

BÁRBARA MANUELA FERRAZ VILARINHO DE SOUSA

**Validação da Versão Portuguesa da Escala de Luto
Prolongado (Versão Reduzida)**

Orientadora Académica: Prof^ª Doutora Carolina da Motta

Co-orientadora Académica: Prof^ª Doutora Sara Albuquerque

Universidade Lusófona

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2022

BÁRBARA MANUELA FERRAZ VILARINHO DE SOUSA

**Validação da Versão Portuguesa da Escala de Luto
Prolongado (Versão Reduzida)**

Dissertação defendida em prova pública para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona, no dia 19 de Janeiro de 2023, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação de Júri N° 358/2022, de 7 de Novembro de 2022, com a seguinte composição:

Presidente: Prof. Doutor Bruno Faustino

Arguente: Prof. Doutor Pedro Joel Rosa

Orientadora: Prof^ª. Doutora Carolina da Motta

Co-Orientadora: Prof^ª. Doutora Sara Albuquerque

Universidade Lusófona

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2022

Epígrafe

*Don't look at your mistakes without looking at the
lessons you learned from them.*

Amna Dhanani

Agradecimentos

Ao finalizar mais uma etapa no meu percurso académico não podia deixar de agradecer a várias pessoas que foram essenciais não só durante este ano, mas ao longo de todos os outros.

Primeiramente, aos meus pais e ao meu irmão. Os meus pilares. Obrigada pelo apoio e força que me deram quando acreditava já não a ter, pela proteção e pela paciência ao longo deste percurso. Obrigada por acreditarem sempre em mim e estarem presentes em todos os momentos. Acima de tudo, obrigada pelo amor incondicional. É um orgulho e um privilégio ser vossa filha e irmã. Estas pequenas conquistas também são vossas.

À Marlene, Diana e Shaienny que, apesar da distância, estão sempre presentes nos momentos bons, menos bons, nos de incerteza e certeza. Obrigada pelo vosso apoio constante e por acreditarem em mim, principalmente quando tenho dificuldade em fazê-lo. Sou uma privilegiada por vos ter na minha vida.

À Carolina, a minha pessoa, a minha escritora predilecta, dos melhores presentes que o Algarve me deu. Obrigada pelas palavras de carinho e força, pelas conversas profundas, pelos silêncios que nada têm de desconfortável. Obrigada por seres a pessoa incrível que és e um dos maiores exemplos que poderia ter.

À Inês, pela capacidade de rir e fazer rir, pelas palavras de apoio, pelas conversas com e sem sentido. Obrigada por estares sempre à distância de uma mensagem, seja nos momentos bons ou menos bons. Que continuemos a festejar as vitórias uma da outra.

Às minhas colegas de seminário que foram igualmente importantes neste ano tão desafiante. Em especial à Liliane, colega de licenciatura, mestrado, casa e, principalmente, amiga. Obrigada por todas as partilhas, aprendizagens, apoio, gargalhadas e dramas. Começamos e terminamos juntas, como queríamos.

A todos os professores de licenciatura que contribuíram, muito, para o percurso que fiz até aqui. Em especial à professora Brigitte, professora Marina e professor Pedro, obrigada pela disponibilidade que sempre mantiveram e por terem transmitido, tão bem, o gosto pela investigação. Foi, sem dúvida alguma, um privilégio e um orgulho ter sido vossa aluna.

À professora Sara que esteve sempre disponível para partilhar o seu conhecimento e esclarecer todas as dúvidas que foram surgindo ao longo de toda esta etapa desafiante. Obrigada por me ter guiado ao longo deste ano.

À professora Carolina, um muito obrigada por me ter “acolhido” e guiado ao longo dos últimos meses. Obrigada por me desafiar a fazer mais e melhor, todos os dias.

E, por fim, mas não menos importante, um muito obrigada a todos os participantes que, apesar de estarem a passar por um momento difícil, disponibilizaram-se para contribuir para a ciência. Sem vocês, este estudo não seria possível.

Resumo

O luto prolongado (LP), caracterizado por reações severas e incapacitantes por um longo período após a perda de uma pessoa significativa, representa um problema de saúde pública. Considerando o contexto pandémico e o seu impacto no processo de luto devido a disfunções nas rotinas quotidianas e na experiência habitual vivida e subjetiva no luto, tornou-se essencial a sua identificação precoce, demonstrando a importância da Escala de Luto Prolongado (Versão Reduzida), PG- 4, que possibilita a identificação indivíduos em risco de desenvolver PLP e com maior necessidade de apoio.

O presente estudo é de natureza psicométrica, transversal, com uma amostra de 175 participantes adultos portugueses enlutados, no máximo há seis meses, de ambos os sexos. Os resultados da Análise Fatorial Exploratória revelaram uma estrutura unidimensional, confirmada pela Análise Fatorial Confirmatória. Quanto à fiabilidade do PG- 4, o valor do Ómega de *McDonald* demonstrou ser muito bom. As validades convergentes e divergentes, avaliadas através da Correlação Bivariada de *Pearson*, com as escalas de Suporte Social, Evento Significativo - 6 e uma questão sobre saúde mental, revelaram a existência de validade convergente e divergente.

Os resultados sugerem que se trata de um instrumento válido que poderá ser aplicado em contexto clínico e de investigação.

Palavras-chave: luto prolongado, validação, versão reduzida, validade, fiabilidade

Abstract

Prolonged grief is a disorder defined by severe and disabling reactions over a long period of time after the loss of a significant other, representing a public health problem. Considering the pandemic context and its impact on the grieving process due to dysfunctions in daily routines and in the usual subjective experience lived in grief, early identification is essential, showing the importance of the Prolonged-Grief Scale (Short-Version) PG- 4, since it can more easily allow the identification of individuals at a greater risk of developing PGD and in greater need for support.

The present study is psychometric and cross-sectional, with a sample of 175 Portuguese adult participants of both sexes, bereaved for a maximum of six months. The Exploratory Factor Analysis results revealed a unidimensional structure, which was supported by the Confirmatory Factor Analysis. As for the reliability of PG- 4, the McDonald's Omega value proved to be very good. Convergent and Divergent validity were evaluated and verified using Pearson's Bivariate Correlation with the Multidimensional Social Support Scale, Impact of Event Scale - 6, and a question about mental health.

The results suggest that PG- 4 is a valid instrument that can be applied in clinical and research contexts.

Keywords: prolonged grief, validation, short version, validity, reliability

Lista de Siglas e Acrónimos

AFC - Análise Fatorial Confirmatória

AFE - Análise Fatorial Exploratória

AP - Análise Paralela

ARS - Autoridades Regionais de Saúde

CFI - *Comparative Fit Index*

CID-11 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 11ª Revisão

DGS - Direção Geral de Saúde

DP - Desvio Padrão

DSM-5 - *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*

DSM-5-TR - *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition, Text Revision*

GFI - *Goodness Fit Index*

IBM - SPSS - *IBM Statistical Package for the Social Sciences*

ICG - *Inventory of Complicated Grief*

IES - 6 - *Impact of Event Scale -6*

JASP - *Jeffrey's Amazing Statistics Program*

KMO - *Kaiser- Meyer- Olkin*

LP - Luto Prolongado

M - Média

MSPSS - *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*

N - Amostra Total

PCBI - *Persistent Complex Bereavement Inventory*

PG-13 - *Prolonged Grief - 13*

PLCP - Perturbação de Luto Complicado e Persistente

PLP - Perturbação de Luto Prolongado

RMSEA - *Root Mean Square Error of Approximation*

ROC - *Receiver Operating Characteristic*

TGI-SR - Inventário de Luto Traumático

TLI - *Tucker-Lewis Index*

% - Percentagem

α - Alfa

h^2 - Comunalidades

p - p-value

ω - Ómega

Índice Geral

Resumo	6
Abstract	7
Enquadramento Teórico	13
Luto VS Luto Prolongado	13
O impacto da pandemia no luto	13
CID-11 VS DSM-5	14
Fatores de risco e prevenção do luto prolongado	16
Instrumentos que avaliam o Luto	17
Inventário do Luto Complicado (ICG)	17
Brief Grief Questionnaire	17
Persistent Complex Bereavement Disorder Inventory (PCBI)	18
Traumatic Grief Inventory - Self Report (TGI-SR)	18
Escala de Luto Prolongado - Estudos psicométricos	19
A PG- 4 e a sua importância na definição dos fatores de risco da PLP	20
Método	21
Desenho de investigação	21
Amostra	22
Medidas/ Instrumentos	24
Questionário de Dados Sociodemográficos	24
Escala de Impacto de Evento (IES-6)	24
Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)	24
PG- 4	25

Procedimentos	25
Preparação de dados e análise estatística	26
Resultados	28
Estatística Descritiva e Sensibilidade	28
Análise Fatorial Exploratória (AFE)	29
Análise Fatorial Confirmatória (AFC)	29
Fiabilidade	30
Validade Convergente	30
Validade Divergente	30
Discussão	30
Limitações do estudo e sugestões para estudos futuros	31
Implicações para a prática clínica	33
Referências Bibliográficas	36
Anexos	I
Anexo 1 - Termo de consentimento informado	II

Índice de tabelas e figuras

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra (n = 175)	23
Tabela 2: Estatística Descritiva para os itens da Escala de Luto Prolongado (Versão Reduzida) com a amostra total (N=175)	28
Tabela 3: Resultados da Análise Fatorial Exploratória da PG- 4 (N=175)	29
Figura 1: Resultados da Análise Fatorial Confirmatória da PG- 4 (N=175)	29

Enquadramento Teórico

Luto VS Luto Prolongado

O luto, cuja palavra tem origem no latim, significa dor, mágoa e lástima, sendo considerado uma resposta normativa e natural quando perdemos alguém. É, principalmente, uma reação emocional à perda de uma pessoa significativa, com quem é partilhado um vínculo emocional particularmente forte, incluindo as figuras de vinculação e cuidadores (Nakajima, 2018). A maioria dos indivíduos que perde um ente querido normalmente adapta-se a essa nova realidade num período de seis a doze meses e, posteriormente, desenvolve um novo senso de normalidade nas suas vidas (Gesi et al., 2020).

O luto normal é definido por reações psicológicas graves como angústia, raiva, choque, que vai evoluindo para uma fase mais integrativa um ano após a morte, não sendo uma condição patológica e, como tal, não requer uma intervenção específica (De Stefano et al., 2020). Por outro lado, a Perturbação de Luto Prolongado (PLP) é caracterizada por reações de luto severas e incapacitantes por um longo período após a perda de uma pessoa significativa (Rosner et al., 2021). Esta perturbação é ainda definida, de acordo com Prigerson e colaboradores (2009), por dor emocional, dificuldade em aceitar a morte, evitamento de lembranças, entorpecimento emocional, amargura, perda de confiança, falta de sentido ou sensação de que a vida não tem um propósito e dificuldade em retomar atividades, persistindo após a perda, comprometendo diversas áreas do funcionamento, como o pessoal, familiar, educacional, ocupacional, entre outros (World Health Organization [WHO], 2019). Ademais, a PLP representa um problema significativo de saúde pública, estando associada a uma diversidade de problemas de saúde mental, física e social (Maccallum & Bryant, 2019), como por exemplo, disfunções cognitivas, abuso de substâncias, hipertensão e/ou disfunções cardíacas (Carmassi et al., 2018). A PLP envolve diversos construtos transdiagnósticos como o evitamento, pensamentos intrusivos, fortes respostas fisiológicas ao stress e dificuldades na regulação emocional (Bui, 2018). Da perspetiva do LP, os sintomas de luto por si só não são atípicos nem patológicos, sendo caracterizada por sintomas normais de luto que permanecem demasiado intensos por um período demasiado longo (Carmassi et al., 2018).

O impacto da pandemia no luto

A pandemia da *SARS-CoV-2* é uma crise recente tendo causado mais de cinco milhões de mortes e mais de 250 milhões de infetados (Eisma et al., 2021; WHO Coronavírus

[COVID-19], 2021). Como tal, as perdas e lutos que ocorrem durante a atual crise mundial, vieram reforçar a importância do diagnóstico de PLP (Killikelly et al., 2021).

A pandemia, bem como o distanciamento físico que muitos países adotaram como medida para controlar a progressão das infeções por *SARS-CoV-2*, causaram disfunções nas rotinas quotidianas, assim como na experiência habitual vivida e subjetiva do luto (Aguiar et al., 2020). Em Portugal, foram publicadas algumas *guidelines* no começo da pandemia relativamente aos cuidados pós-morte, autópsia e cuidados mortuários, como por exemplo, dar preferência à cremação e/ou fechar o caixão (Direção Geral de Saúde [DGS], 2020). Os constrangimentos experienciados no momento da despedida, com peso cultural e religioso, podiam perturbar a família e o seu processo de luto (Aguiar et al., 2020). Adicionalmente, estes indivíduos podem não ter recebido o mesmo apoio a nível físico e/ou emocional de outros familiares e/ou amigos de períodos pré-pandemia. É importante ainda referir que as restrições se aplicavam tanto aos familiares falecidos infetados por *SARS-CoV-2*, como também a mortes de outras doenças neste mesmo período (Diolaiuti et al., 2021). Neste sentido, foram propostas algumas recomendações para garantir que as medidas de proteção da *SARS-CoV-2* fossem mais abrangentes e humanistas, permitindo, não só proteger a comunidade durante a pandemia, como também a possibilidade de realizar rituais de despedida adequados associados à perda de um ente querido, podendo ajudar familiares e amigos a lidar com a dor e o luto durante a pandemia, independentemente da causa da morte (Aguiar et al., 2020).

De acordo com vários autores, a forma de lidar com a perda no contexto pandémico, especialmente na presença da suscetibilidade individual e comorbilidades, pode afetar o processo de luto, aumentando a probabilidade de desenvolver PLP (Eisma et al., 2020; Gesi et al., 2020). Assim, devido ao elevado número de perdas ocorridas durante a pandemia e às medidas de contingência (e.g., distanciamento físico), o processo de luto tornou-se um aspeto fundamental a ser estudado, sobretudo dado o seu enorme impacto na saúde mental e ao risco acrescido de desenvolvimento de PLP (Diolaiuti et al., 2021)

CID-11 VS DSM-5

Recentemente a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu a Perturbação de Luto Prolongado (PLP) na revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11). Na PLP, após o falecimento de uma pessoa

considerada próxima, há uma resposta de luto caracterizada pelo desejo ou preocupação persistente em relação à pessoa falecida, acompanhada por uma intensa dor emocional (WHO, 2019). Os principais sintomas da PLP passam pela (1) ansiedade persistente e generalizada pelo falecido e (2) preocupação persistente e generalizada com o falecido, em que pelo menos um sintoma central e um dos outros dez sintomas que indiquem sofrimento emocional estão presentes, tais como: tristeza, culpa, raiva, negação, dificuldade em aceitar a morte, sentir que perdeu parte de si mesmo/a, incapacidade de experienciar humor positivo, dificuldade em envolver-se em atividades sociais e/ou entorpecimento emocional. Estes sintomas devem persistir durante, pelo menos, seis meses para esta perturbação ser diagnosticada (WHO, 2019). Ainda, a reação de luto deve exceder as normas tanto sociais como culturais e causar um mal-estar clinicamente significativo (Gonschor et al., 2020).

No DSM-5, a Perturbação de Luto Complicado e Persistente (PLCP) encontra-se na secção de Condições para Estudo Futuro, secção que apresenta os critérios propostos que merecem ser estudados futuramente, uma vez que a informação não era suficiente para garantir a inclusão desta Perturbação na Secção II (American Psychiatric Association [APA], 2014). A PLCP é caracterizada por reações intensas e prolongadas de luto que têm impacto no funcionamento quotidiano. Esta perturbação requer que os sintomas tenham uma duração mínima de doze meses, para adultos, após a perda de um familiar ou amigo e a presença de um distress significativo (APA, 2014). O diagnóstico requer, pelo menos, a presença de um sintoma central na maioria dos dias a um nível clinicamente significativo, entre os seguintes: (1) saudade persistente da pessoa falecida, (2) mágoa intensa e dor emocional em resposta à morte, (3) preocupação com a pessoa falecida, e (4) preocupação com as circunstâncias da morte. Adicionalmente, são necessários, pelo menos, seis sintomas associados, na maioria dos dias, tais como: dificuldade em aceitar o falecimento, entorpecimento emocional, dificuldade em lembrar de forma positiva o falecido, amargura ou raiva relacionadas com o falecimento, sentimentos de culpa e/ou evitamento excessivo de lembranças da perda, como por exemplo, locais ou situações associadas à pessoa falecida (APA, 2014). Tal como nas restantes perturbações presentes no DSM-5, os sintomas referidos têm de interferir com a rotina normal da pessoa ou causar um mal-estar clinicamente significativo, da mesma forma que estes sintomas têm de ser desproporcionais ou inconsistentes a nível cultural, religioso ou inadequado para a idade (Bui, 2018).

Na versão revista do DSM-5, a PLCP, que será designada por PLP e estará na secção II (Lenferink et al., 2022), inclui dois critérios em separado relativamente ao distress (ansiedade intensa pela pessoa falecida e preocupação que envolve pensamentos ou memórias da pessoa falecida) e oito sintomas associados, como por exemplo a solidão intensa (APA, 2021). Contrariamente à PLCP presente no DSM-5, a PLP no DSM-5-TR reconhece a possibilidade do início tardio dos sintomas além de doze meses após a perda (Prigerson et al., 2021). E, embora as perturbações venham a ter a mesma designação em ambos os manuais de diagnóstico, DSM-5-TR e CID-11, há critérios que diferem, como o critério relacionado com o tempo (doze meses VS seis meses após a morte, respetivamente), número de sintomas (10 VS 12, respetivamente) e o conteúdo dos sintomas, por exemplo, desejo de morrer para juntar-se ao falecido (Boelen et al., 2019), entre o DSM-5-TR e a CID-11 são igualmente diferentes (Lenferink et al., 2022). Além disso, são necessários mais sintomas para diagnosticar PLCP do que para a PLP (Boelen et al., 2019).

Fatores de risco e prevenção do luto prolongado

Considerando o período crítico que o mundo atravessa devido à pandemia, as estratégias de intervenção e prevenção devem focar-se na identificação dos fatores de risco e de proteção contra o aparecimento de PLP (Diolaiuti et al., 2021). Existem diversas variáveis, tais como natureza da relação com a pessoa falecida, os traços de personalidade, estilo de coping, historial psiquiátrico e comorbilidades, bem como fatores socioeconómicos, que podem afetar o processo de luto, fazendo com que este varie de indivíduo para indivíduo (Diolaiuti et al., 2021; Toftthagen et al., 2017). Deste modo, é importante perceber quais são os fatores de risco e de proteção que possam contribuir para o desenvolvimento de PLP.

Os fatores de risco que emergem de forma mais saliente são os níveis baixos de suporte social, o estilo de vinculação evitante, ansioso e/ou inseguro, a descoberta do corpo/cadáver (em casos de morte violenta), a insatisfação com a forma como foram informados da morte, ser cônjuge ou pai/mãe do falecido, níveis elevados de dependência marital prévios à morte e níveis elevados de neuroticismo (Burke & Neimeyer, 2013). Além disso, também existe um conjunto de fatores de risco para a PLP que incluem o historial de ansiedade de separação na infância (Vanderwerker et al., 2006), o controlo parental (Johnson et al., 2007) e a falta de preparação para a morte (Barry et al., 2002; Hebert et al., 2006).

Os sinais e os sintomas, a nível individual, podem incluir sentimentos de culpa relativamente à morte, pensamento constante sobre as circunstâncias do falecimento e sobre a possibilidade de ter feito algo para evitar o mesmo e sentimentos de entorpecimento, choque ou descrença em relação à morte (Toftthagen et al., 2017).

Instrumentos que avaliam o Luto

A avaliação psicológica é uma ferramenta de prevenção relevante e necessária para as pessoas enlutadas (Braz & Franco, 2017), visto que oferece uma visão mais ampla de cada indivíduo, permitindo antever o LP e possibilitando intervenções precoces, assim como o encaminhamento para serviços especializados e desenvolvimento de planos de prevenção (Souza et al., 2010).

Inventário do Luto Complicado (ICG)

O ICG (Prigerson et al., 1995) é um instrumento de autorrelato cujo objetivo passa por identificar sintomas tais como a ansiedade intensa e preocupação com a pessoa falecida, raiva e amargura pela morte, choque e descrença, isolamento social, alucinações com o falecido e mudanças comportamentais, incluindo comportamentos de evitamento ou procura de proximidade com os outros (Guldin et al., 2011).

A versão original é constituída por 19 itens e os respondentes classificam a frequência com que experienciaram cada item numa escala de cinco pontos, em que 0 corresponde a “nunca” e 4 a “sempre” (Carmassi et al., 2018). O ICG apresenta boas propriedades psicométricas, apresentando uma fiabilidade elevada com um valor de Alfa de *Cronbach* superior a .94 (Prigerson et al., 1995). Além disso tem sido usado com o intuito de avaliar a presença do luto complicado em diversos estudos (Carmassi et al., 2018). Está disponível uma versão modificada e reduzida do ICG (*Inventory of Complicated Grief Revised*), constituída por 15 itens com uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, com critérios funcionais e de curta duração (Guldin et al., 2011).

Brief Grief Questionnaire

A escala *Brief Grief Questionnaire* (Shear et al., 2006) foi originalmente desenvolvida para estudar os indivíduos que procuraram apoio após os ataques terroristas de 11 de Setembro, na cidade de Nova Iorque. Trata-se de uma escala facilmente aplicada de apenas cinco itens (Ito et al., 2012), relacionados com a dificuldade em aceitar a morte, a interferência da mesma na vida atual, pensamentos perturbadores relacionados com a morte,

evitamento de recordações da morte e sentimento de distanciamento dos outros (Ito et al., 2012). Esta escala revelou uma fiabilidade adequada com um Alfa de *Cronbach* igual a .75 (Ito et al., 2012).

Persistent Complex Bereavement Disorder Inventory (PCBI)

A escala PCBI (Lee, 2015) é uma escala de autorrelato constituída por 16 itens cujo objetivo é avaliar os sintomas da PLCP. Cada item é avaliado de acordo com uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (0 = nenhum/ de nenhum modo e 4 = severamente/ praticamente todos os dias), sendo baseada num relato subjetivo face à frequência com que cada sintoma foi experienciado desde a perda (Lee & Milman, 2022). Os itens estão divididos em três subescalas (luto central, angústia reativa e rutura social/identidade) e, quando somadas e divididas pelo número total de itens, fornecem uma medida da sintomatologia geral da PLCP. Pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de uma atividade em específico, perturbação ou traço (Lee, 2015). Relativamente às qualidades psicométricas, estas são sólidas, uma vez que o instrumento revelou uma forte consistência interna para as subescalas ($\alpha > .80$) e para o instrumento global ($\alpha > .90$) (Lee & Milman, 2022).

Traumatic Grief Inventory - Self Report (TGI-SR)

O TGI-SR (Boelen et al., 2018) inclui os 16 sintomas de PLCP e um sintoma adicional de PLP, mais concretamente o item 12 (“sentir-se chocado”), que não faz parte dos critérios da PLCP e o item 13 que está relacionado com um défice funcional. Os respondentes são instruídos a avaliar a frequência dos sintomas durante o mês anterior numa escala tipo *Likert* de cinco pontos (1- nunca a 5 - sempre), tendo em consideração uma morte recente ou, no caso de uma perda múltipla, a perda em particular que causou mais angústia. O TGI-SR pode ser aplicado em duas partes: a primeira parte é um inventário relacionado com os entes-queridos perdidos e a segunda parte é constituída por 18 itens que medem as reações de luto relacionadas com a perda mais dolorosa (Boelen et al., 2018). Esta medida pode ser usada para: (1) obter uma pontuação da gravidade da PLCP e/ou (2) um diagnóstico provisório da PLP sinalizando a necessidade de uma avaliação clínica adicional; (3) monitorizar as mudanças nos níveis da sintomatologia de PLCP e PLP em tratamento e estudo e (4) avaliar os tipos de perdas que as pessoas experienciaram, sendo isto especialmente relevante quando há perdas múltiplas (Boelen et al., 2018). Além disso, a escala total demonstrou uma boa fiabilidade de ($\alpha=.95$).

Escala de Luto Prolongado - Estudos psicométricos

A escala PG- 13 (Prigerson et al., 2009) foi apresentada durante o processo de desenvolvimento dos critérios de diagnóstico propostos para a inclusão no DSM 5 e CID-11. É uma escala constituída por 13 itens, usada para avaliar, continuamente, a intensidade do luto numa escala dimensional e de diagnosticar PLP de acordo com os critérios propostos para inclusão nos manuais previamente mencionados (Prigerson et al., 2021). O PG- 13 é composto por 11 questões de resposta tipo *Likert* de cinco pontos (1 - de modo nenhum a 5 - várias vezes ao dia) e duas questões dicotómicas de resposta “sim/não” que avaliam os sintomas de sofrimento relacionados com a separação e outros comportamentos cognitivo-emocionais específicos da PLP (Işıklı et al., 2020). Os itens 3 e 13, que correspondem às questões dicotómicas, avaliam os critérios de tempo (se passaram pelo menos seis meses do falecimento) e o comprometimento funcional e sócio-ocupacional (Işıklı et al., 2020). As 11 questões avaliam o distress causado pela separação, (e.g., saudade, preocupação em sentir falta do falecido), bem como sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais de LP, como por exemplo dificuldade em aceitar a morte, dificuldade em confiar nos outros, evitamento, sensação de vazio e/ou falta de sentido (Işıklı et al., 2020). A gravidade da PLP pode ser avaliada através da soma das pontuações obtidas a partir dos 11 itens.

A adaptação e validação do instrumento PG- 13 para a população portuguesa (Delalibera et al., 2010) foi realizada em várias fases, com base numa amostra constituída por cuidadores de doentes falecidos há, pelo menos, seis meses. Após obtido o consentimento da autora da escala original, foram realizadas duas traduções independentes para a língua portuguesa e duas retroversões. Todo o material obtido foi avaliado por um comité de peritos na área do luto, inclusive a própria autora do instrumento, resultando assim uma nova versão em português, cujo objetivo era obter uma equivalência semântica, conceptual e cultural (Delalibera et al., 2010).

Foi demonstrado que o instrumento é unifatorial, estando de acordo com a versão original e, através do teste Alfa de *Cronbach*, cujo valor foi igual a .93, demonstrou-se que o instrumento apresenta uma fiabilidade excelente.

O PG- 13 foi validado para outras populações, como por exemplo a brasileira, turca, sueca e italiana. Para a validação da população brasileira e turca foi realizada uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), tendo sido revelada, para ambas, uma estrutura unifatorial,

coincidente com a versão original (Delalibera et al., 2017; Işıklı et al., 2020). A validação para a população brasileira revelou uma fiabilidade muito boa, com um Alfa de *Cronbach* igual a .94 e a validação para a população turca revelou uma fiabilidade boa, com o Alfa de *Cronbach* igual a .90. A validação para a população sueca revelou um modelo com dois ou três fatores no entanto, estes resultados podem ser devidos à composição da amostra, visto ser constituída por pais que perderam filhos com cancro (Sveen et al., 2020). Relativamente à fiabilidade, esta revelou ser boa ($\alpha=.86$). Quanto à validação para a população italiana, esta apresentou uma estrutura unifatorial, tal como a versão original e revelou uma fiabilidade excelente, através do Alfa de *Cronbach* cujo valor é igual a .93 (De Luca et al., 2015).

A PG- 4 e a sua importância na definição dos fatores de risco da PLP

Uma vez que os lutos normais e agudos são intensos e dolorosos e, alguns dos sintomas da PLP são semelhantes aos de outras perturbações (e.g., depressão ou perturbação de stress pós-traumático), a identificação adequada das pessoas com LP pode ser difícil para os profissionais de saúde (Zisook & Shear, 2009). Em acréscimo, boas *guidelines* para a avaliação e o tratamento precoce são essenciais. Num estudo conduzido por Djelantik e colaboradores (2017) sobre os indicadores precoces das trajetórias de LP, foi utilizada a escala PG- 13 e efetuada a análise estatística dos 11 itens correspondentes aos critérios do DSM-5. Os investigadores realizaram análises *Receiver Operating Characteristic* (ROC) para cada um dos onze sintomas de modo a identificar os indicadores precoces e, posteriormente usaram um nível de sensibilidade de 0,80 como limite inferior para auxiliar na identificação. Após a análise da sensibilidade a um grupo de 200 pessoas, com uma prevalência de 10% de interesse, 16 pessoas seriam corretamente identificadas como estando em risco e quatro não seriam identificadas como tal (Djelantik et al., 2017). Posteriormente, verificou-se que os itens referentes a sintomas como a saudade, atordoamento, amargura e sensação de vida sem propósito eram os únicos itens com pontuações iguais ou superiores a quatro, e como tal considerados, pelos autores, como possíveis indicadores precoces da perturbação. De acordo com as análises realizadas pelos investigadores, o ponto de corte para identificar os enlutados em risco de desenvolver uma trajetória de luto problemática é ≥ 13 . Este primeiro estudo sobre indicadores precoces relacionados com trajetórias de LP em adultos poderá vir a permitir a identificação de enlutados em risco de desenvolver PLP e, potencialmente com maior necessidade de encaminhamento para uma avaliação mais completa e possível *follow-*

up para apoio especializado (Djelantik et al., 2017). O desenvolvimento da PG- 4 surgiu perante a necessidade de avaliar pessoas em risco de uma forma mais rápida e focada. E, de acordo com vários investigadores, as versões reduzidas das escalas permitem que estas sejam incluídas, mais facilmente, em projetos de investigação e, por outro lado, os clínicos defendem que estas possibilitam uma triagem mais rápida (Marwit & Meuser, 2005), da mesma forma que podem ser usados em diferentes contextos, tais como os cuidados de saúde primários e/ou psiquiatria (Rosner et al., 2021). Além de que, versões reduzidas, podem diminuir o impacto psicológico causado por questões relacionadas com sentimentos negativos (e.g., recordação da perda) tanto no contexto clínico como no de investigação (Tomita & Kitamura, 2002). Deste modo, escalas como a PG- 4, curtas e facilmente aplicáveis, permitem uma triagem mais rápida, possibilitando, não só, a identificação de indivíduos em risco (Tomita & Kitamura, 2002; Treml et al., 2022), bem como a redução do mesmo relativamente ao desenvolvimento de PLP e/ou de outra perturbação (Rosner et al., 2021).

Neste sentido, o objetivo deste estudo passa por validar a versão reduzida do PG- 13, i.e., PG- 4 (Djelantik et al., 2017) para a população portuguesa. Considerando os quatro indicadores mencionados anteriormente, estes podem ser usados como uma ferramenta de triagem, visto que é essencial identificar as pessoas em risco de desenvolver PLP ou PLCP e/ou estejam, atualmente, num período de luto. Permitindo, assim, desenvolver iniciativas preventivas de modo a limitar o impacto negativo na saúde (Lenger et al., 2020), uma vez que estas versões podem ser facilmente implementadas nos cuidados primários para identificar indivíduos em risco (Treml et al., 2022).

Método

Desenho de investigação

O estudo psicométrico de validação da versão portuguesa da PG- 4 faz parte de um projeto mais abrangente que envolve várias entidades de saúde e académicas, tendo este sido iniciado em 2020. Este projeto tem um desenho de investigação misto sequencial, sendo constituído por duas componentes, uma qualitativa e uma quantitativa com dois momentos. No entanto, a presente validação teve como foco o primeiro momento da componente quantitativa do projeto em questão, até seis meses após a morte da pessoa considerada próxima.

Amostra

Para a presente validação, pretendeu-se constituir uma amostra de tamanho adequado, de modo a obter resultados robustos nas Análises Fatoriais Exploratória e Confirmatória. Uma vez que se trata de uma escala de apenas quatro itens foi tido em conta o critério 20:1 de Osborne (2014), i.e., eram necessários, no mínimo, 80 participantes. De acordo com Hair e colaboradores (2019), é essencial tentar obter o maior número de casos por variável de modo a evitar o sobreajuste dos dados, ou seja, reduzir a probabilidade de os fatores obtidos através da análise corresponderem especificamente à amostra e serem pouco generalizáveis. Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência do tipo *snowball*, isto porque foi selecionado um participante por interesse com o intuito de partilhar com outros indivíduos, possibilitando o aumento do tamanho amostral (Maroco, 2007). Os critérios de inclusão eram: a) ter nacionalidade portuguesa; b) idade igual ou superior a 18 anos; c) estarem em processo de luto devido à perda de uma pessoa considerada próxima e d) óbito ocorrido após o estado de emergência nacional devido à pandemia, i.e., após o dia 11 de Março de 2020.

Neste sentido, o estudo é constituído por uma amostra de 175 participantes adultos, portugueses, enlutados há no máximo seis meses, dos quais 85,1% são do sexo feminino ($n = 149$), com idades compreendidas entre os 18 e os 77 anos ($M = 42,3$; $DP = 12,1$). Quanto ao estado civil, 58,3% ($n = 102$) são casados ou estão em situação de união de facto. Em relação à escolaridade, a maioria dos participantes são licenciados, o que corresponde a 38,9% ($n = 68$). No que diz respeito à situação profissional, 80,0% ($n = 140$) encontram-se no ativo. Quanto à pessoa falecida, a maioria era do sexo masculino (53,7%; $n = 94$), com idades compreendidas entre os 32 e os 98 anos ($M = 75,9$; $DP = 13,4$), tendo estas mortes ocorrido maioritariamente no hospital (54,3 %, $n = 95$). E, quanto à causa de morte, 39,2% ($n = 69$) foi devido a doença oncológica.

A participação dos indivíduos foi totalmente voluntária e consentida pelos mesmos, através do consentimento informado (ver anexo I) que assegurava o anonimato, bem como a confidencialidade de todos os dados recolhidos.

Tabela 1: *Características sociodemográficas da amostra (n = 175)*

Variável		n (%)
Sexo do participante	Masculino	26 (14,9%)
	Feminino	149 (85,1%)
Estado Civil	Solteiro	43 (24,6%)
	Casado / União de Facto	102 (58,3%)
	Viúvo	15 (8,6%)
	Divorciado	15 (8,6%)
Escolaridade	Ensino Básico	16 (9,1%)
	Ensino Secundário / Curso Técnico	38 (21,7%)
	Bacharelato	3 (1,7%)
	Licenciatura	68 (38,9%)
	Mestrado	46 (26,3%)
	Doutoramento	4 (2,3%)
Situação Profissional	Ativo	140 (80,0%)
	Desempregado	9 (5,1%)
	Reformado	8 (4,6%)
	Estudante	11 (6,3%)
	Inativo	4 (2,3%)
	Lay-off	3 (1,7%)
Sexo da pessoa falecida	Masculino	94 (53,7%)
	Feminino	81 (46,3%)
Local de óbito	Domicílio	41 (23,7%)
	Hospital	95 (54,3%)
	Lar	16 (9,2%)
	Unidade de Cuidados Paliativos	18 (10,4%)
	Unidade de Cuidados Continuados Integrados	1 (0,6%)
	Outro	2 (1,2%)

Causa de morte	Doença Oncológica	69 (39,2%)
	Insuficiência de órgãos	39 (22,2%)
	Doença Súbita	31 (17,6%)
	Outra	21 (11,9%)
	Doença Neurodegenerativa	9 (5,1%)
	Acidente	5 (2,8%)
	Homicídio	1 (0,6%)
	Suicídio	1 (0,6%)

Medidas/ Instrumentos

Questionário de Dados Sociodemográficos

Este questionário teve como objetivo recolher informações sociodemográficas através de variáveis como o género (masculino ou feminino), idade, estado civil, habilitações literárias, grau de parentesco da pessoa falecida, local de óbito e causa da morte.

Escala de Impacto de Evento (IES-6)

O IES-6 (Lopes, 2013) é uma escala de autorrelato, constituída por seis itens, sendo a versão reduzida da Escala de Impacto Revista (Vieira et al., 2021; Weiss & Marmara, 1996) de 22 itens. O IES-6 tem uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, sendo a pontuação total calculada a partir da média dos seis itens (Hosey et al., 2019). Além disso, apresenta uma boa fiabilidade, com um Alfa de *Cronbach* igual a .84. No presente estudo revela uma fiabilidade boa ($\omega = .86$). O objetivo da escala é avaliar o sofrimento subjetivo originado num evento específico, (perda), sendo que os participantes registam o evento e a data de ocorrência do mesmo no topo da página (Matos et al., 2011).

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

O MSPSS (Carvalho et al., 2011) é um instrumento constituído por doze itens distribuídos por três subescalas “Família”, “Amigos” e “Outros Significativos” cada uma com quatro itens. É ideal para investigações que necessitem do acesso a múltiplas variáveis e/ou populações que não consigam responder, por algum motivo, a um questionário longo. Além de que, os itens são de fácil compreensão (e.g., “Há uma pessoa especial que se encontra

próximo quando necessito”), permitindo aplicar a populações jovens ou com reduzidos níveis de escolaridade (Carvalho et al., 2011). Apresenta uma fiabilidade muito boa para as subescalas “Família” ($\alpha = .92$), “Amigos” ($\alpha = .91$) e “Outros Significativos” ($\alpha = .89$). Para a escala total apresenta uma fiabilidade igualmente muito boa ($\alpha = .92$). Na presente amostra, apresenta uma fiabilidade muito boa para as subescalas “Família” e “Outros Significativos” ($\omega = .91$), “Amigos” ($\omega = .95$). Para a escala total apresenta uma fiabilidade excelente ($\omega = .95$).

PG- 4

A escala PG- 4 (Djelantik et al., 2017) é constituída por quatro itens, como por exemplo “sinto saudades e ausência da pessoa que perdi”. Os itens são respondidos de acordo com uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, em que 0 corresponde a “nunca” e 4 a “sempre”. A versão original constituída por 13 itens apresenta uma boa fiabilidade ($\alpha = .91$).

Procedimentos

O projeto em questão foi aprovado pela Comissão de Ética das Administrações Regionais de Saúde Centro e Norte. Além disso, em termos éticos, foi tida em consideração a não recolha de amostra durante as épocas festivas (e.g., Natal e/ou Páscoa), uma vez que pode ser gerador de maior vulnerabilidade emocional nas pessoas enlutadas. A recolha foi iniciada em Maio de 2020 (no âmbito do projeto mais alargado) e concluída para o presente estudo no final de Março de 2022. Foi igualmente considerada a ordem dos questionários, de modo a deixar focos de menor ativação emocional (as questões sociodemográficas) para o final, potenciando a segurança emocional dos participantes após o preenchimento do questionário. Tal como referido previamente, neste estudo foi usada a amostra do primeiro momento do projeto mais abrangente, cujo falecimento não ultrapassasse os seis meses. De modo a angariar participantes para o projeto, recorreu-se a uma lista dos doentes falecidos após o dia 19 de Março de 2020, ou seja, na altura de emergência nacional, com indicação do médico de família e Agrupamento de Centros de Saúde e/ou Unidade Local de Saúde, tendo sido solicitada colaboração às Administrações Regionais de Saúde (ARS). Neste sentido, os investigadores entraram em contacto telefónico com os médicos de família que tinham pelo menos um utente falecido nas suas listas, tendo sido proposto que estes médicos contactassem, no mínimo, três pessoas próximas da pessoa falecida para as convidar a participar no estudo. Caso os adultos enlutados aceitassem participar, era-lhes explicado o estudo (e.g., objetivos do estudo, confidencialidade, vantagens e desvantagens em participar)

e era pedido para preencherem ou darem o consentimento informado verbalmente. O preenchimento do questionário podia ser realizado de duas formas: (1) telefonicamente, de modo a garantir que todos aqueles que não dominavam as tecnologias tinham a oportunidade de participar e (2) online, através de um link disponibilizado ao participante para este responder. Além disso, foi criado um site com o propósito de divulgar o estudo, bem como todas as informações pertinentes deste, sendo a divulgação realizada através das redes sociais. No âmbito do presente estudo, foi ainda desenvolvido um outro questionário online, através da plataforma *GoogleForms*, que engloba todos os instrumentos necessários para a validação em questão, de modo a ampliar a amostra, tendo a divulgação do mesmo terminado em Março de 2022.

Preparação de dados e análise estatística

Após a recolha da amostra necessária, procedeu-se ao tratamento de dados e, neste sentido, os dados recolhidos foram exportados do *GoogleForms* para o Excel e, posteriormente, para o software IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM-SPSS) Base versão 28.0 e *Jeffrey's Amazing Statistics Program* (JASP) versão 16.1 de modo a realizar os procedimentos estatísticos necessários, tendo sido estabelecido um nível de significância de 5% ($p < .05$).

Uma vez que as questões eram de carácter obrigatório, de modo a minimizar a existência de *missing values*, não foi verificada a presença de valores omissos nas escalas pertinentes para o presente estudo. Da mesma forma que foi analisada a existência de *outliers* para as variáveis quantitativas, através da média, desvio-padrão e gráfico *boxplot*, tendo sido encontrado somente um outlier para a idade da pessoa falecida, neste caso com a idade mais baixa. Todavia, segundo Kazdin (2017), quando a amostra é pequena (e.g., $n = 50$) a eliminação de participantes é problemática e considerando a dimensão amostral ($N = 175$), manteve-se o *outlier*.

Primeiramente foram calculadas as pontuações totais das três subescalas do MSPSS, bem como a pontuação total da mesma, do IES- 6 e do PG- 4 através do somatório das respostas dos participantes. Posteriormente foi realizada a estatística descritiva e sensibilidade (média, desvio-padrão, amplitude, mínimo, máximo, assimetria e curtose) dos quatro itens da versão reduzida do PG- 13.

Uma AFE foi realizada com o método de extração de resíduos mínimos (Minimum Residuals: MinRes; Harman & Jones, 1966), com recurso a uma matriz de correlação bivariada de *Pearson*. De modo a verificar a adequabilidade da matriz mencionada anteriormente à análise fatorial, foi usado o critério de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) que deve ser $\geq .70$. E, de modo a verificar o pressuposto da esfericidade foi usado o teste de *Bartlett* que possibilita perceber se as variáveis se encontravam ou não correlacionadas de forma significativa ($p < .05$). Relativamente à extração de fatores foi utilizado o critério de *Kaiser*, ou seja, foram selecionados fatores com valor superior à unidade (*eigenvalue* > 1), o gráfico de declividade e variância cumulativa explicada ($> 50\%$). O método da Análise Paralela (AP) com permutação de dados (Timmerman & Lorenzo-Selva, 2011) foi usado para auxiliar a decisão da retenção de fatores. A rotação aplicada foi a ortogonal (Varimax), não existindo associação entre fatores latentes, uma vez que a Escala PG- 4 aponta para uma estrutura unifatorial, sendo este o método de rotação mais aconselhável (Maroco, 2007). Os pesos fatoriais padronizados $\geq .40$ foram considerados substantivos (Volker et al., 2016). A análise foi conduzida via *software* JASP 16.1.

Quanto à AFC, as variâncias da variável foram definidas para a unidade com o propósito de identificar o modelo estrutural, tendo sido aplicado o procedimento Máxima-Verosimilhança. Foram usados múltiplos critérios de modo a avaliar a qualidade de ajustamento do modelo (Hair et al., 2009). O *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) foi utilizado como principal Índice de Ajustamento, sendo estes valores interpretados da seguinte forma: RMSEA inferior a .05 indica um bom ajustamento, entre .05 e .08 indica um ajustamento razoável, entre .08 e .10 indica ajustamento mediano e superior a .10 indica um ajustamento pobre (Byrne, 2009). Quanto aos valores do *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker Lewis Index* (TLI) e *Goodness Fit Index* (GFI), estes foram interpretados como indicadores de um Modelo de Ajustamento adequado, quando excederam .90 (Hu & Bentler, 1998).

A fiabilidade da PG- 4 foi analisada através do Ómega de *Mcdonald* no *software* JASP, isto porque, embora a literatura tenha mostrado que ω é uma medida de confiabilidade superior e preferida em relação a α de *Cronbach*, as duas medidas, normalmente, revelam estimativas de fiabilidade semelhantes quando aplicadas a dados reais (Hayes & Coutts, 2020).

Posteriormente foi analisada a validade convergente com a IES- 6, sendo expectável que seja significativo ($p < .05$), tendo uma associação moderada a forte e, a validade divergente foi testada com o instrumento MSPSS e com uma questão relacionada com a doença mental, sendo expectável que não haja uma associação significativa ($p > .05$). A magnitude da correlação foi avaliada de acordo com os critérios estabelecidos por Cohen (1988), em que $r > .10$ é considerada fraca, $r > .30$ é considerada moderada e $r > .50$ é considerada forte.

Resultados

Estatística Descritiva e Sensibilidade

Com o objetivo de descrever e sumarizar os dados recolhidos foram usadas medidas de localização central (média), medidas de dispersão (desvio-padrão e amplitude), assim como medidas de forma (assimetria e curtose). O item 1, referente ao sentimento de saudade e ausência da pessoa perdida, revelou ser o item com média mais elevada e, o item 3 alusivo ao sentimento de vida vazia ou sem significado sem a pessoa perdida, revelou ser o item com média mais baixa. O item 4 foi aquele que demonstrou maior variabilidade. Relativamente à curtose e assimetria, todos os itens apresentaram valores adequados, apontando para uma distribuição normal univariada, estando isto de acordo com o critério liberal $[-2; 2]$ (Field, 2009; Ver tabela 2)

Tabela 2: Estatística Descritiva para os itens da Escala de Luto Prolongado (Versão Reduzida) com a amostra total ($N=175$)

Item	Conteúdo	M (DP)	Min-Max	Assimetria (erro)	Curtose (erro)
1	Sinto saudades (...)	4,15 (0,89)	1-5	-0,91 (0,18)	0,61 (0,37)
2	Sinto-me (...)	3,27 (1,25)	1-5	-0,24 (0,18)	-0,9 (0,37)
3	A minha vida (...)	2,69 (1,24)	1-5	0,16 (0,18)	-0,97 (0,37)
4	Sinto (...)	3,29 (1,35)	1-5	-0,41 (0,18)	-1,04 (0,37)

Análise Fatorial Exploratória (AFE)

Com o objetivo de conhecer de que forma a PG- 4 se encontra organizada, foi realizada uma AFE com base nas respostas de uma amostra composta por 175 participantes. O critério KMO revelou uma boa adequação aos dados ($KMO = .82$) e rejeitou-se o pressuposto da esfericidade [$X^2 (6) = 299.10, p < .001$], através do teste de esfericidade de *Bartlett*, demonstrando que as variáveis se encontram correlacionadas de forma significativa.

Os resultados da AP apontaram para uma estrutura unifatorial (percentil 95%), i.e., com apenas um fator, explicando 60.0% da variância total. Os valores das comunicações foram elevados (todos $h^2 > .30$) o que indica que a variância dos itens é devidamente explicada pelo fator (tabela 3).

Tabela 3: Resultados da Análise Fatorial Exploratória da PG- 4 (N=175)

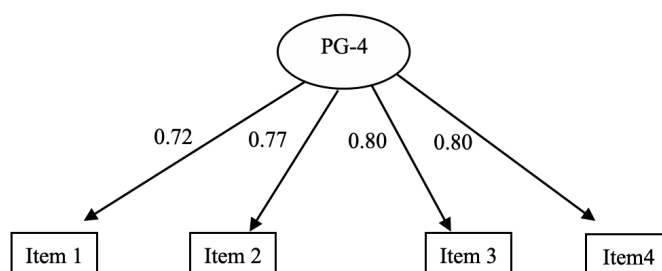
Item PG- 4	Peso fatorial	h^2
Fator 1		
3. A minha vida (...)	.81	.65
4. Sinto (...)	.80	.63
2. Sinto-me (...)	.77	.60
1.Sinto (...)	.72	.52

Nota: Método de extração Resíduos Mínimos com rotação ortogonal (Varimax). Pesos fatoriais acima de .40 estão a negrito

Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

O modelo unifatorial revelou um bom ajustamento, $TLI = 1.00$, $CFI = 1.00$, $GFI = 1.00$ e $RMSEA = 0.000$; 90% CI [.00, .14].

Figura 1: Resultados da Análise Fatorial Confirmatória da PG- 4 (N=175)



Fiabilidade

Relativamente à fiabilidade da escala PG- 4, esta foi muito boa ($\omega = .86$), com correlação média inter-item de .59 (DeVellis, 2017).

Validade Convergente

Para analisar a validade convergente realizou-se o cálculo da correlação bivariada de *Pearson* do *score* total da PG- 4 com pontuação total da IES-6. O resultado observado foi uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa ($r = .78$; $p < .001$), indicando a existência de validade convergente entre as duas escalas (Cohen, 1988).

Validade Divergente

A validade divergente foi analisada através da correlação bivariada de *Pearson* entre a PG-4 e as subescalas do instrumento MSPSS, bem como *score* total do MSPSS. Os resultados demonstram correlações negativas e não significativas para duas subescalas, “Família” ($r = -.08$; $p = .315$) e “Outros significativos” ($r = -.11$; $p = .154$), bem como para o *score* total da escala ($r = -.13$; $p = .091$). Para a subescala “Amigos” demonstrou haver uma associação negativa fraca e estatisticamente significativa ($r = -.16$; $p = .039$).

A validade divergente foi igualmente analisada com a questão da Doença Mental, através da correlação Bivariada de *Pearson*. O resultado demonstrou não existir uma correlação estatisticamente significativa entre o PG- 4 e a presença de doença mental ($r = -.02$; $p = .812$).

Discussão

A PG- 4 resulta de um estudo conduzido por Djelantik e colaboradores (2017) em que, a partir da análise estatística dos 11 itens da PG- 13, concluíram que os itens relacionados com a saudade, atordoamento, amargura e sensação de vida sem propósito são os possíveis indicadores precoces de LP. Contrariamente à versão original, que pretende diagnosticar LP, a PG- 4 pode ser usada como ferramenta de triagem através da identificação dos referidos indicadores precoces da perturbação. Como tal, este estudo teve como objetivo validar para a população portuguesa a PG- 4, estudando as suas características psicométricas através das Análises Fatoriais (Exploratória e Confirmatória), validade convergente e divergente, bem como a fiabilidade do instrumento numa amostra da população adulta enlutada portuguesa.

De acordo com Almeida e Freire (2008), os quatro itens revelam uma sensibilidade adequada, uma vez que apresentam uma distribuição normal quando os valores da assimetria e curtose encontram-se entre o intervalo -2 e 2. Relativamente aos resultados das Análises Fatoriais realizadas, ficou clara, a partir da AFE, uma estrutura unidimensional do PG- 4 e, por sua vez, a AFC revelou ser ajustada aos dados, confirmando a estrutura de um só fator. Quanto à fiabilidade da escala PG- 4, revelou um valor muito bom através do Ómega de *McDonald* ($\omega = .86$).

Por fim, a validade convergente foi analisada através da correlação bivariada de *Pearson* com a IES- 6, tendo sido revelado um resultado positivo e significativo o que indica a existência de validade convergente entre as duas escalas mencionadas anteriormente. Quanto à validade divergente, esta foi analisada através da correlação bivariada de *Pearson* com o instrumento MSPSS (subescalas e escala total) e com a questão relacionada com a saúde mental. Para as subescalas “Família” e “Outros Significativos”, bem como para a escala total do MSPSS e questão sobre doença mental, foi demonstrada a existência de validade divergente. Todavia, para a subescala “Amigos”, foi revelada uma associação fraca e significativa, existindo validade divergente, embora residual, entre a escala PG- 4 e a subescala em questão.

Limitações do estudo e sugestões para estudos futuros

Este estudo contribuiu para o enriquecimento de instrumentos relacionados com o LP para a população portuguesa, uma vez que se trata da versão reduzida de uma escala que tem como objetivo avaliar indicadores precoces de PLP. Apresenta, no entanto, algumas limitações.

Os instrumentos usados são de autorrelato e, como tal, pode existir alguma imprecisão nas respostas devido a mal interpretações das questões (Treml et al., 2022) por parte dos participantes causadas pela perceção de cada um, assim como características pessoais dos mesmos, podendo enviesar os resultados do presente estudo. Além disso, pode-se apontar como possível limitação a amostra ser não probabilística, do tipo *snowball*, ou seja, não é possível estabelecer representatividade da população portuguesa. Em acréscimo, a amostra do presente estudo é constituída, maioritariamente, por participantes do sexo feminino, algo comum na maioria dos estudos sobre luto, levando a uma sub-representação dos homens (Treml, et al., 2022). Tanto clínicos como investigadores defendem que as

mulheres e os homens divergem na forma como sofrem, i.e., os homens são menos propensos a exibir emoções fortes e mais predispostos a evocar distrações (e.g., trabalho), enquanto as mulheres são vistas como mais expressivas e dispostas a procurar apoio (Doka & Martin, 2010). Da mesma forma que os homens apresentam sintomas de angústia (e.g., depressão) durante o processo de luto, o que pode estar relacionado com a dificuldade em atribuir um significado à perda e/ou insegurança em articular a experiência do luto, bem como menos oportunidades em compartilhar as suas histórias e de apoio (Stelzer et al., 2019), o que, segundo Stroebe e colaboradores (2001) pode dificultar a verbalização do luto por parte dos homens. Além disso, é essencial ter em consideração as normas sociais relativamente ao sexo masculino, uma vez que é esperado que os homens tenham controlo emocional e auto-confiança, o que pode dificultar, não só a procura de ajuda quando estão em sofrimento, como também reconhecer o próprio sofrimento/dor (Addis & Hoffman, 2017). Neste sentido, num estudo futuro, seria importante que a amostra fosse mais equilibrada entre sexo feminino e masculino.

Apesar do critério do tamanho amostral estar cumprido (20:1) seria importante que este fosse superior de modo a garantir a qualidade dos procedimentos estatísticos e, de acordo com vários autores são recomendadas amostras superiores a 300, assegurando um tamanho amostral adequado para a realização das Análises Fatoriais (Pais Ribeiro, 2010; Tabachnick & Fidell, 2018). Além disso, o presente estudo apresenta *overfitting*/sobreajuste dos dados. O *overfitting* ocorre quando os resultados encontrados são muito bons o que impossibilita a generalização para determinada população (Tabachnick & Fidell, 2018), da mesma forma que dificulta a replicação dos resultados num novo estudo e, para que tal aconteça é essencial ter um tamanho amostral adequado (Babyak, 2004). Por sua vez é importante ter em consideração que a recolha decorreu durante um período pandémico, o que poderá ter influenciado a experiência relativamente à perda de cada participante, uma vez que existiram restrições quanto à despedida da pessoa falecida que podiam perturbar a família bem como o processo de luto. Por outro lado, a maioria dos falecimentos devem-se a doença oncológica que, por si só, é uma doença prolongada e, como tal, permitiu a realização de um luto antecipatório. Neste sentido, é importante que a validação desta escala continue a ser estudada, numa fase pós-pandemia, de modo a aprimorar a escala em questão, aumentar o

conhecimento científico sobre o LP e, averiguar a manutenção dos bons indicadores de fiabilidade.

Quanto à validade convergente, esta apresenta uma correlação demasiado elevada, revelando sobreposição de construtos entre as duas escalas, visto que a IES- 6 mede o impacto de um evento considerado stressante e/ou traumático (Vieira et al., 2021). Por norma estes acontecimentos são muito intensos, prejudicando a capacidade da pessoa adaptar-se, visto que englobam sensações como, por exemplo, atordoamento, descrença, culpa (Albuquerque et al., 2021) à semelhança do luto. No que diz respeito à validade divergente, seria importante que esta fosse avaliada com um outro instrumento, que examine um construto teoricamente não relacionado (e.g., depressão), de modo a garantir um maior número de evidências da adequabilidade do instrumento PG- 4. Como referido acima, existe uma sobreposição de sintomas entre a PLP e a depressão (e.g., tristeza, falta de interesse, desesperança, isolamento social) e, embora semelhantes a nível emocional, diferem a nível cognitivo (Wittkowski & Scheuchenpflug, 2021).

Implicações para a prática clínica

Perante a percentagem significativa (9,8% - 20%) de enlutados com LP (Lundorff et al., 2017; Shear et al., 2011) é útil para os clínicos a existência de instrumentos como a PG-4, que permitam identificar enlutados em risco de desenvolver uma trajetória problemática de luto e/ou PLP (Djelantik et al., 2017). Considerando os cuidados primários e outros contextos em que o tempo é escasso, não permitindo uma entrevista completa aos enlutados que apresentam queixas (Ito et al., 2012; Jordan & Litz, 2014), os instrumentos breves e facilmente aplicáveis são úteis, uma vez que possibilitam esta avaliação, com recursos mínimos, por parte dos profissionais de saúde (Lee & Neimeyer, 2020). Além disso, o conhecimento proporcionado pelo instrumento em questão, permite auxiliar os clínicos nas suas tomadas de decisão relativamente ao encaminhamento dos enlutados para uma avaliação mais ampla e/ou possível *follow-up*, de modo a evitar a patologização (Lenferink et al., 2021). Ainda, considerando o contexto pandémico e as restrições existentes, há um aumento da probabilidade dos enlutados desenvolverem sintomas de PLP (Mitima-Verloop et al., 2022), justificando a urgência de escalas como a PG- 4, facilmente aplicáveis e curtas, que permitam realizar uma triagem mais rápida e, por sua vez, identificar indivíduos em risco (Tomita & Kitamura, 2002; Trembl et al., 2022). Da mesma forma, com esta escala é possível tornar o

acompanhamento mais eficaz a nível de custos e organização (Djelantik et al., 2017), visto que a identificação precoce de indivíduos em risco permite reduzir as complicações de LP, bem como diminuir os custos relacionados com os serviços de saúde e diminuir o risco de uma baixa qualidade de vida (Genevro & Miller, 2010).

Em contexto de investigação, as versões reduzidas das escalas permitem aos investigadores aceder a um vasto número de construtos num período menor, ou seja, uma das vantagens do uso de questionários mais curtos recai na obtenção de mais variáveis e, por sua vez, na possibilidade de testar mais hipóteses alternativas (Widaman et al., 2011).

Como previamente referido os homens têm menos oportunidade para partilhar as suas experiências relacionadas com o luto, fazendo com que estes sejam mais vulneráveis a problemas de saúde durante o período de luto agudo (Stroebe et al., 2001). Além de que, os homens enlutados recebem pouco apoio, mas é expectável que estes apoiem os outros (Doka & Martin, 2010). E, por sua vez, as mulheres são mais vulneráveis a desenvolver depressão ou LP (Stroebe & Stroebe, 1983). Neste sentido, reforça-se a importância da identificação precoce, porque embora a maioria dos indivíduos enlutados acabem por adaptar-se à perda de uma pessoa considerada próxima, com mais ou menos sucesso, há uma minoria significativa e identificável que irá experienciar LP e incapacitante. Além disso, é essencial ter em consideração que o impacto do LP está associado a uma sintomatologia mais grave, como uma pior saúde mental, perturbações a nível do sono, dificuldades sociais, aumento do uso de substâncias, sintomas somáticos e internamentos (Boelen & Prigerson, 2007). Da mesma forma que o LP tem a capacidade de impactar diversas áreas da vida do enlutado, como por exemplo a nível financeiro, laboral/profissional, entre outros (Maccallum & Bryant, 2019). Neste sentido, o impacto que o LP tem na vida dos indivíduos enlutados, reforça a importância do desenvolvimento de instrumentos curtos, como a escala PG- 4, que permitem avaliar o LP e identificar enlutados em risco. Além de que estes instrumentos podem ser usados em diferentes contextos de cuidados de saúde (e.g., cuidados primários, psiquiatria), uma vez que a identificação precoce dos sintomas pode, não só, potencialmente, reduzir o risco do desenvolvimento de PLP e/ou de outra perturbação, como também permite o encaminhamento e possível *follow-up* dos indivíduos em risco (Djelantik et al., 2017; Lenferink et al., 2021; Rosner et al., 2021).

Portanto, um diagnóstico de PLP tem a capacidade de melhorar a deteção e o tratamento de forma eficaz, melhorando igualmente o funcionamento pessoal e social prejudicado por esta perturbação (Prigerson et al., 2009). E, como tal são essenciais instrumentos fiáveis e válidos para avaliar as populações enlutadas ajustados à linguagem e características das mesmas (Delalibera et al., 2017).

Referências Bibliográficas

- Addis, M., & Hoffman, E. (2017). Men's depression and help-seeking through lenses of gender. In R. Levant & Y. Wong, *The Psychological of Men and Masculinities* (1^a ed). American Psychological Association.
- Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2020). Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 33(13). <https://doi.org/10.20344/amp.14345>
- Albuquerque, S., Coelho, A., Teixeira, A., & Santos, A. (2021). Luto Complicado: Concetualização, Avaliação e Intervenção. In S. Gabriel, M. Paulino & T. Baptista, *Luto – Manual de Intervenção Psicológica* (1^a ed). PACTOR
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5.a ed.). Psiquilíbrios edições.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5a Ed.). Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. View and comment on recently proposed changes to DSM–5 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/proposed-changes> (acedido a 14 de Novembro, 2021).
- Babyak, M. (2004). What You See May Not Be What You Get: A Brief, Nontechnical Introduction to Overfitting in Regression-type Models. *Psychosomatic Medicine*, 66 (3), 411-421. <https://doi.org/10.1097/00006842-2004050000-00021>
- Barry, L., Kasl, S., & Prigerson, H. (2002). Psychiatric Disorders Among Bereaved Persons: The Role of Perceived Circumstances of Death and Preparedness for Death. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 447-457. <https://doi.org/10.1097/00019442-200207000-00011>
- Boelen, P., Djelantik, A., de Keijser, J., Lenferink, L., & Smid, G. (2018). Further validation of the Traumatic Grief Inventory-Self Report (TGI-SR): A measure of persistent complex bereavement disorder and prolonged grief disorder. *Death Studies*, 43(6), 351-364. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1480546>
- Boelen, P., & Prigerson, H. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European Archives*

- of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257 (8), 444-452. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0744-0>
- Boelen, P., Spuij, M., & Lenferink, L. (2019). Comparison of DSM-5 criteria for persistent complex bereavement disorder and ICD-11 criteria for prolonged grief disorder in help-seeking bereaved children. *Journal Of Affective Disorders*, 250, 71-78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.046>
- Braz, M., & Franco, M. (2017). Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 37(1), 90-105. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>
- Bui, E. (2018). *Clinical handbook of bereavement and grief reactions* (1ª ed.). Humana Press
- Burke, L., & Neimeyer, R. (2013). Prospective risk factors for complicated grief. In M. Stroebe, H. Schut & J. Van den Bout, *Complicated Grief: Scientific Foundations for Health Care Professionals* (1ª ed.). Taylor & Francis Group.
- Byrne, B. M. (2009). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2ª ed.). New York: Routledge/Taylor & Francis.
- Carmassi, C., Bertelloni, C., & Dell'Osso, L. (2018). Grief Reactions in Diagnostic Classifications of Mental Disorders. In E. Bui, *Clinical Handbook of Bereavement and Grief Reactions* (1ª ed.). Humana Press.
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS). *Psychologica*, (54), 331-357. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_13
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). L. Erlbaum Associates
- Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2010). Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 24(935-942).
- Delalibera, M., Delalibera, T., Franco, M., Barbosa, A., & Leal, I. (2017). Adaptação e validação brasileira do instrumento de avaliação do luto prolongado – PG-13. *Psicologia - Teoria E Prática*, 19(1). <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p94-106>

- De Luca, M., Greco, R., & Palummieri, A. (2015). Adattamento e validazione del questionario "PG-13) Prolonged Grief nel contesto italiano. *Rivista Italiana Di Cure Palliative*, XVII(2).
- De Stefano, R., Muscatello, M., Bruno, A., Cedro, C., Mento, C., Zoccali, R., & Pandolfo, G. (2020). Complicated Grief: A systematic review of the last 20 years. *International Journal Of Social Psychiatry*, 67 (5), 492 – 499. <https://doi.org/10.1177/0020764020960202>
- DeVellis, R.F. (2017). *Scale Development: Theory and Applications* (4ª ed). Sage.
- Diolaiuti, F., Marazziti, D., Beatino, M., Mucci, F., & Pozza, A. (2021). Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement disorder. *Psychiatry Research*, 300, 113916. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113916>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2020). *Circular Normativa*
- Djelantik, A., Smid, G., Kleber, R., & Boelen, P. (2017). Early indicators of problematic grief trajectories following bereavement. *European Journal Of Psychotraumatology*, 8(sup6), 1423825. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1423825>
- Doka, K., & Martin, T. (2010). *Grieving Beyond Gender – Understanding the ways men and woman mourn* (2ª ed). Routledge
- Eisma, M., Boelen, P., & Lenferink, L. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>
- Eisma, M., Tamminga, A., Smid, G., & Boelen, P. (2021). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal Of Affective Disorders*, 278, 54-56. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3a Ed.). Sage Publications.
- Genevro, J., & Miller, T. (2010). The Emotional and Economic Costs of Bereavement in Health Care Settings. *Psychologica Belgica*, 50 (1-2), 69. <https://doi.org/10.5334/pb-50-1-2-69>
- Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I., & Dell'Osso, L. (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Frontiers In Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00489>

- Gonschor, J., Eisma, M., Barke, A., & Doering, B. (2020). Public stigma towards prolonged grief disorder: Does diagnostic labeling matter?. *Plos ONE*, 15(9), e0237021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237021>
- Guldin, M., O'Connor, M., Sokolowski, I., Jensen, A., & Vedsted, P. (2011). Identifying bereaved subjects at risk of complicated grief: Predictive value of questionnaire items in a cohort study. *BMC Palliative Care*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1472-684x-10-9>
- Hair, J., Anderson, R., Babin, B., & Black, W. (2019). *Multivariate data analysis* (8^a ed.). Cengage.
- Harman, H. H., & Jones, W. H. (1966). Factor Analysis by minimizing residuals (minres). *Psychometrika*, 31, 351-368. <https://doi.org/10.1007/BF02289468>
- Hayes, A., & Coutts, J. (2020). Use Omega Rather than Cronbach's Alpha for Estimating Reliability. *Communication Methods And Measures*, 14(1), 1-24. <https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629>
- Hebert, R., Dang, Q., & Schulz, R. (2006). Preparedness for the Death of a Loved One and Mental Health in Bereaved Caregivers of Patients with Dementia: Findings from the REACH Study. *Journal Of Palliative Medicine*, 9(3), 683-693. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.683>
- Hosey, M., Leoutsakos, J., Li, X., Dinglas, V., Bienvenu, O., & Parker, A. et al. (2019). Screening for posttraumatic stress disorder in ARDS survivors: validation of the Impact of Event Scale-6 (IES-6). *Critical Care*, 23 (1). <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2553-z>
- Hu, L., & Bentler, P. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424-453. <https://doi.org/10.1037/1082-989x.3.4.424>
- Ito, M., Nakajima, S., Fujisawa, D., Miyashita, M., Kim, Y., & Shear, M. et al. (2012). Brief Measure for Screening Complicated Grief: Reliability and Discriminant Validity. *Plos ONE*, 7(2), e31209. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031209>
- Işıklı, S., Keser, E., Prigerson, H., & Maciejewski, P. (2020). Validation of the prolonged grief scale (PG-13) and investigation of the prevalence and risk factors of prolonged grief

- disorder in Turkish bereaved samples. *Death Studies*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1745955>
- Johnson, J., Zhang, B., Greer, J., & Prigerson, H. (2007). Parental Control, Partner Dependency, and Complicated Grief Among Widowed Adults in the Community. *Journal Of Nervous & Mental Disease*, 195(1), 26-30. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000252009.45915.b2>
- Jordan, A., & Litz, B. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45 (3), 180-187. <https://doi.org/10.1037/a0036836>
- Kazdin, A. (2017). *Research design in clinical psychology* (5.a ed.). Pearson.
- Killikelly, C., Smid, G., Wagner, B., & Boelen, P. (2021). Responding to the new International Classification of Diseases-11 prolonged grief disorder during the COVID-19 pandemic: a new bereavement network and three-tiered model of care. *Public Health*, 191, 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.10.034>
- Lee, S. (2015). The Persistent Complex Bereavement Inventory: A Measure Based on the DSM-5. *Death Studies*, 39(7), 399-410. <https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1029144>
- Lee, S., & Milman, E. (2022). The Persistent Complex Bereavement Inventory (PCBI). In R. Neimeyer, *New Techniques of Grief Therapy - Bereavement and Beyond* (1ª ed., p. 73). Routledge.
- Lee, S., & Neimeyer, R. (2020). Pandemic Grief Scale: A screening tool for dysfunctional grief due to COVID-19 loss. *Death Studies*, 46(1), 14-24. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1853885>
- Lenferink, L., Eisma, M., Smid, G., de Keijser, J., & Boelen, P. (2022). Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI – SR+). *Comprehensive Psychiatry*, 112, 152281. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>
- Lenger, M., Neergaard, M., Guldin, M., & Nielsen, M. (2020). Poor physical and mental health predicts prolonged grief disorder: A prospective, population-based cohort

- study on caregivers of patients at the end of life. *Palliative Medicine*, 34(10), 1416-1424. <https://doi.org/10.1177/0269216320948007>
- Lopes, A. (2013). *Convergent Validity of Impact of Event Scale-Revised and Impact of Event Scale-6 Portuguese Versions* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte.
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Maccallum, F., & Bryant, R. (2019). A Network Approach to Understanding Quality of Life Impairments in Prolonged Grief Disorder. *Journal Of Traumatic Stress*, 33(1), 106-115. <https://doi.org/10.1002/jts.22383>
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística Com Utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Marwit, S., & Meuser, T. (2005). Development Of A Short Form Inventory To Assess Grief In Caregivers Of Dementia Patients. *Death Studies*, 29(3), 191-205. <https://doi.org/10.1080/07481180590916335>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (2011). O Impacto Traumático de Experiências de Vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale - Revised. *Psychologica*, (54), 413-438. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_16
- Mitima-Verloop, H., Mooren, T., Kritikou, M., M., & Boelen, P. (2022). Restricted Mourning: Impact of the COVID-19 Pandemic on Funeral Services, Grief Rituals, and Prolonged Grief Symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.878818>
- Nakajima, S. (2018). Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philosophical Transactions Of The Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170273. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0273>
- Osborne, J. W. (2014). *Best practices in exploratory factor analysis*. CreateSpace Independent Publishing Platform.

- Pais Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (2ª ed.). Placebo, Editora LDA.
- Prigerson, H., Boelen, P., Xu, J., Smith, K., & Maciejewski, P. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96-106. <https://doi.org/10.1002/wps.20823>
- Prigerson, H., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C., Aslan, M., & Goodkin, K. et al. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *Plos Medicine*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newsom, J., & Fasiczka, A. et al. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Rosner, R., Comtesse, H., Vogel, A., & Doering, B. (2021). Prevalence of prolonged grief disorder. *Journal Of Affective Disorders*, 287, 301-307. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.058>
- Shear, K., Jackson, C., Essock, S., Donahue, S., & Felton, C. (2006). Brief Grief Questionnaire. *Psyctests Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t62516-000>
- Shear, M., McLaughlin, K., Ghesquiere, A., Gruber, M., Sampson, N., & Kessler, R. (2011). Complicated grief associated with Hurricane Katrina. *Depression and Anxiety*, 28(8), 648-657. <https://doi.org/10.1002/da.20865>
- Souza, A. M., Moura, D. S. C., & Pedroso, J. S. (2010). Instrumento de avaliação do luto e suas funções terapêuticas: a experiência de um serviço de pronto atendimento ao enlutado. In M. H. P. Franco (Org.), *Formação e rompimento de vínculos*. Summus.
- Stelzer, E., Atkinson, C., O'Connor, M., & Croft, A. (2019). Gender differences in grief narrative construction: a myth or reality?. *European Journal Of Psychotraumatology*, 10(1), 1688130
- Stroebe, M., & Stroebe, W. (1983). Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowed. *Psychological Bulletin*, 93 (2), 279-301. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.93.2.279>

- Stroebe, M., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Gender Differences in Adjustment to Bereavement: An Empirical and Theoretical Review. *Review Of General Psychology*, 5(1), 62-83. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.1.62>
- Sveen, J., Bondjers, K., Heinsoo, J., & Arnberg, F. (2020). Psychometric Evaluation of the Swedish Version of the Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13) in a Bereaved Mixed Trauma Sample. *Frontiers In Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.541789>
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2018). *Using Multivariate Statistics* (7^a ed., p. 512). Pearson.
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16(2), 209-220.
- Toftthagen, C., Kip, K., Witt, A., & McMillan, S. (2017). Complicated Grief: Risk Factors, Interventions, and Resources for Oncology Nurses. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 21(3), 331-337. <https://doi.org/10.1188/17.cjon.331-337>
- Tomita, T., & Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief: A reconsideration. *Comprehensive Psychiatry*, 43(2), 95-102. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.30801>
- Treml, J., Brähler, E., & Kersting, A. (2022). Prevalence, Factor Structure and Correlates of DSM-5-TR Criteria for Prolonged Grief Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.880380>
- Vanderwerker, L., Jacobs, S., Parkes, C., & Prigerson, H. (2006). An Exploration of Associations Between Separation Anxiety in Childhood and Complicated Grief in Later Life. *Journal Of Nervous & Mental Disease*, 194(2), 121-123. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198146.28182.d5>
- Vieira, C., Paixão, R., Silva, J., & Vicente, H. (2021). Versão Portuguesa da Impact Of Event Scale – Revised (IES-R). *Psique*, XVI, nº1. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.xvi.1.2>
- Volker, M. A., Dua, E. H., Lopata, C., Thomeer, M. L., Toomey, J. A., Smerbeck, A. M., Rodgers, J. D., Ropkin, J. R., Nelson, A. T., & Lee, G. K. (2016). Factor Structure, Internal Consistency, and Screening Sensitivity of the GARS-2 in a Developmental Disabilities Sample. *Autism Research and Treatment*, 2016(8243079), 1–12. [doi:10.1155/2016/8243079](https://doi.org/10.1155/2016/8243079)
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale - Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). Guilford.

- Widaman, K., Little, T., Preacher, K., & Sawalani, G. (2011). On creating and using short forms of scales in secondary research. In K. Trzeniewski, M. Donnellan & R. Lucas, *Secondary Data Analysis: An Introduction for Psychologists* (1ª ed). American Psychological Association.
- Wittkowski, J., & Scheuchnpflug, R. (2021). Evidence on the Conceptual Distinctness of Normal Grief From Depression. *European Journal of Health Psychology*. 28 (3). 101-110. <http://doi.org/10.1027/2512-8442/a000077>
- World Health Organization Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Covid19.who.int. (2021). Recuperado a 11 de Novembro de 2021, através <https://covid19.who.int>
- World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases* (11ª ed). Recuperado a 6 de Junho de 2022, através <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67-74. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x>

Anexos

Anexo 1 - Termo de consentimento informado

O objetivo do estudo é explorar o impacto da perda e os fatores envolvidos e a sua influência no processo de luto.

Este estudo envolve várias entidades académicas e de saúde e foi aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde Centro e Norte.

Quem pode participar neste estudo?

Podem participar neste estudo todas as pessoas maiores de 18 anos que tenham sofrido uma perda significativa.

O que me será pedido?

Ser-lhe-á pedido que responda às questões que vão ser apresentadas sobre si e a sua experiência de luto. O questionário durará aproximadamente 25 minutos. Não existem respostas certas nem erradas, o importante é que responda com sinceridade. O preenchimento do presente questionário poderá constituir uma experiência difícil, na medida em que poderão surgir emoções e memórias dolorosas. Pode também constituir um momento de crescimento pessoal, pois promove a reflexão sobre a sua experiência e o modo como tem lidado com a sua perda.

As minhas respostas são confidenciais?

Toda a informação recolhida será totalmente confidencial e será garantido o anonimato. Os dados só serão utilizados para fins de investigação. Não haverá nenhum dado pessoal recolhido que permitirá saber quem responde. Somente os elementos da equipa da investigação têm acesso aos dados e estes dados serão tratados, apenas, de forma conjunta, ou seja, em conjunto com as respostas das outras pessoas que participaram.

E se eu começar a responder às questões, mas não terminar?

Trata-se de um estudo voluntário, se decidir não participar, em qualquer momento e por qualquer motivo, pode interromper a sua participação.

Agradecemos, desde já, o tempo disponibilizado e também a sua participação, caso seja esse o seu desejo.