito M, Nakajima S, Fujisawa D et al. Brief Measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PlosOne*. 2012; 7(2):e31209. Open access in www.plosone.org

41. Jacobs SC. Measures of the psychological distress. In: Zissok. Biopsychosocial aspects of bereavement editor. Washington: American psychiatric press; 2005. Cap.8, p. 125-38.
42. Johnson JG, Zhang B, Greer JA, Prigerson HG. Parental control, partner dependency, and complicated grief among widowed adults in the community. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2007; 195:26-30.
43. Jones DR. Heart disease mortality following widowhood: some results of the OPCS longitudinal study. *Psychiatric Clinics of North America*. 1987; 31:325-33.
44. Jorge MR. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. *Revista de Psiquiatria clínica*. 1998; 25(5)Edição especial:233-39.
45. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. Cap.2.7, 89-93: Tanatologia: morte e luto.
46. Keesee NJ, Currier JM, Neimeyer RA. Predictors of grief following the death of one's child: the contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*. 2008; 64:1145-63.
47. Kersting A, Braehler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 131:339-43
48. Klein M. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945. Rio de Janeiro: Imago; 1996. Cap.20, p. 385-412: O luto e suas relações com os estados maníacos-depressivos (1940).
49. Klineberg O. Psicologia social. São Paulo: Fundo de Cultura AS. 1967:1.
50. Kraus AS, Lilienfeld AM. Some epidemiological aspects of the high mortality rate in the Young widowed persons. *Journal of Chronic Diseases*. 1959; 10:207-17.
51. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes. 1969.
52. Langner R, Maercker A. Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a german sample. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005 March 58(3):235-42.
53. Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for Suicidality. *Suicide Life Threatment Behavior*. 2004 Winter; 34(4):350-62.
54. Leibenluft E, Green AS, Giese AA. Mourning and milieu: staff reaction to the death of an inpatient. *Psychiatric hospital*. 1988; 19:169-173.
55. Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*. 2004 Oct; 24(6):637-62.

56. Luoma JB, Pearson JL. Suicide and marital status in the United States, 1991-1996. Is widowhood a risk factor? *American journal of Public Health*. 2002; 92:1518-22.
57. Lund D, Dimond D, Caserta MS. Identifying elderly with coping difficulties two years after bereavement. *Omega: Journal Death and Dying*. 1985; 16:213-24.
58. Maciejewski PK, Zhang B, Block SD, Prigerson HG. An empirical examination of the stage theory of grief. *The Journal of the American medical Association*. 2007; 297(7): 716-23. Impresso do www.jama.com em 18/nov/2010.
59. Main J: Improving management of bereavement in general practice based on a survey of recently bereaved subjects in a single general practice. *British Journal of General Practice*. 2000; 50:863-6.
60. Mancini A, Prati G, Black S. Self-worth mediates the effects of violent loss on ptsd symptoms. *Journal of Traumatic Stress*. 2011; 24(1):116-20.
61. Manzi-Oliveira AB, Balarini FB, Marques LAS, Pasian SR. Adaptação de instrumentos de avaliação psicológica: levantamento dos estudos realizados no Brasil de 2000 a 2010. *Psico-USF*. 2011; 16(3):367-81.
62. Meert KL, Thurston CS, Thomas R. Parental coping and bereavement outcome after the death of a child in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2001; 2:324-8.
63. Menezes PR. Princípios de epidemiologia psiquiátrica. In: Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R. *Manual de psiquiatria*. São Paulo: Guanabara; 1996. Cap.4, p. 51.
64. Mitchel AM, Kim Y, Prigerson HG, Mortimer-Stephens M. Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis*. 2004; 25:12-8.
65. Mor V, McHorney C, Sherwood S. Secondary morbidity among the recently bereaved. *American Journal of Psychiatry*. 1986; 143:158-63.
66. Neria Y, Gross R, Litz B, Maguen S, Insel B, Seirmarco G, Rosenfeld H, Suh EJ, Kishon R, Cook J, Marshall RD. Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress*. 2007; 20:251-62.
67. Newson RS, Boelen PA, Hek K, Hofman A, Tiemeier H. The prevalence and characteristics of complicated grief in older people. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 132: 231-38.
68. Ott CH. The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies*. 2003; 27:249-72.
69. Parkes CM. *Luto - estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus; 1998.

70. Parkes CM. Amor e perda - as raízes do luto e suas complicações. São Paulo: Summus, 2009.
71. Paulhan I, Bourgeois M. Le questionnaire de deuil TRIG (Texas revised inventory of grief) Tradution française et validation. L'Encéphale. 1995 Jul-Aug; 21(4):257-62.
72. Piper WE, McCallum M, Joyce AS, Rosie JS, Ogrodniczuk JS. Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. International Journal of Group Psychotherapy. 2001; 51:525-52.
73. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF 3rd, Shear MK, Newtosom JT, Jacobs S. Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. American Journal of Psychiatry. 1996; 153:1484-6.
74. Prigerson HG, Bridge JB, Maciejewski PK, Berry LC, Rosenheck RA, Jacobs SC, Bierhals AJ, Kupfer DJ, Brent DA. Traumatic grief as a risk factor for suicidal ideation among young adults. American of Psychiatry. 1999a; 156:1994-5.
75. Prigerson HG, Frank E, Kasl SV, Reynolds CF 3rd, Anderson B, Zubenko GS, Houck PR, George CJ, Kupfer DJ. Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. American Journal of Psychiatry. 1995; 152:22-30.
76. Prigerson HG, Jacobs SC. Perspectives on care at the close of life. Caring for bereaved patients: "all the doctors just suddenly go". The Journal of the American Medical Association. 2001b; 19:1369-76.
77. Prigerson HG, Jacobs S. Traumatic grief as a distinct. In: Stroebe MS, Hansson RO et al., editors. Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care. New York: APA press; 2001a p 613-45.
78. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. Psychiatry Research. 1995; 59:65-79.
79. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, Reynolds CF, Maciejewski PK, Davidson JR, Rosenheck R, Pilkonis PA, Wortman CB, Williams JB, Widiger TA, Frank E, Kupfer DJ, Zissok S. Consensus criteria for traumatic grief: a preliminary empirical test. British Journal of Psychiatry. 1999; 174:67-73.
80. Regier DA, Burke Jr JD. Epidemiologia. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Tratado de psiquiatria. Tradução de Andrea Callegri et al. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 1v. p. 424-44.
81. Robinson T, Marwit SJ. An investigation of the relationship of personality, coping, and grief intensity among bereaved mothers. Death Studies. 2006; 30:677-96.

82. Schulz R, Boerner K, Shear K, Zhang S, Gitlin LN. Predictors of complicated grief among dementia caregivers: A prospective study of bereavement. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006; 14:650-58.
83. Sechrest L, Fay TL, Zaidi SMH. Problems of translation in cross-cultural research. *Journal of Cross-cultural Psychology*. 1972; 3:41-56.
84. Shear KM, Jackson CT, Essock SM, Donahue SA, Felton CJ. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services*. 2006; 57: 1291-7.
85. Simon NM, Shear KM, Thompson EH, Zalta AK, Perlman C, Reynolds CF, Frank E, Melhem NM, Silowash R. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*. 2007; 48:395-9.
86. Simon NM, Wall MM, Keshaviah A, Dryman MT, LeBlanc NJ, Shear K. Informing the symptom profile of complicated grief. *Depression and Anxiety*. 2011; 28:118-26.
87. Smith JC. Marital status and the risk of suicide. *American Journal of Public Health*. 1980; 78:78-80.
88. Streiner DR. A checklist for evaluating the usefulness of rating scales. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1993; 38:140-8.
89. Stroebe M. The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *Omega*. 2010; 61(4) 273-289.
90. Strobe MS, Stroebe W. The mortality of bereavement. In: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, editors. *Handbook of bereavement: theory, research, and intervention*. New York: Cambridge University Press; 1993 p175-195.
91. Stroebe M, Son MV, Stroebe W, Kleber R, Schut H, Bout JVD. On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*. 2000; 20(1): 57-75.
92. Stroebe W, Stroebe MS. *Bereavement and health: the psychological and physical consequences of partner loss*. New York: Cambridge University Press; 1987.
93. Tomarken A, Holland I, Schachter S, Vanderwerker L, Zuckerman E, Nelson C, Coups E, Ramirez PM, Prigerson H. *Psychooncology*. 2008; 17:105-11.
94. Vanderwerker LC, Jacobs SC, Parkes CM, Prigerson HG. An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2006; 194: 121-3.
95. Vessier-Batchen M, Douglas D. Coping and complicated grief in survivors of homicide and suicide decedents. *Journal of Forensic Nursing*. 2006; 2:25-32.

96. Wakefield JC. The DSM-5 debate over the bereavement exclusion: psychiatric diagnosis and the future of empirically supported treatment. *Clinical Psychology Review*. 2013; 33:825-45.
97. Werner O, Campbell L. Translating, working through interpreters and the problem of decentering. In: Narrol R, Cohen R, eds: *A handbook of method in cultural anthropology*. New York, Columbia Univ. Press; 1970 p398-420.
98. Worden JW. *Grief counseling and grief therapy : a handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer Publishing Company, 2009 p 39-52.
99. Yildiz H, Cimete G. Adaptation study of the texas revised inventory of grief. *Anadolu Psikiyatri Dergisi-Anatolian Journal of Psycuiatry*. 2011; 12:30-36.
100. Zissok S, Corruble E, Duan N, Iglewicz A, Karam EG, Lanuoette N, Lebowitz B, Pies R, Reynolds C, Seay K, Shear K, Simon N, Young IT. The bereavement exclusion and DSM-5. *Depression and Anxiety*. 2012; 29:425–443.
101. Zissok S, Shuchter S. Uncomplicated bereavement. *Journal Clinical of Psychiatry*. 1993; (54):365-72.
102. Zissok S. Unresolved Grief. In: Zissok. *Biopsychosocial aspects of bereavement* editor. 1 vol. Washington DC: American psychiatric press; 1987. Cap.2, p. 21- 34.