

# VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO LUTO PROLONGADO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

Mayra DELALIBERA, Alexandra COELHO, António BARBOSA

## RESUMO

Uma das áreas de intervenção em cuidados paliativos é o acompanhamento psicológico das famílias em risco de desenvolver luto complicado que, de acordo com a literatura, pode afectar de 10 a 20% da população enlutada. Este estudo pretende validar para a população portuguesa o instrumento PG-13 (Prolonged Grief Disorder), criado por Prigerson et al. (2007) para diagnóstico de Luto Prolongado, cujos critérios são: a vivência de uma experiência de perda geradora de intensas saudades e anseio pelo falecido que se estende por um período superior a 6 meses; sintomatologia emocional, cognitiva e comportamental e significativa disfunção da vida social e ocupacional.

A população-alvo é constituída por 102 cuidadores dos doentes acompanhados pela Equipa Intra-Hospital de Suporte em Cuidados Paliativos do Hospital Santa Maria. Os participantes são, maioritariamente, do sexo feminino (82,4%) e com média de idade de 58.87 (D.P.: 13.41) e amplitude entre 15 e 84 anos. A maioria dos entrevistados são viúvos (62,1%), sendo que 93,2% destas pessoas estão presentemente em luto pela perda recente do cônjuge. O segundo grupo com maior número de sujeitos corresponde às pessoas casadas (29,5%) que perderam uma das figuras parentais (64,3%) e os irmãos (14,3%). Os familiares falecidos têm uma média de idade de 68.68 (D.P.: 11.50), com amplitude entre 27 e 89 anos. A distribuição entre géneros no grupo dos doentes falecidos são: 57,8% do sexo masculino e 42,2 % do sexo feminino.

A consistência interna do instrumento é considerada muito boa ( $\alpha=0.932$ ). Os resultados sugerem que 22,5% da população manifesta sintomas de luto prolongado. Não foram encontradas diferenças significativas em função de variáveis sócio-demográficas ou das circunstâncias da doença e da morte. A análise das percentagens permite inferir que a Perturbação de Luto Prolongado é prevalente nos sujeitos do sexo feminino (91,3%), viúvos (68,2%) e nos casos em que o ente falecido era o cônjuge (65,2%).

M.D., A.C.: Unidade de Medicina Paliativa. Hospital de Santa Maria. Lisboa

A.B.: Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa, Portugal.

## SUMMARY

### VALIDATION OF PROLONGED GRIEF DISORDER INSTRUMENT FOR PORTUGUESE POPULATION.

This study aims to validate the Portuguese population the instrument PG-13 (Prolonged Grief Disorder), created by Prigerson et al. (2007) for diagnosis of Prolonged Grief, whose criteria are: the experience of loss generating intense longing and yearning for the deceased that extends for a period exceeding six months; emotional, cognitive and behavioral symptoms, dysfunction and meaningful life social and occupational functioning.

The population includes 102 caregivers of patients accompanied by Support Team Palliative Care, Hospital Santa Maria. The participants are mostly female (82.4%) with mean age of 58.87 (SD: 13.41) and range between 15 and 84 years. Most respondents are widowed (62.1%), and 93.2% of these people are mourning the loss of a spouse. The second largest group of subjects corresponds to married persons (29.5%) who lost one of the parental figures (64.3%) and brothers (14.3%). Deceased family members have an average age of 68.68 (SD: 11.50), with amplitude between 27 and 89 years. The gender distribution in the group of deceased patients are 57.8% male and 42.2 % female.

The internal consistency in the instrument is considered very good ( $\alpha=.932$ ). We found that 22.5% of the population manifests symptoms of prolonged grief. There were no significant differences in terms of socio-demographic variables or in the circumstances of illness and death. Prolonged Grief Disorder is more prevalent in female subjects (91.3%), widowed (68.2%) and in cases where the deceased was being the spouse (65.2%).

## INTRODUÇÃO

O Luto é definido como um conjunto de reacções emocionais, físicas, comportamentais e sociais que surgem como resposta a uma perda de um ente significativo<sup>1</sup>. Apesar de muito doloroso e perturbador, a maioria dos sobreviventes enlutados (80-90%) ultrapassa a sensação inicial de descrença e, progressivamente, encara a perda como uma realidade<sup>2</sup>. Assim, seis meses após a perda, muitos dos enlutados chegam a um sentido de aceitação, percebem no futuro alguma possibilidade potencial de se relacionarem satisfatoriamente com outras pessoas, são capazes de trabalhar produtivamente e de desfrutar de actividades de lazer<sup>3</sup>. Como tal, a maioria das pessoas enlutadas geralmente não é um motivo de preocupação clínica<sup>4</sup>.

Porém, Boelen e Prigerson<sup>3</sup> defendem que, após a perda de um ente significativo, uma significativa parte dos enlutados desenvolve sintomas debilitantes e persistente incapacidade funcional. Essas pessoas apresentam experiências de dificuldade de ajustamento, essencialmente por se encontrarem fixados num estado de luto crónico<sup>2</sup>. Grande parte da angústia mental decorre de um protesto psicológico contra a realidade da perda e uma relutância geral em fazer adaptações para a vida na ausência da pessoa falecida, pela incapacidade de elaborar as recordações (memórias), lamentações e sentimentos de culpa<sup>5</sup>. Além disso, existem importantes implicações do luto sobre a saúde mental, estando na origem de perturbações depressivas, ansiedade, desespero, descrença e anestesia emocional<sup>6</sup>. Por outro lado, os efeitos adversos sobre a saúde física incluem o prejuízo temporário da imunidade corporal, aumento no número de consultas médicas, hospitalizações, cirurgias e aumento da taxa de mortalidade das populações enlutadas, quando comparadas à população geral<sup>1</sup>;

Quer o DSM – IV<sup>7</sup>, quer a CID-10<sup>8</sup>, entendem o luto como um stressor normativo, e embora façam a distinção entre o luto normal e a Perturbação Depressiva Major, não reconhecem que as manifestações de luto possam tornar-se patológicas. Todavia, tornou-se actualmente consensual que, entre os extremos de uma reacção de luto adaptada, auto-limitada, não merecedora de intervenção terapêutica, e as síndromes psiquiátricas, há uma população intermediária de indivíduos que apresentarão

um transtorno de luto complicado – indivíduos que merecerão tratamento que os alivie dos intensos e deletérios sintomas emocionais. O conceito de luto complicado ou luto prolongado ganhou reconhecimento como uma perturbação psicológica distinta, que se distancia das manifestações normais de luto<sup>4,9,10</sup>.

Segundo Prigerson et al<sup>11</sup> o diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado (PLP) assenta em cinco critérios: i) Critério I, Evento: perda do outro significativo; ii) Critério II, Ansiedade de separação: o enlutado experiencia diariamente e a um nível intenso e disruptivo saudades, dor emocional, tristeza e pesar pela ausência da pessoa desaparecida; iii) Critério III, Sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais: a pessoa experiencia diariamente ou a um nível disruptivo pelo menos cinco dos seguintes sintomas: a) confusão em relação ao próprio papel na vida, sensação de que já não sabe quem é (percepção de que parte de si morreu); b) dificuldade em aceitar a perda; c) evitar lembrar a realidade da perda; d) incapacidade para confiar nos outros depois da perda; e) sentimentos de amargura e revolta relacionados com a perda; f) dificuldade em continuar com a vida (ex., fazer novos amigos, ter novos interesses); g) percepção de estar emocionalmente entorpecido; h) sentir que a vida é insatisfatória, vazia ou sem significado desde a perda; i) sentimento de choque, atordoamento e confusão pela perda; iv) Critério IV, Tempo: o diagnóstico não deve ser realizado até terem decorrido 6 meses de luto; v) Critério V, Disfunção social e ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento. Um critério adicional estipula que a perturbação não esteja relacionada com efeitos fisiológicos, consumo de substâncias ou outras condições médicas, e ainda que os sintomas não se explicam melhor através da Perturbação Depressiva Major, Perturbação de Ansiedade ou Perturbação de Stress Pós-traumático. Holland et al<sup>12</sup>, acrescentam, porém, que as reacções patológicas distintivas do luto prolongado – comparativamente ao luto normal – se definem sobretudo pela severidade dos sintomas, que persistem por seis meses ou mais. O critério tempo salienta que os seis meses de perturbação devem ser consecutivos, independentemente da distância em que ocorrem em relação à perda. Assim sendo, as formas de luto crónico e inibido podem ambas ser integradas na conceptualização da PLP.

Os critérios resultam de um consenso entre a evidência empírica e um painel de peritos em luto, representando

o culminar de vários anos de estudo para documentação clínica da PLP como uma entidade nosológica distinta. A avaliação da severidade das manifestações de luto permite então evitar que se rotule como patológica uma reacção normal e, por outro lado, favorece o reconhecimento do sofrimento e da necessidade de garantir suporte terapêutico para um melhor ajustamento à situação de perda. A investigação revela a utilidade dos critérios de diagnóstico definidos pela PLP como indicadores de complicações no luto<sup>13</sup>. Ficou demonstrado, por exemplo, que os indivíduos que cumprem os critérios de diagnóstico de PLP seis a doze meses após a perda, aumentaram o risco de consumo de álcool, de hábitos tabágicos e distúrbios de sono relativamente aos que não cumpriram os critérios no mesmo período após a morte de um ente significativo. A validade dos sintomas de PLP surge reforçada pela associação que estes apresentam com elevados níveis de ideação suicida, incapacidades funcionais, hipertensão, incidência de cancro, redução da qualidade de vida nos adultos, doenças cardíacas e maior número de hospitalizações<sup>4,12</sup>.

Considerando as questões associadas à eficácia dos programas de intervenção no luto<sup>14</sup> e, por outro lado, aos custos que lhe são inerentes, é fundamental que estes esforços sejam dirigidos especificamente às pessoas que mais necessitam e poderão vir a beneficiar deles. Defende-se, por isso, a criação de um modelo de prevenção terciária, indicado para sujeitos com complicações no processo de luto – com critérios para diagnóstico de PLP –, que a revisão da literatura demonstra ser o mais eficaz e com resultados mais estáveis<sup>15</sup>. Torna-se, por isso, fundamental criar uma medida fiável que corrobore a necessidade de intervenção sobre o luto. O objectivo do presente estudo será adaptar e validar para a população portuguesa o Instrumento de Avaliação de PLP elaborado por *Prigerson et al*<sup>13</sup>

## MATERIAL E MÉTODOS

### Instrumentos

O instrumento de avaliação da Perturbação de Luto Prolongado é composto por 13 itens descritivos de um conjunto de sintomas que devem persistir por um período mínimo de seis meses e que estão necessariamente associados a um significativo distúrbio funcional. A primeira parte do questionário é constituída por dois itens que avaliam a frequência do sentimento de ansiedade de separação, cuja resposta é tipo lickert. O terceiro item refere-se à duração deste sintoma, sendo a resposta de tipo dicotómica: afirmativa, no caso de um período igual ou superior a seis meses; negativa, se a manifestação é inferior a seis meses. A segunda parte é composta por nove itens descritivos de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais, com respostas também do tipo lickert.

A última questão é relativa à incapacidade funcional nas áreas social, ocupacional ou em outros domínios do funcionamento, e a modalidade de resposta é novamente dicotómica (sim ou não).

Foi, além disso, aplicado um questionário demográfico para recolha de informações demográficas. As informações relativas ao processo de doença e morte foram obtidas através da consulta dos processos dos doentes falecidos.

### Procedimento

O processo de adaptação e validação do Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13) para a população portuguesa decorreu em várias fases, de acordo com as normas estipuladas por *Beaton et al*<sup>16</sup>. Depois de obtido o consentimento da autora, realizaram-se duas traduções independentes para a língua portuguesa; da sua síntese, efectuaram-se duas retroversões. Todo o material produzido foi analisado por um comité de peritos na área, inclusivamente pela própria autora do instrumento. Resultou daqui uma nova versão em português, que pretendeu atingir a equivalência semântica e conceptual e cultural. Procedeu-se, em seguida, a uma fase de pré-teste mediante aplicação telefónica desta versão final a 10 sujeitos enlutados, a quem foi solicitada a colaboração no sentido de responderem integralmente ao questionário e depois emitirem a sua opinião em relação ao significado de cada um dos itens e eventuais dificuldades de interpretação das questões. O grupo de peritos considerou o padrão de respostas para uma adequação final dos itens. A avaliação das propriedades psicométricas do instrumento realizou-se mediante utilização do software SPSS 16.0.

A recolha de dados realizou-se através de contacto telefónico entre Maio de 2009 e Fevereiro de 2010 a todos os cuidadores de doentes falecidos há, pelo menos, seis meses (entre Dezembro de 2008 e Agosto de 2009). Efectuou-se uma tentativa de contacto a um total de 175 pessoas, das quais 102 (58,3%) responderam integralmente ao questionário. Nas restantes 73 (41,7%), a impossibilidade de resposta foi por motivos diversos: em 18 processos não dispúnhamos de informação sobre familiares e/ou contactos; 51 estavam indisponíveis para atender o telefone (desligado ou chamada não atendida) e quatro familiares recusaram responder, sem justificação declarada.

### População

A amostra foi recolhida da população de familiares enlutados dos pacientes acompanhados pela Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, cujo óbito ocorreu há, pelo menos, seis meses. O total de participantes foi de 102, todos eles considerados principais cuidadores na situação de doença dos entes queridos falecidos. Os

participantes são, maioritariamente, do sexo feminino (82.4%) e com média de idade de 58.87 (D.P.: 13.41) e amplitude entre 15 a 84 anos. A maioria dos entrevistados são viúvos (N= 59), sendo que 93.2% (N= 55) destas pessoas estão presentemente em luto pela perda recente do cônjuge (média de idades de 64.10).

Os familiares falecidos têm uma média de idade de 68.68 (D.P.: 11.50), com amplitude entre 27 e 89 anos. A distribuição entre géneros no grupo dos doentes falecidos é de 57.8% do sexo masculino e 42.2 do sexo feminino (Quadro 1).

Quadro 1 - Caracterização sócio-demográfica da população

	Participantes (N= 102)	Familiares Falecidos
<b>Idade, Média (Desvio Padrão)</b>	58,87 (DP.13.41)	68,68 (DP. 11.50)
Amplitude	15-84	27-89
<b>Género N (%)</b>		
Masculino	18 (17,6)	59 (57,8)
Feminino	84 (82,4)	43 (42,2)
<b>Estado Civil N (%)</b>		
Solteiro	6 (6,3)	2 (2,0)
Casado	28 (29,5)	76 (75,2)
Viúvo	59 (62,1)	19 (18,8)
Divorciado	2 (2,1)	4 (4,0)
<b>Parentesco N (%)</b>		
Cônjuge	57 (55,9)	
Filho	27 (26,5)	
Pai	4 (3,9)	
Irmão	9 (8,8)	
Outros familiares	5 (4,9)	

Quadro 2 - Circunstâncias de morte

Tempo decorrido desde Diagnóstico até Óbito	N (%)	Meses decorridos após óbito	
Até 6 meses	33 (39,3)		
6 – 12 meses	15 (17,9)		
1 – 2 anos	10 (11,9)	Média (D.P.)	7.17 (D.P.: 3.06)
2 – 3 anos	9 (10,7)	Moda	6.00
Mais de 3 anos	17 (20,2)	Amplitude	6 - 18
N = 84, Omissos: 18			
Duração do Acompanhamento	N (%)	Local de Óbito	N (%)
Avaliação Única	18 (18,8)	Hospital Santa Maria	61 (63,5)
Até uma semana	13 (13,5)	Domicílio	17 (17,7)
1 – 4 semanas	26 (27,1)	U.C Paliativos	9 (9,4)
1 – 3 meses	24 (25,0)	Outro Hospital	8 (8,3)
3 – 6 meses	10 (10,4)	Outra Instituição	1 (1,0)
6 meses – 1 ano	5 (5,2)		
N = 96, Omissos: 6		N= 96, Omissos: 6	

Relativamente aos dados de diagnóstico dos familiares falecidos, pode constatar-se a prevalência de doentes oncológicos (96.9%), sendo as neoplasias do esófago (12%) e do intestino (12%) as mais frequentes. Da amostra de doentes falecidos, constam apenas três indivíduos com diagnóstico de doença não oncológica.

No que respeita às circunstâncias de morte (Quadro 2), é de referir que uma significativa parte destes doentes receberam o diagnóstico até seis meses antes do óbito (39.3%). No entanto, também é relativamente elevada a percentagem de pessoas cuja doença se prolongou por mais de três anos (20.2%). O tempo de acompanhamento em cuidados paliativos oscila entre um momento único de avaliação (18.8%) e um ano (5.2%); a mais elevada percentagem, situa-se entre uma e quatro semanas (27.1%). A maior parte destes doentes faleceu no Hospital de Santa Maria (63.5%). O tempo entre a morte e a data da aplicação dos questionários varia entre seis e dezoito meses, sendo a média de 7.17 (D.P.: 3.06) e o valor da moda de seis meses.

## RESULTADOS

### Análise da fiabilidade

A consistência interna do instrumento de Avaliação de Luto Prolongado (PG-13) é demonstrada através do teste *Alpha de Cronbach*, cujo valor de .932, permite inferir que é muito boa<sup>17</sup>. Através do quadro 3, é possível constatar que o valor do *Alpha de Cronbach* não aumenta pela exclusão de nenhum dos itens. Importa salientar que o critério temporal, definido pelo item três, não assume preponderância sobre as restantes questões, dado que a exclusão deste item (.932) não alteraria o valor global da consistência interna do instrumento.

Quadro 3 - Análise da consistência interna

Ítems PG3	R <sup>2</sup>	Alpha de Cronbach se item excluído
1.	.391**	,931
2.	.773**	,928
3.	.641**	,932
4.	.408**	,931
5.	.715**	,923
6.	.731**	,922
7.	.824**	,921
8.	.629**	,929
9.	.634**	,926
10.	.739**	,922
11.	.768**	,925
12.	.789**	,922
13.	.664**	,931

Alpha de Cronbach: .932

\*\* Correlação significativa a .01  
\* Correlação significativa a .05

**Análise Factorial**

Tendo em consideração a correlação existente entre os itens, procedeu-se à realização dos testes *Kaiser-Meyer-Olkin*, cujo valor é de .906 e o Teste de esfericidade de *Barlett*, que tem associado um nível de significância de .000, dados que confirmam a estrutura factorial da escala. A análise das componentes principais mostra a presença de dois factores que explicam 58,43% da variância total (Quadro 4).

Contudo, realizando a análise da consistência interna para cada uma das dimensões isoladamente, verificamos que o valor de *Alpha de Cronbach* do primeiro factor é de .906 e do segundo é de .859. Ambos são menores relativamente ao valor de consistência interna global, o que indica que o instrumento é unifactorial, em consonância com a versão original.

O peso factorial elevado do item dois (experiência de dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de tensão relacionados com a perda) indica que esta questão é a que representa maioritariamente a PLP.

**Diferenças em função das variáveis demográficas e circunstâncias de morte**

Da aplicação do PG-13 resulta que 22,5% (N= 23) manifestam sintomas de PLP. Não se verifica relação estatisticamente significativa entre a incidência da PLP e as variáveis socio-demográficas ou as circunstâncias de doença e de morte, como é possível constatar no quadro 5. Através da análise das percentagens, verificamos que a PLP tende a prevalecer nos sujeitos do sexo feminino

Quadro 4 - Estrutura em componentes principais após rotação Varimax

Componentes		
	1	2
11. Sente-se emocionalmente dormente desde a sua perda?	,865	,197
8. Tem tido dificuldade em confiar nos outros desde a sua perda?	,844	,032
9. Sente amargura acerca da sua perda?	,801	,242
10. Sente ainda dificuldade em continuar com a sua vida (p.ex., fazer novos amigos, ter novos interesses)?	,744	,442
13. Sentiu uma redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras áreas importantes (p.ex., responsabilidades domésticas)?	,731	,359
5. No último mês, quantas vezes se sentiu estonteado/a ou chocado/a ou confuso/a pela sua perda?	,681	,481
6. Sente-se confuso/a quanto ao seu papel na vida ou sente que já não sabe quem é desde a sua perda?	,610	,592
4. No último mês, quantas vezes tentou evitar contacto com tudo o que lhe faz lembrar que a pessoa realmente faleceu?	,549	,312
2. No último mês, quantas vezes sentiu intensa dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de tensão relacionados com a relação perdida?	,140	,918
3. Relativamente às questões 1 e 2, teve essa experiência pelo menos diariamente, por um período de, pelo menos, 6 meses?	,143	,842
7. Tem tido dificuldade em aceitar a sua perda?	,536	,723
12. Sente que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem significado desde a sua perda?	,585	,640
1. No último mês, quantas vezes sentiu saudades e a ausência da pessoa que perdeu?	,260	,640

(91,3%), e nos casos em que o ente falecido era o cônjuge (65,2%). As viúvas representam a maioria deste grupo (N= 13, 86,7%). Contudo, o grupo das viúvas é prevalecte na amostra (N= 46, 80,7%) pelo que os valores percentuais estão enviesados pela heterogeneidade dos grupos representados.

Relativamente ao diagnóstico, a acentuada discrepância entre o número de doentes oncológicos e não oncológicos não permite que se emitam observações conclusivas. No que respeita ao tempo de diagnóstico, revelador da duração da doença, verifica-se que a PLP está mais associada com o intervalo de até seis meses (33,3%), sendo o menor valor atribuído ao intervalo de um a dois anos (4,8%). Os resultados respeitantes ao local de óbito sugerem uma elevada incidência de PLP nos familiares dos doentes falecidos no Hospital de Santa Maria (60%), porém este facto está condicionado pelo facto de 64,5% dos óbitos terem ocorrido neste local. Assim, se forem comparados os valores relativos às várias instituições, verificamos que a PLP é menos frequente na população que beneficiou de Cuidados Paliativos em contexto de Unidade de Internamento (0%) e seguidamente, no

Quadro 5 - Relação entre P.L.P. e variáveis sócio-demográficas, circunstâncias de morte

V.I.	Luto Normal		Luto Prolongado		
	N (% dentro do V.I./ dentro da V.D.)	%	N (% dentro do V.I./ dentro da V.D.)	%	
<b>Género</b>					N = 102
Masculino	16 (88.9% / 20.3%)		2 (11,1% / 8.7%)		$\chi^2 = 1.637$
Feminino	63 (75% / 79.7%)		21 (25% / 91.3%)		g.l.= 1, p = .201
<b>Estado Civil</b>					N = 95
Solteiro	6 (100% / 8.2%)		0 (0% / 0%)		$\chi^2 = 2.635$
Casado	21 (75% / 28.8%)		7 (25% / 31.8%)		g.l.= 3, p = .451
Viúvo	44 (74,6% / 60.3%)		15 (25.4% / 68.2%)		
Divorciado	2 (100% / 2.7%)		0 (0% / 0%)		
<b>Parentesco</b>					N = 102
Cônjuge	21 (77.8% / 26.6%)		15 (26.3% / 65.2%)		$\chi^2 = 2.608$
Filho	3 (75% / 3.8%)		6 (22.2% / 26.1%)		g.l.= 4, p = .625
Pai	8 (88.9% / 10.1%)		1 (25% / 4.3%)		
Irmão	5 (100% / 6.3%)		1 (11,1% / 4.3%)		
Outros familiares			0 (0% / 0%)		
<b>Diagnóstico Oncológico</b>	73 (77.7% / 98.6%)		21 (22.3% / 91.3%)		
Não oncológico	1 (33.3% / 1.4%)		2 (66.7% / 8.7%)		
<b>Tempo desde diagnóstico até óbito</b>					N = 84
Até 6 meses	26 (78.8% / 41.3%)		7 (21.2% / 33.3%)		$\chi^2 = 3.843$
6 meses-1 ano	10 (66.7% / 15.9%)		5 (33.3% / 23.8%)		g.l.= 4, p = .428
1 - 2 anos	9 (90% / 14.3%)		1 (10% / 4.8%)		
2-3 anos	5 (55.6% / 7.9%)		4 (44.4% / 19%)		
Mais de 3 anos	13 (76.5% / 20.6%)		4 (23.5% / 19%)		
<b>Duração do acompanhamento</b>					N = 96
Avaliação única	13 (72.2% / 17.6%)		5 (27.8% / 22.7%)		$\chi^2 = 2.550$
Até 1 semana	12 (92.3% / 19.2%)		1 (7.7% / 4.5%)		g.l.= 5, p = .769
1 semana - 1 mês	20 (76.9% / 27%)		6 (23.1% / 27.3%)		
1 - 3 meses	17 (70.8% / 23%)		7 (29.2% / 31.8%)		
3-6 meses	8 (80% / 10.8%)		2 (20% / 9.1%)		
6 meses - 1 ano	4 (80% / 5.4%)		2 (20.0% / 4.5%)		
<b>Local de óbito</b>					N = 96
HSM	49 (80.3% / 64.5%)		12 (19.7% / 60.0%)		$\chi^2 = 6.883$
Domicílio	13 (76.5% / 17.1%)		4 (23.5% / 20.0%)		g.l.= 4, p = .142
UCP	9 (100% / 11.8%)		0 (0% / 0%)		
Outro Hospital	4 (50.0% / 5.3%)		4 (50.0% / 20.0%)		
Outra Instituição	1 (100% / 1.3%)		0 (0% / 0%)		
<b>Idade do Enlutado</b>					t = -.141
Média (D.P.)	58.76 (13.99)		59.22 (11.77)		p = .889
<b>Idade do Falecido</b>					t = -.395
Média (D.P.)	68.44 (11.95)		69.54 (9.97)		p = .694
<b>Tempo de Óbito</b>					t = .621
Média (D.P.)	7.27 (3.18)		6.82 (2.65)		p = .536

V.D.: Variável dependente (Manifestação de Luto Prolongado ou Normal)

V.I. Variável independente (Variáveis sócio-demográficas, circunstâncias de doença e de morte)

Hospital de Santa Maria (19.7%). O resultado mais elevado foi obtido nas situações em que o óbito ocorre noutro Hospital (50%) ou no domicílio (23,5%).

## DISCUSSÃO

A adaptação e validação portuguesa do PG-13, corresponde à necessidade de colmatar um vazio existente ao nível dos instrumentos de avaliação e diagnóstico das

manifestações de luto complicado. Revela ser fiável por ter boa consistência interna, de onde se conclui a validade dos itens seleccionados para definir os critérios de diagnóstico (*Alpha de Cronbach*: .932).

Da análise factorial da escala resulta a discriminação de dois factores fundamentais, que justificam 58.43% da variância total dos resultados. No entanto, o instrumento revela ser mais fiável se entendido como uma escala unidimensional, como é originalmente descrita por

Prigerson et al<sup>13</sup>. Importa, no entanto, explorar as duas dimensões que emergem da análise factorial, dado que, ainda assim, os valores de Alpha de Cronbach para cada uma das componentes principais são considerados elevados. Na primeira dimensão, o valor de Alpha de Cronbach é de .906, e tem como item de maior peso a questão 11, que reporta à sensação de dormência emocional decorrente da perda. A combinação de itens que integra esta dimensão traduz a componente de trauma inerente à experiência de luto, manifesto em sintomas de choque, incapacidade funcional e ressentimento, inicialmente assumidos por Prigerson et al<sup>9</sup> como os elementos fundamentais para distinguir o luto complicado do luto normal. A segunda dimensão factorial obteve um valor de Alpha de Cronbach de .859 e tem, como item mais representativo, a presença de sentimentos de dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de tensão relacionados com a perda. Este é, aliás, o factor com maior peso factorial da escala, e que por isso, melhor traduz a Perturbação de Luto prolongado. O conjunto de itens da segunda dimensão refere-se sobretudo à ansiedade de separação, considerada pelos autores<sup>13</sup> como um critério de diagnóstico fundamental de PLP.

De salientar ainda que, de acordo com os resultados obtidos, o critério temporal não assume, na nossa população, a relevância que Prigerson lhe atribui. Coloca-se a hipótese do número total de casos com PLP estar inflacionado pela existência de alguns falsos positivos, o que remete para a interferência de factores culturais responsáveis por um período de luto normal mais alargado relativamente a outras populações.

Da aplicação do PG-13 pode concluir-se que um total de 22.5% dos sujeitos avaliados apresenta sintomas de PLP, resultado que revela uma incidência ligeiramente superior ao que foi documentado por Prigerson<sup>2</sup>. Justifica-se este facto por se tratar de uma população considerada de risco, dada a existência de uma doença grave e incapacitante, que coloca a família numa situação de crise, exigindo múltiplos reajustamentos, não obstante o efeito protector dos cuidados paliativos<sup>18</sup>. Os resultados sugerem que, nos casos em que o óbito ocorre até 6 meses após o diagnóstico, é mais frequente o luto complicado (33.3%). Posteriormente, decorridos mais de dois anos entre o momento de diagnóstico e a morte, os valores são novamente elevados (38%). Estes dados corroboram a ideia de que são factores de vulnerabilidade para o luto complicado quer a morte inesperada, por não permitir o tempo e os recursos necessários à preparação do luto<sup>19</sup> quer a situação de doença prolongada, dada a acentuada deterioração e exaustão familiar que lhe são inerentes<sup>20</sup>.

O presente estudo foi desenhado para avaliar os indivíduos com um período de luto de, pelo menos, seis meses, por ser referido por Holland et al<sup>12</sup> que este é um dos critérios fundamentais para diagnóstico de

luto complicado. Embora a amostra seja relativamente modesta, contempla 62.1% de viúvos com média de idades de 64.10, que segundo Prigerson et al<sup>11</sup> constitui o protótipo da situação de luto. Os autores acrescentam que a população idosa que sofre a perda do cônjuge por causas naturais pode ser a mais afectada e, como tal, a mais propensa a desenvolver Perturbação de Luto Prolongado. De facto, apesar das diferenças não serem consideradas estatisticamente significativas, constatamos que o grupo dos viúvos é aquele que obtém maior percentagem de PLP, seguido daqueles que sofreram a perda de uma das figuras parentais. Os efeitos adversos da perda dos pais nos filhos de idade adulta são demonstrados por Umberson & Chen<sup>21</sup>, que identificam, nesta população, um significativo acréscimo do nível de mal-estar psicológico e declínio da auto-percepção da saúde física. A resposta ao luto dos pais depende, segundo os mesmos autores, da saliência da relação filial e de variáveis sócio-demográficas como o género dos filhos, o que sugere a presença de factores de vulnerabilidade que se prendem com as dimensões relacional e social.

Verifica-se, mediante a análise comparativa dos valores de incidência de luto prolongado em função do local de óbito, que uma intervenção directa dos cuidados paliativos poderá ter um efeito protector no período de luto, como sugerem estudos anteriores<sup>24</sup>. Ainda assim, dada a elevada incidência de PLP entre os prestadores de cuidados a pessoas em situação de doença avançada, reconhece-se que os familiares dos doentes acompanhados em cuidados paliativos – independentemente do local de óbito –, constituem um grupo vulnerável<sup>22,23</sup>.

## CONCLUSÃO

A experiência de perda de um ente significativo é dos eventos normativos que maior sofrimento emocional acarreta. Numa significativa percentagem de pessoas (cerca de 20% dos enlutados) assume mesmo manifestações incapacitantes que não revertem com o decorrer do tempo e cujas características patológicas não se enquadram nos actuais sistemas de classificação nosológica. Justifica-se então a definição consensual de critérios específicos para a Perturbação de Luto Prolongado, bem como a criação de uma medida de diagnóstico que permita sinalizar as pessoas que maior necessidade tem de intervenção especializada. O instrumento de avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13), revela ter boas qualidades psicométricas na sua adaptação e validação para a população portuguesa, demonstrando ser de fácil aplicação. Os valores de incidência da Perturbação de Luto Prolongado na amostra de familiares enlutados de doentes acompanhados por equipas de cuidados paliativos são sobreponíveis aos resultados descritos na literatura. Não se verificaram diferenças significativas na incidência

de luto prolongado em função das variáveis sócio-demográficas ou das circunstâncias da doença e morte. No entanto, o grupo de viúvos destaca-se como sendo aquele que maior percentagem tem de manifestações de luto prolongado.

Reconhecem-se algumas limitações no presente estudo que se prendem com o reduzido número da amostra e a inexistência de dados referentes à morbilidade física e mental para uma análise comparativa que determine a especificidade dos critérios na população portuguesa. Dos presentes dados, resultam sugestões para investigação futura, designadamente a avaliação prospectiva da evolução das manifestações de luto no sentido de se verificar a estabilidade do critério temporal. Seria oportuno também um estudo comparativo com outras populações para discriminar a influência de factores culturais na intensidade e duração dos sintomas de P.L.P. Por último, sugerimos a rigorosa avaliação dos factores de vulnerabilidade associados à Perturbação de Luto Prolongado, especificamente junto dos familiares e cuidadores de pessoas com doença avançada, para uma melhor apreciação e compreensão da evolução e severidade dos sintomas, atendendo à real necessidade de apoio no ajustamento à perda.

**Conflito de interesses:**

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

**Fontes de financiamento:**

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

**REFERÊNCIAS**

1. PARKES C M: Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus 1998
2. PRIGERSON HG: Complicated grief: when the path of adjustment leads to a dead-end. *Bereavement Care* 2004;23:38-40
3. BOELEN PA, PRIGERSON HG: The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. A prospective study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:444-452
4. PRIGERSON HG, SHEAR KM, BIERHALS AJ et al: Case Histories of Traumatic Grief. *J Death Dying* 1997;35(1):9-24
5. CHIAMBRETTO P, MORONI L, GUARNERIO C, BERTOLOTTI G: Validazione italiana del Questionario Prolonged Grief Disorder. *G Ital Med Lav Erg, Supplemento A, Psicologia* 2008;30(1):105-110
6. BOWLBY J: Processes of mourning. *Int J*

7. *Psychoanal.*1961;42(4):317-340.7. American Psychiatric Association (APA): Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª edição). Lisboa: Climepsi Editores 1996
8. Organização Mundial da Saúde: Classificação Estatística Internacional de Doenças com a Saúde - 10a Revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português 1995
9. PRIGERSON HG, MACIEJEWSKI PK, REYNOLDS CF et al: Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995;59:65-79
10. PRIGERSON HG, SHEAR MK, JACOBS SC et al: Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Brit J Psychiatry* 1999;174:67-73
11. PRIGERSON HG, HOROWITZ J, JACOBS SC et al: Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSMV and ICD-11. *PLoS Medicine* 2009;6(8) em [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org) [Acedido a 3 de Janeiro 2009]
12. HOLLAND M, NEIMEYER RA, BOELEN PA, PRIGERSON HG: The underlying structure of grief: a taxometric investigation of prolonged and normal reactions to loss. *J Psychopathol Behav Assess* 2009;31:190-201
13. PRIGERSON HG, VANDERWERKER LC, MACIEJEWSKI PK: Prolonged grief disorder: a case for inclusion in DSM-V. In: M Stroebe, R Hansson, H Schut, W Stroebe, eds. *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st Century Perspectives*. Am Psychol Assoc Press 2007;165-186
14. JORDAN R, NEIMEYER A: Does grief counselling work? *Death Stud* 2003;27(9):765-786
15. SCHUT H, STROEBE M: Interventions to enhance adaptation to bereavement. *J Palliat Med* 2005;8(1):140-7
16. BEATON D, BOMBARDIER C, GUILLEMIN F, FERRAZ M: Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000;25(24):3186-91
17. PESTANA H, GAGEIRO N: Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS. 5ª Edição. Lisboa: Edições Silabo, Lda. 2008
18. WRIGHT AA, KETING NL, BALBONI TA, MATULONIS UA, BLOCK SD, PRIGERSON HG: Place of Death: Correlations with Cancer Patients' Quality of Life and Predictors of Bereaved Caregivers' Mental Health. (in press).
19. CHIU YW, HUANG CT, YIN SM: Determinants of complicated grief in caregivers who cared for terminal cancer patients. *Support Care Cancer* 2009., em [www.springerlink.com](http://www.springerlink.com). [Acedido a 3 de Janeiro 2010]
20. PAYÁS AP: Intervención grupal en duelo. *Duelo en Oncología, Sociedad Española de Oncología Médica* 2007;169-182
21. UMBERSON D, CHEN D: Relationship salience and reaction to loss. *Am Sociol Rev* 1994;59(1):152-168
22. DUMONT I, DUMONT S, MONGEAU S: End-of-life care and the grieving process: family caregivers who have experienced the loss of a terminal-phase cancer patient. *Qualitative Health Research* 2008;18(8):1049-61
23. HEBERT R, DANG Q, SCHULZ R: Preparedness for the death of a loved one and mental health in bereaved caregivers of patients with dementia: findings from the REACH Study. *J Palliat Med* 2006;9(3):683-693