



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

FILIPA ALEXANDRA GOULART VALENTIM

***A Redescoberta do Luto e Sua Psicopatologia nas
Classificações Contemporâneas***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR JOSÉ LUÍS PIO ABREU

MARÇO 2017

Índice

Resumo.....	2
Abstract	3
1. Introdução	4
2. Pesquisa Bibliométrica.....	8
2.1 Metodologia.....	8
2.2 Resultados.....	10
3. Pesquisa bibliográfica	13
3.1 Metodologia.....	13
3.2 Resultados.....	14
3.2.1 Clínica e Diagnóstico	14
3.2.2 Tratamento	23
4. Discussão	28
4.1 Nomenclatura.....	28
4.2 Clínica e Diagnóstico.....	30
4.3 Tratamento.....	33
5. Conclusão.....	35
6. Agradecimentos	37
7. Bibliografia	38

Resumo

Neste trabalho de revisão procurámos esclarecer determinados aspetos de uma patologia que continua a levantar imensas questões na comunidade médica e científica: o Luto Patológico.

Para tal, realizámos inicialmente uma pesquisa bibliométrica, uma vez que existe uma enorme confusão relativamente à designação desta patologia na língua inglesa. Seguidamente procurámos esclarecer qual a melhor forma de diagnosticar estes doentes e qual o tratamento indicado para os ajudar, dado que à luz das classificações atuais ainda não existe um consenso.

A discórdia na nomenclatura perpetua-se pela desigualdade de terminologia utilizada pelas duas entidades DSM-V e ICD-11, que utilizam “Persistent Complex Bereavement Disorder” e “Prolonged Grief”, respetivamente. Embora esta divergência tenha consequências nocivas em termos diagnósticos, a introdução desta patologia nas classificações mais atuais e o estabelecimento de critérios diagnósticos para a mesma (embora provisórios), trás uma nova esperança para estes doentes.

Em termos terapêuticos a controvérsia é menor, tendo sido possível apurar que as técnicas cognitivo-comportamentais atingem melhores resultados nestes doentes. Neste trabalho serão descritas e discutidas as variações destas técnicas, assim como os achados da sua associação com terapêuticas farmacológicas.

Palavras Chave: Luto Patológico, Nomenclatura, Clínica, Diagnóstico, Tratamento.

Abstract

In this revision article we've tried to clarify certain aspects of a pathological entity that continues to raise multiple questions in the medical and scientific community: Complicated Grief.

Initially we executed a bibliometric survey, since there is an enormous confusion regarding the designation of this disease in the english language. We then sought to clarify how to diagnose these patients and how to treat them, given that there is still no consensus in the current classifications.

The quarrel in the nomenclature is perpetuated by the difference of terminology used by the two entities DSM-V and ICD-11, which use "Persistent Complex Bereavement Disorder" and "Prolonged Grief", respectively. Although this divergence has harmful consequences in terms of diagnosis, the introduction of this disease in the most current classifications and the establishment of diagnostic criteria (although provisional), brings new hope for these patients.

In terms of therapy, there is not so much controversy, as it was understandable that cognitive-behavioral techniques have better results in these patients. In this paper we will describe and discuss the variations of these techniques, as well as the effects of its association with pharmacological therapies.

Key words: Complicated Grief, Nomenclature, Clinical Traits, Diagnosis, Treatment.

1. Introdução

O luto é definido como a reação psicológica e fisiológica à perda, vivida pela grande maioria da população em determinada altura da vida. Consoante o contexto cultural do indivíduo, a forma como o luto é vivido pode sofrer algumas variações (1).

Sigmund Freud foi pioneiro na investigação da reação humana à perda e da diferença entre o processo de luto normal e anormal, clarificando a inutilidade da intervenção clínica nas reações normais à perda (2). Ramsey estabelece posteriormente os diferentes estados da reação normal à perda, que devem ser superados num intervalo de tempo limitado. Estes estados são então o choque, a negação, a depressão, a culpa, a ansiedade e a reintegração, que ocorrem habitualmente por esta ordem. No caso do luto anormal, a sequência é “bloqueada” e estende-se por períodos anormalmente longos (3). Estas fases podem ser constatadas durante a análise dos sonhos do indivíduo que sofreu a perda, análise esta que pode ser utilizada na intervenção terapêutica dos casos em que o luto é anormal (4).

No seu artigo, Sigmund Freud distinguiu o luto da melancolia, nome pelo qual eram designadas as atuais depressões ou, na sua versão oficial, a “Depressão Major”(2).

As depressões constituem uma das doenças mais antigas. Os primeiros indícios da sua existência podem ser lidos no Antigo Testamento da Bíblia (notavelmente perante um caso de perda, a história de Job), e posteriormente são explorados por Hipócrates sem que nunca fosse atingido um consenso sobre a sua psicopatologia (5, 6) .

A Depressão Major, tal como é atualmente definida nos consensos diagnósticos, pode ter diversas etiologias, sendo uma das principais, a perda. Sendo a perda um acontecimento frequente, têm-se procurado outras causas para a perturbação, bem como sintomas que a possam distinguir das reações à perda. Kurt Schneider fala da “depressão vital” como

fenómeno incompreensível, mas os autores contemporâneos consideram o subcritério de melancolia como distintivo das depressões reativas (3, 7).

Estas distinções têm levantado discussão, a ponto da DSM-V considerar agora a possível sobreposição do luto com a Depressão Major (1, 7, 8).

Vários estudos têm demonstrado que o Luto Patológico (LP) é de facto uma síndrome, ou seja, os doentes que apresentam LP manifestam sintomas que, no seu conjunto, não são sobreponíveis com outra psicopatologia, embora muitas vezes se observe a coexistência desta entidade com outros tipos de distúrbios psiquiátricos preexistentes, como a depressão ou perturbações da ansiedade (1, 9-11).

Embora não tenha sido atingido um consenso, pensa-se que a percentagem de indivíduos com LP possa atingir cerca de 10% da população enlutada, sendo esta percentagem superior em situações particulares como a perda de um filho (12). Variações na incidência e prevalência podem também ser atribuídas a diferenças culturais ou à administração de diferentes critérios de diagnóstico, uns mais inclusivos do que outros (13).

No luto normal verifica-se um aumento do risco relacionado com determinados distúrbios físicos e mentais. No entanto, o LP apresenta não só um risco ainda mais elevado para esses mesmos distúrbios, como um novo leque de vulnerabilidades que não podem ser associadas ao luto normal (14).

Uma manifestação das consequências físicas associadas ao LP são os distúrbios observados na variação dos níveis de cortisol salivar. Nos doentes com LP, comparativamente aos indivíduos com um luto normal, existe uma menor variação destes níveis, com uma menor concentração de cortisol ao acordar e uma maior concentração desta hormona ao final do dia (15, 16). Outro achado relevante nestes doentes foi a diminuição das capacidades cognitivas e

menor volume total cerebral quando comparados com enlutados “normais” ou não enlutados (17).

Assim, as sequelas associadas ao LP podem impedir o indivíduo de realizar as tarefas normais do dia-a-dia, promover o doente a iniciar o uso de substâncias psicoativas, estar na origem de uma diversidade de patologias físicas e mentais e ainda impulsionar as tentativas de suicídio (1, 15, 18).

Na língua inglesa, o LP levanta imensas questões em termos de nomenclatura. Tal ocorre pela existência de três termos que, erradamente, são muitas vezes utilizados como sinónimos: *Bereavement* (que corresponde à ocorrência da perda), *Mourning* (que significa o processo de luto) e *Grief* (que diz respeito ao pesar causado pela perda) (19, 20).

Ao longo do tempo, os três termos *Bereavement*, *Mourning* e *Grief* foram combinados com diferentes expressões que, de uma forma geral, indicam algo que não corresponde à evolução habitual. Estas numerosas combinações deram origem a uma quantidade significativa de designações para o LP, sem que fosse alcançado um consenso universal.

Na língua portuguesa, até há poucos anos, não existiam quaisquer dúvidas em termos de nomenclatura. No entanto, as classificações pelas quais nos orientamos (DSM e ICD) são traduções de originais escritos em inglês. Desta forma, surge na DSM-V o primeiro indício de que a terminologia “Luto Patológico” possa vir a entrar em desuso, estando esta patologia intitulada de “Perturbação de Luto Complexo Persistente”. No entanto, esta patologia ainda se encontra numa categoria provisória, podendo sofrer alterações na próxima edição. Assim, neste trabalho optámos por manter a designação “Luto Patológico”, não só por ser a mais antiga e conhecida, mas também porque no seu nome contém a essência do que efetivamente ocorre, um processo de luto que se torna patológico. Para além do mais, herdar da língua

inglesa problemas de nomenclatura que não existem na nossa língua não parece fazer grande sentido (21).

Assim, o primeiro objetivo deste trabalho será examinar, através de uma análise bibliométrica, a nomenclatura mais utilizada e perceber se os autores que se debruçam sobre este tema estão a utilizar a terminologia mais correta e atual.

O segundo objetivo será procurar critérios diagnósticos de elevada qualidade e tentar perceber se existe uma concordância entre os profissionais desta área. Esta é uma questão de elevada importância, uma vez que à luz das classificações atuais não existe ainda uma aceitação total da singularidade desta patologia e seus critérios diagnósticos.

Por fim, serão apurados os tratamentos mais adequados para estes doentes e a sua aceitação e aplicação por parte dos profissionais desta área.

2. Pesquisa Bibliométrica

2.1 Metodologia

Em primeiro lugar foi elaborada uma pesquisa bibliométrica. Não existindo um consenso relativamente à nomenclatura inglesa para Luto Patológico, não foi possível utilizar o software MeSH (Medical Subject Headings) para a pesquisa de todos os termos equivalentes a Luto Patológico. Assim, esta pesquisa bibliométrica foi importante não só para definir os termos que serviriam de base à pesquisa bibliográfica, mas também para perceber a evolução de cada termo ao longo do tempo, relativamente à sua maior ou menor utilização pelos especialistas nesta área.

Numa leitura prévia sobre o tema, foram recolhidos os termos utilizados na língua inglesa para a designação de “Luto”, assim como os termos utilizados para a caracterização desse mesmo luto como “Patológico”, formando dois grupos de termos. Posteriormente foram realizadas todas as combinações possíveis entre os dois grupos de termos (Tabela 1).

Tabela 1 - Grupos de termos e combinações usadas para a pesquisa bibliométrica

		1º Grupo de Termos		
		<i>Grief</i>	<i>Mourning</i>	<i>Bereavement</i>
2º Grupo de Termos	<i>Pathological</i>	<i>Pathological Grief</i>	<i>Pathological Mourning</i>	<i>Pathological Bereavement</i>
	<i>Complicated</i>	<i>Complicated Grief</i>	<i>Complicated Mourning</i>	<i>Complicated Bereavement</i>
	<i>Prolonged</i>	<i>Prolonged Grief</i>	<i>Prolonged Mourning</i>	<i>Prolonged Bereavement</i>
	<i>Long-term</i>	<i>Long-term Grief</i>	<i>Long-term Mourning</i>	<i>Long-term Bereavement</i>
	<i>Abnormal</i>	<i>Abnormal Grief</i>	<i>Abnormal Mourning</i>	<i>Abnormal Bereavement</i>
	<i>Atypical</i>	<i>Atypical Grief</i>	<i>Atypical Mourning</i>	<i>Atypical Bereavement</i>
	<i>Traumatic</i>	<i>Traumatic Grief</i>	<i>Traumatic Mourning</i>	<i>Traumatic Bereavement</i>

Seguidamente foram utilizadas duas bases de dados para a avaliação da utilização de cada combinação, o PubMed e o Google Académico. Em ambas as bases de dados foram realizados dois tipos de pesquisa distintos. No primeiro, a combinação de termos foi pesquisada apenas no título do artigo, o que permitiu filtrar somente os artigos cujo tema era efetivamente a patologia em foco. No segundo tipo de pesquisa, a combinação foi procurada em qualquer parte do artigo, evidenciando assim os termos que a maioria da comunidade científica utiliza para designar esta patologia, mesmo quando o foco do artigo não é o LP. Em

qualquer um dos tipos de pesquisa, a combinação foi pesquisada entre aspas, de forma a que só fossem gerados resultados referentes à combinação dos termos e não a cada termo individualmente.

2.2 Resultados

Os Gráficos 1, 2, 3 e 4 evidenciam os resultados da pesquisa bibliométrica, utilizando as combinações apresentadas na Tabela 1, a ser discutidos ao longo deste trabalho.

Gráfico 1 - Resultados da pesquisa realizada na base de dados Google Acadêmico, procurando as combinações nos títulos dos trabalhos.

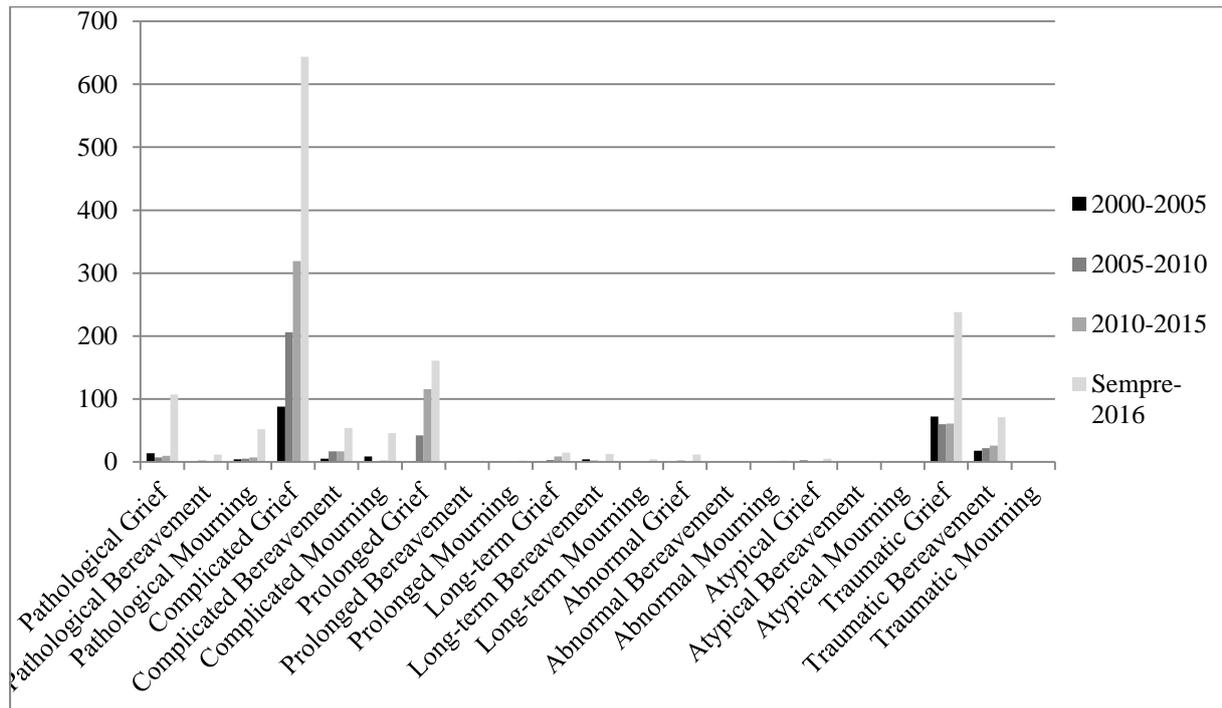


Gráfico 2 - Resultados da pesquisa realizada na base de dados PubMed, procurando as combinações nos títulos dos trabalhos.

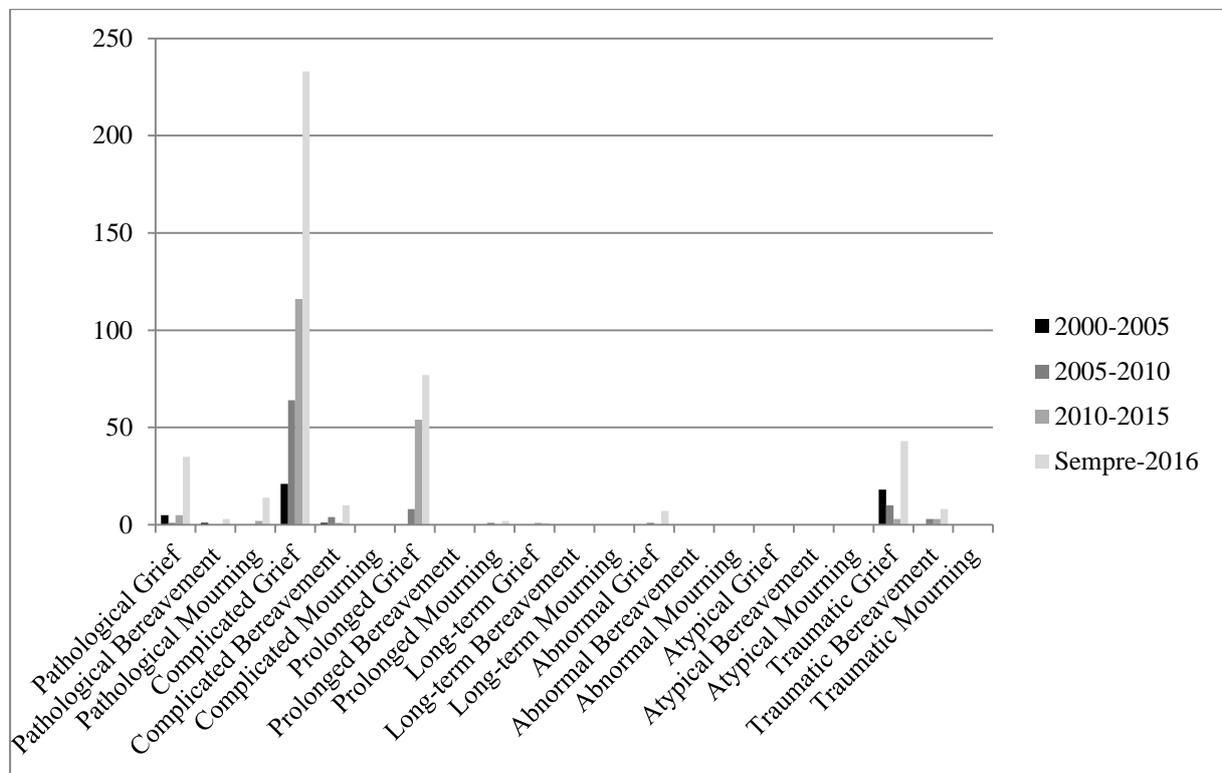


Gráfico 3 - Resultados da pesquisa realizada na base de dados Google Acadêmico, procurando as combinações em qualquer parte dos trabalhos.

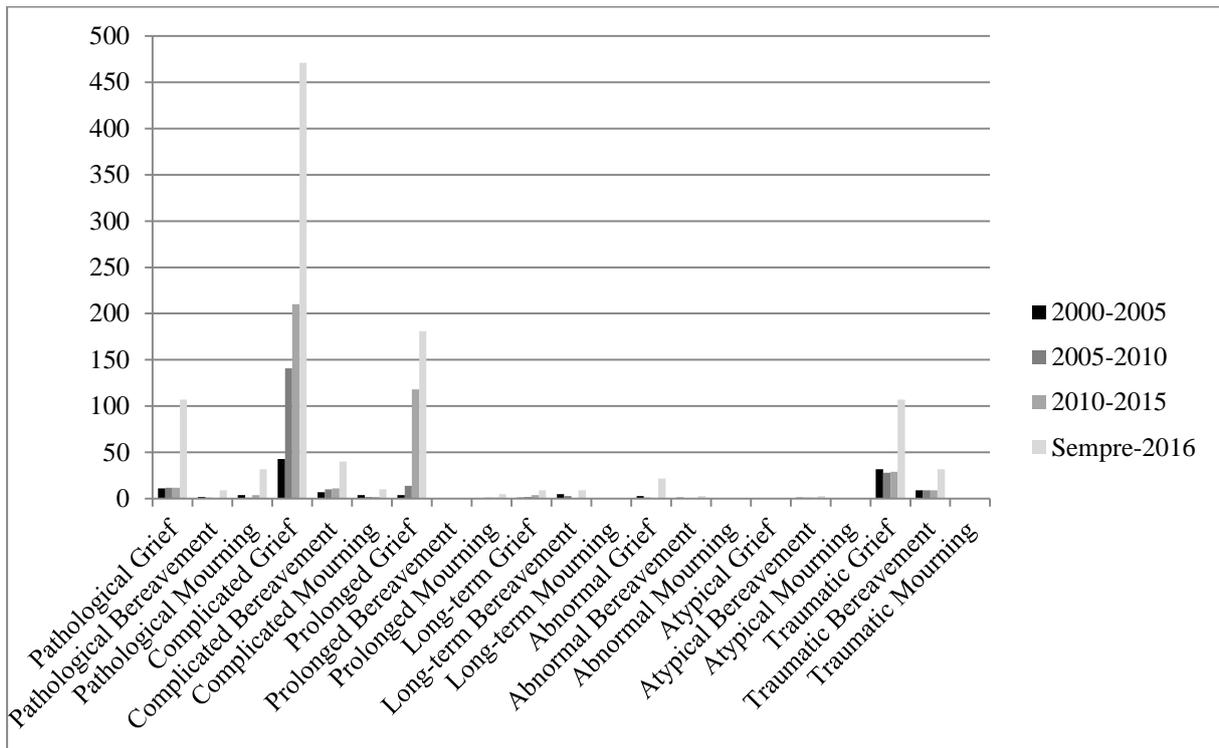
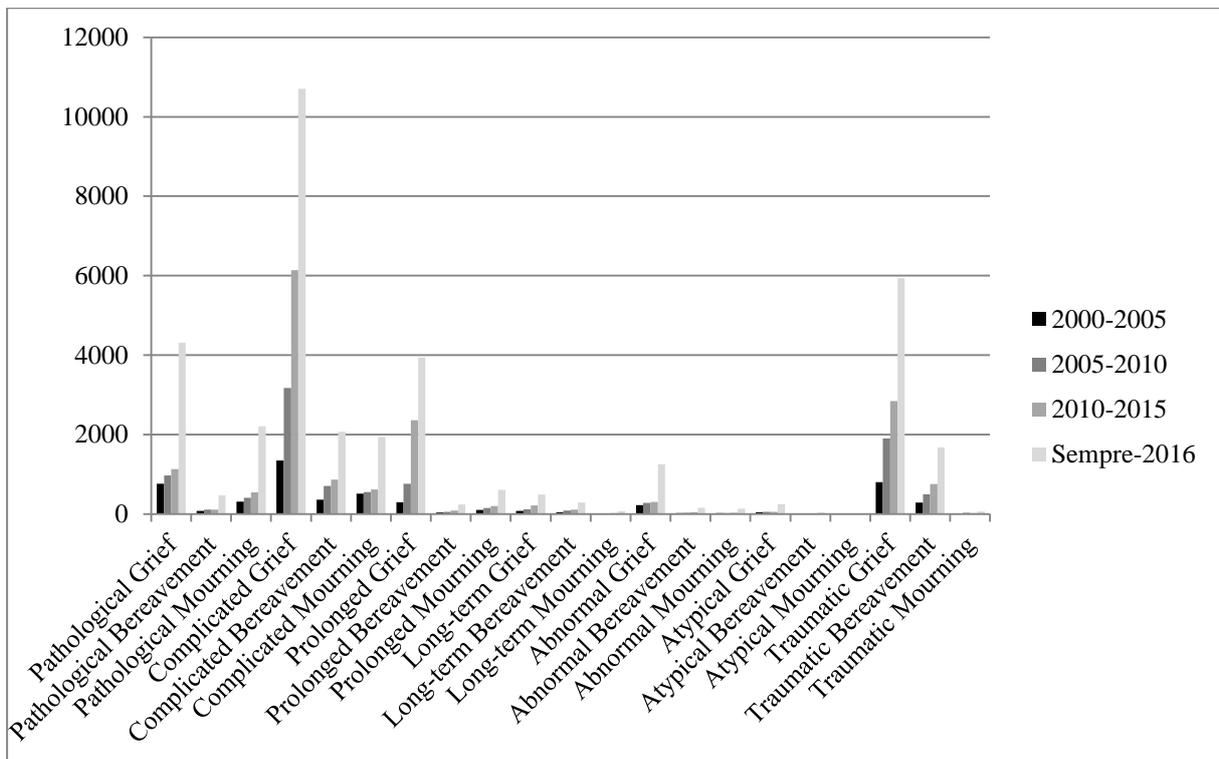


Gráfico 4 - Resultados da pesquisa realizada na base de dados PubMed, procurando as combinações em qualquer parte dos trabalhos.



3. Pesquisa bibliográfica

3.1 Metodologia

A escolha das combinações mais apropriadas para o desenvolvimento da pesquisa bibliográfica teve em conta a utilização crescente e frequente dessas mesmas combinações em qualquer uma das bases de dados. Assim, foi utilizada a base de dados *PubMed* e a equação de pesquisa foi “*Complicated Grief*” OR “*Prolonged Grief*” OR “*Pathological Grief*”. A esta equação foram aplicados alguns filtros, sendo eles a existência dos termos pesquisados no título do artigo, a inclusão de trabalhos realizados unicamente na espécie humana, nas línguas portuguesa e inglesa e com data de publicação desde 1 de Janeiro de 2005 até ao presente.

Foram encontrados 238 artigos e após leitura dos títulos e abstracts foram incluídos na bibliografia 48 trabalhos. Para que fossem selecionados, os artigos tinham de cumprir critérios de inclusão, que consistiam no estudo da nomenclatura, clínica, diagnóstico e tratamento do LP na população em geral, na ocorrência da morte natural de um ente querido. Foram adicionados mais 11 artigos e 6 livros à base bibliográfica, pois apesar de não cumprirem os critérios de pesquisa já mencionados, eram de grande importância para a compreensão do tema. A base bibliográfica deste trabalho consiste então em 65 elementos.

A base de dados Index (Revistas Médicas Portuguesas) foi também pesquisada utilizando o termo “Luto Patológico”, mas nenhum artigo correspondia aos critérios de seleção.

3.2 Resultados

3.2.1 Clínica e Diagnóstico

Da análise efetuada podemos inferir que três equipas lideradas pela investigadora Holly Prigerson lançaram, entre 1995 e 2009, três algoritmos de diagnóstico para o LP. Até 1995 não tinham sido estabelecidos critérios universalmente aceites para o seu reconhecimento enquanto síndrome. Nesse sentido surge então o *Inventory of Complicated Grief* (10).

Este consiste num conjunto de 19 *items* traduzidos na Tabela 2, especificamente relacionados com o luto, aos quais os doentes têm de responder numericamente de acordo com a frequência dos sintomas que apresentam (0 – nunca, 1 – raramente, 2 – por vezes, 3 – frequentemente, 4 – sempre) . A versão original da Tabela 2 encontra-se no Anexo 1. O *Inventory of Complicated Grief* foi estabelecido de forma a apresentar uma elevada especificidade, uma vez que é somente constituído por sintomas relacionados com o LP.

Um *score* superior a 25 foi estabelecido como critério de diferenciação entre um luto normal e um luto anormal. Este foi o valor estabelecido uma vez que os doentes com *score* superior a 25 mostraram ter um estado geral significativamente pior, quer em termos físicos, mentais e sociais, assim como uma maior probabilidade de consequências negativas a longo prazo (9, 10).

Tabela 2 - Tradução do *Inventory of Complicated Grief*

1. Penso tanto no/a falecido/a que é difícil fazer o que habitualmente fazia... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
2. Memórias do/a falecido/a perturbam-me... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
3. Sinto que não consigo aceitar a morte do/a falecido/a... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
4. Sinto saudade profunda do/a falecido/a... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
5. Sinto-me atraído/a por sítios e locais associados ao(à) falecido/a... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
6. Não consigo evitar sentir raiva com a morte do/a falecido/a... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
7. Sinto descrença relativamente ao que sucedeu... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
8. Sinto-me atordoado/a com o sucedido... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
9. Desde a morte que tenho dificuldade em confiar nas pessoas... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
10. Desde a morte que sinto ter perdido a capacidade de me importar com outras pessoas ou sinto-me distante das pessoas de quem gosto... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
11. Sinto dor nas mesmas áreas do meu corpo ou sinto sintomas semelhantes aos do/a falecido/a... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
12. Faço um esforço por evitar circunstâncias que me façam lembrar o/a falecido/a... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
13. Sinto que a vida é “vazia” sem a pessoa falecida... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
14. Ouço a voz do/a falecido/a a falar comigo... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
15. Vejo à minha frente a pessoa que faleceu... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
16. Sinto injusto que eu possa estar vivo enquanto o/a falecido/a não está... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
17. Sinto-me revoltado com a morte do/a falecido/a... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
18. Sinto inveja das pessoas que ainda não perderam um ente querido... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre
19. Sinto-me sozinho/a a maioria das vezes desde a morte do/a falecido/a... () Nunca () Raramente () Por vezes () Frequentemente () Sempre

Em 1997, Mardi Horowitz e a sua equipa, tendo como ponto de partida o *Inventory of Complicated Grief* e associando os critérios de entrevista clínica estruturada para a DSM-III, formularam um novo processo diagnóstico. Esta nova proposta colocada por Mardi Horowitz dividia 30 sintomas em três categorias: sintomas intrusivos e sintomas evasivos ou de má adaptação à perda. A Tabela 3 corresponde à tradução desta proposta de diagnóstico e o Anexo 2 apresenta a versão original.

Tabela 3 - Tradução da proposta de diagnóstico de Mardi Horowitz, em 1997

<p>A. Critérios relativos ao acontecimento/ critérios de resposta prolongada Morte de um/a ente querido/a há pelo menos 14 meses (os 12 meses foram evitados pela possível reação ao aniversário da morte).</p>
<p>B. Critérios relativos a sinais e sintomas No último mês, três dos sete sintomas com intensidade suficiente para perturbar o dia-a-dia normal do/a doente.</p> <p><u>Sintomas intrusivos</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Memórias espontâneas ou fantasias intrusivas relacionadas com a relação perdida.2. Episódios angustiantes de emoções fortes relacionadas com a relação perdida.3. Saudades ou desejos intensos e angustiantes que o/a falecido/a estivesse com ele/a. <p><u>Sintomas de evitamento e má adaptação</u></p> <ol style="list-style-type: none">4. Sentimentos de solidão ou de “vazio” pessoal.5. Afastamento de pessoas, locais ou coisas que façam lembrar o/a falecido/a.6. Perturbações do sono.7. Grande perda de interesse em atividades de trabalho, sociais, de cuidado com os outros ou de lazer, a um ponto considerado mal adaptativo.

Holly Prigerson, em 1999, lança um segundo algoritmo de diagnóstico (traduzido na Tabela 4), usando como base o trabalho desenvolvido em 1995. Para tal baseia-se na divisão dos sintomas em dois grupos: sintomas de ansiedade de separação (grupo A) e sintomas de stress traumático (grupo B), que se consideravam presentes ou ausentes, consoante o/a doente

os classificasse com 4-5 ou 1-3 respectivamente, numa escala de 1 a 5. A equipa concluiu que na presença de três a quatro sintomas do grupo A e de quatro sintomas do grupo B, durante mais de 2 meses, podia afirmar-se com segurança a presença de LP.

A validade deste algoritmo foi reforçada em 2007 pela equipa de Paul Boelen, tendo sido possível averiguar que o algoritmo apresentava uma especificidade e sensibilidade aceitáveis independentemente do tempo decorrido desde a morte ou da forma como esta aconteceu. No entanto, foi estabelecido um tempo mínimo de 6 meses desde a morte até à aplicação do algoritmo, o que não fazia parte do trabalho original (22).

Tabela 4 - Tradução da proposta diagnóstica da investigadora Holly Prigerston de 1999

<p>Critério A</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Morte de um/a ente querido/a. 2. Resposta envolve 3 dos 4 sintomas abaixo descritos, com alguma frequência: <ol style="list-style-type: none"> a) Pensamentos intrusivos sobre a/o falecido/a; b) Saudades do/a falecido/a; c) Busca pelo/a falecido/a; d) Solidão como consequência da morte.
<p>Critério B – Como resposta à morte, 4 dos 8 sintomas são vivenciados como maioritariamente verdade:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentir que não tem propósito ou sentir futilidade relativamente ao futuro; 2. Sentimento subjetivo de entorpecimento, separação, ou ausência de resposta emocional; 3. Dificuldade em aceitar a morte (e.g. descrença); 4. Sentir que a vida é vazia ou sem sentido; 5. Sentir que parte de si morreu; 6. Visão distorcida do mundo (e.g. perda da sensação de segurança, confiança, controlo); 7. Assume os sintomas ou comportamentos auto lesivos do/a falecido/a, ou relacionados com o/a mesmo/a; 8. Irritabilidade, “amargura”, ou raiva excessivas relacionadas com a morte.
<p>Critério C</p> <p>Duração da perturbação (sintomas referidos) pelo menos durante dois meses.</p>
<p>Critério D</p> <p>A perturbação interfere significativamente com as áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas do funcionamento.</p>

Em 2009, a investigadora Holly Prigerston e a sua equipa levaram a cabo um trabalho de validação de um novo algoritmo de diagnóstico para o LP com base nos seus trabalhos anteriores, evidenciado no Anexo 4 e traduzido na Tabela 5. Este algoritmo tem como base a presença de uma saudade intensa do/a falecido/a que provoca sofrimento físico e emocional, associada a 5 de 9 sintomas vivenciados diariamente e que causam uma disfunção global significativa (23). A presença ou ausência dos sintomas foi feita de acordo com os critérios já mencionados, utilizados no trabalho anterior, ou seja, eram considerados presentes ou ausentes, consoante o/a doente os classificasse com 4-5 ou 1-3 respectivamente, numa escala de 1 a 5 (23).

Tabela 5 - Tradução da proposta diagnóstica da investigadora Holly Prigerston de 2009

Categoria	Definição
A.	<u>Evento:</u> Morte de ente querido/a
B.	<u>Stress de separação:</u> A pessoa que perdeu o/a ente querido/a experiencia saudade (sofrimento físico ou psicológico pelo desejo não concretizado do reencontro com o/a falecido/a) diariamente ou a um nível incapacitante.
C.	<u>Sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais:</u> A pessoa que sofreu a perda tem de apresentar cinco ou mais dos seguintes sintomas com uma frequência diária ou a um nível incapacitante: <ol style="list-style-type: none"> 1. Confusão acerca do seu papel na vida ou diminuição do sentido de <i>self</i> 2. Dificuldade em aceitar a perda 3. Evitamento de tudo o que faça lembrar a realidade da morte 4. Incapacidade de confiar em terceiros após a morte 5. “Amargura” ou raiva relacionada com a morte 6. Dificuldade em prosseguir com a sua vida 7. Entorpecimento (ausência de emoção) desde a morte 8. Sensação de que a vida é insatisfatória, “vazia” ou sem sentido desde a morte 9. Sentimento de atordoamento, confusão ou choque relativamente à morte
D.	<u>Tempo:</u> O diagnóstico não deve ser realizado antes de terem decorrido pelo menos 6 meses desde a morte.
E.	<u>Prejuízo:</u> A perturbação deve afetar o/a indivíduo/a de forma clinicamente significativa nas áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas do funcionamento (e.g. atividades domésticas).
F.	<u>Relação com outras perturbações mentais:</u> As alterações observadas não são explicadas mais corretamente pelos diagnósticos de Depressão Major, Perturbação da Ansiedade Generalizada ou Perturbação do Stress Pós-Traumático.

Uma das modificações mais significativas deste trabalho em relação ao anterior foi a alteração no tempo necessário para a aplicação do algoritmo. Verificou-se que o diagnóstico feito antes dos 6 meses após a perda não traduzia perigos significativos a longo prazo, e que este intervalo permitia a distinção entre eventos agudos que são auto resolúveis, da situação crónica que é o LP (23).

Por fim, deve ser assegurado que os sintomas vivenciados não são mais compatíveis com outra psicopatologia, como a Depressão Major, a Perturbação da Ansiedade Generalizada ou a Perturbação do Stress Pós-Traumático (23).

Num estudo destinado a avaliar a validade dos sintomas incluídos no primeiro trabalho realizado por esta equipa (*Inventory of Complicated Grief*, 1995), foi possível perceber que o *Inventory of Complicated Grief* pode ser considerado uma ferramenta útil para a avaliação da severidade do LP. No entanto, o último trabalho da equipa traduzido na Tabela 5 comporta uma maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico da patologia em causa (24).

A autora Katherine Shear e a sua equipa, baseando parcialmente o seu trabalho nos resultados de Holly Prigerson, estabeleceu também um conjunto de critérios para o diagnóstico desta patologia. O seu trabalho baseou-se numa amostra de maior dimensão do que a dos trabalhos de Holly Prigerson e está evidenciado no Anexo 5. A tradução deste trabalho apresenta-se na Tabela 6 (20).

Tabela 6- Tradução da proposta diagnóstica da equipa de Katherine Shear em 2011

<p>A pessoa sofreu a morte de um/a ente querido/a, há pelo menos 6 meses.</p>
<p>Pelo menos um dos seguintes sintomas de luto agudo intenso e persistente está presente durante um período superior ao que seria esperado por terceiros pertencentes à mesma cultura ou sociedade que o/a enlutado/a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Saudade intensa e persistente da pessoa que morreu• Sentimentos intensos e frequentes de solidão ou percepção de que a vida é vazia e sem sentido sem a pessoa que morreu• Pensamentos recorrentes de que é injusto, sem sentido ou insuportável ter de viver quando o/a ente querido/a morreu, ou uma vontade recorrente de morrer para estar próximo do/a falecido/a• Pensamentos frequentes e angustiantes sobre a pessoa que morreu, por exemplo, pensamentos ou imagens da pessoa que se intrometem no dia-a-dia do indivíduo ou interferem com o seu funcionamento
<p>Pelo menos dois dos seguintes sintomas estão presentes durante um período superior a 1 mês:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pensamentos ruminantes e frequentes sobre as circunstâncias ou consequências da morte, por exemplo, preocupações sobre como ou o porquê da pessoa ter falecido, ou sobre não ser capaz de viver sem o/a falecido/a, pensamentos sobre ter desiludido o/a falecido/a, etc• Sensação recorrente de descrença ou incapacidade de aceitar a morte, como se a pessoa não acreditasse ou aceitasse a morte, como se a pessoa não pudesse acreditar ou aceitar que o falecido/a já não se encontra junto dela• Sentimento constante de choque, consternação ou entorpecimento desde a morte• Sentimentos recorrentes de raiva ou “amargura” relacionados com a morte• Dificuldade persistente em confiar ou cuidar de outras pessoas, ou sentir grande inveja de outras pessoas que não tiveram uma perda semelhante• Sentimento frequente de dor ou outros sintomas que a pessoa falecida experienciou, ou ouvir a voz ou ver a pessoa falecida• Sentir reatividade emocional ou fisiológica intensa às memórias da pessoa que morreu ou às memórias da perda• Mudança de comportamento devido a evitamento excessivo ou o oposto, procura de proximidade excessiva, por exemplo, abstendo-se de ir a lugares, fazer coisas ou ter contato com coisas que façam lembrar a perda, ou sentir-se atraído por memórias da pessoa falecida, como querer ver, tocar, ouvir ou sentir o cheiro de coisas que façam lembrar a pessoa que morreu. (Nota: às vezes as pessoas experienciam ambos os sintomas, aparentemente contraditórios.)
<p>A duração dos sintomas e da incapacidade é de pelo menos 1 mês</p>
<p>Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento, onde o comprometimento não é melhor explicado como uma resposta culturalmente apropriada</p>

Finalmente a DSM-V estabeleceu critérios para o diagnóstico desta patologia, tendo como base os trabalhos de Holly Prigerson e Katherine Shear, embora ainda a englobe na categoria de “*Disorders Requiring Further Study*”. Os resultados podem ser observados no Anexo 6 e a sua tradução encontra-se descrita na Tabela 7 (25, 26).

Tabela 7- Tradução da proposta de critérios de diagnóstico para Persistent Complex Bereavement Disorder, pela DSM-V

A.	O indivíduo sofreu a morte de alguém com quem tinha uma relação íntima.
B.	<p>Desde a morte, pelo menos um dos seguintes sintomas é vivido em mais de metade dos dias e com um grau clinicamente significativo, e persistiu pelo menos 12 meses após a morte no caso dos adultos enlutados e 6 meses nas crianças enlutadas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saudade intensa e persistente do/a falecido/a. Em crianças pequenas, esta pode ser expressa através de brincadeiras e comportamento, incluindo comportamentos que reflitam a separação de, e também a reunião com, um cuidador ou outra figura próxima. 2. Intenso pesar e dor emocional em resposta à morte. 3. Preocupação com o/a falecido/a. 4. Preocupação com as circunstâncias da morte. Nas crianças, essa preocupação com o/a falecido/a pode ser expressa através dos temas das brincadeiras e comportamentos, e pode surgir também a preocupação com a possível morte de outras pessoas próximas.
C.	<p>Desde a morte, pelo menos seis dos seguintes sintomas são vividos em mais de metade dos dias e num grau clinicamente significativo, e têm persistido durante pelo menos 12 meses após a morte no caso de adultos enlutados e 6 meses em crianças enlutadas:</p> <p>Reacção de stress à morte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grande dificuldade em aceitar a morte. Nas crianças, isso depende da capacidade da criança em compreender o significado e a permanência da morte. 2. Descrença ou “entorpecimento emocional” em relação à perda. 3. Dificuldade com lembrar aspectos sobre o/a falecido/a. 4. Raiva ou “amargura” em relação à perda. 5. Percepção mal adaptativa sobre si mesmo em relação ao/à falecido/a ou à morte (por exemplo, sentimentos de culpa) 6. Evitamento excessivo de memórias da perda (por exemplo, evitar indivíduos, lugares ou situações associadas com o/a falecido/a, em crianças, isso pode incluir o evitamento de pensamentos e sentimentos sobre o/a falecido/a) <p>Disfunção social/de identidade</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Desejo de morrer para estar com o/a falecido/a. 8. Dificuldade em confiar noutros indivíduos desde a morte. 9. Sentimento de solidão ou separação dos outros indivíduos desde a morte. 10. Sensação de que a vida é vazia e sem sentido sem o/a falecido/a, ou a crença de que uma parte de si mesmo morreu com o/a falecido/a.

	<p>11. Confusão sobre o próprio papel na vida, ou uma sensação diminuída de identidade (por exemplo, sensação de que uma parte de si mesmo morreu com o/a falecido/a).</p> <p>12. Dificuldade ou relutância em perseguir interesses desde a perda ou em realizar planos para o futuro (por exemplo, amizades, atividades).</p>
D.	A perturbação provoca sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento social, ocupacional ou de outras áreas importantes para o funcionamento.
E.	A reação de luto é desproporcional ou incompatível com normas culturais, religiosas ou apropriadas à idade

A ICD-11 ainda não foi publicada, mas o grupo de trabalho responsável pela classificação de patologias especificamente relacionadas com o stress incluirá o LP com a designação de “*Prolonged Grief*”. Com base na literatura, este grupo de trabalho estabeleceu um conjunto de *guidelines* provisórias (apresentado no Anexo 7 e respectiva tradução na Tabela 8) para o diagnóstico desta patologia (25, 26).

Tabela 8- Tradução dos Critérios Provisórios de Diagnóstico de *Prolonged Grief Disorder* para a ICD-11

<p>Características essenciais</p> <ul style="list-style-type: none"> • História de luto após a morte de um parceiro, pai, filho ou outro/a ente querido/a • Uma resposta ao luto persistente e generalizada, caracterizada por uma preocupação persistente com o/a falecido/a, acompanhada de intensa dor emocional (por exemplo, tristeza, culpa, raiva, negação, dificuldade de aceitar a morte, sentimento de perda de uma parte de si mesmo, incapacidade de ter um humor positivo, entorpecimento emocional, ou dificuldade na participação em atividades sociais ou outras) <ul style="list-style-type: none"> • Uma resposta ao luto que persiste por um período de tempo anormalmente longo após a perda, excedendo claramente as normas sociais, culturais ou religiosas esperadas; Esta categoria exclui respostas a perdas que ocorreram há menos de 6 meses ou períodos mais longos em alguns contextos culturais • Distúrbio que cause limitações clinicamente significativas em áreas pessoais, familiares, sociais, educacionais, ocupacionais ou outras áreas importantes do funcionamento; Se o funcionamento é mantido apenas através de um grande esforço adicional ou é muito inferior em comparação com o funcionamento anterior da pessoa ou o que seria de esperar, então pode ser considerado como tendo limitações resultantes da perturbação
--

Características que coincidem com o luto normal

- As reações de luto que persistam por tempo inferior a 6 meses ou por períodos mais longos que estão dentro de um período normal dado o contexto cultural e religioso do indivíduo são vistos como respostas normais ao luto e geralmente não são diagnosticadas
- Ao avaliar se a duração do luto excede as expectativas culturais, muitas vezes é importante considerar se as pessoas próximas do indivíduo (por exemplo, familiares, amigos e membros da comunidade) consideram a resposta à perda ou a duração da reação como exagerados ou dentro dos limites normais

Características adicionais

- A preocupação persistente pode manifestar-se como preocupação com as circunstâncias da morte ou como comportamentos como a preservação de todos os pertences da pessoa falecida exatamente como eram antes da morte; Pode ocorrer uma oscilação entre preocupação excessiva e evitamento de memórias do/a falecido/a
- Outras reações emocionais podem incluir dificuldade em aceitar a perda, problemas para lidar com a ausência do/a falecido/a, dificuldades em lembrar memórias positivas do/a falecido/a, dificuldade em participar em atividades sociais ou outras, isolamento social e sentimento de que a vida não tem sentido
- Aumento do consumo de tabaco, álcool e outras substâncias, bem como possível aumento da ideação e comportamento suicida

Outras equipas procuraram criar novas formas de diagnosticar o LP, mas sem nunca obter a relevância dos critérios já mencionados (27, 28).

3.2.2 Tratamento

Nos primeiros estudos relacionados com o tratamento farmacológico foram feitas experiências utilizando nortriptilina em doentes que apresentavam LP e concomitantemente critérios para Depressão Major. Foi observada uma melhoria clara dos sintomas de ansiedade e depressão, mas não nos sintomas especificamente associados ao luto (10). Posteriormente, o escitalopram utilizado isoladamente mostrou alguma evidencia de melhoria do estado geral numa pequena amostra de doentes (29).

Por sua vez, as benzodiazepinas não mostraram qualquer eficácia na redução da sintomatologia ou adesão à psicoterapia. Pelo contrário, como potenciais causadoras de

dependência física e psicológica, diminuição da memória e da capacidade de aprendizagem, podem mesmo ser prejudiciais para o tratamento destes doentes (30).

A primeira formulação de um tratamento protocolado e específico para o LP foi concretizada pela equipa de Katherine Shear, em 2005. Esta equipa analisou o conjunto de sintomas estabelecido pelo *Inventory of Complicated Grief* e com base nessa informação criou uma terapia que procurava aceder aos sintomas mais próximos da depressão, assim como os sintomas mais próximos de uma reação patológica ao trauma. Assim surgiu o *Complicated Grief Treatment* (CGT) (31).

O CGT teve como base a *Interpersonal Psychotherapy* (IPT), que foi modificada de forma a incluir a componente cognitivo-comportamental necessária à gestão dos sintomas mais próximos da reação ao trauma. Assim, a equipa comparou a IPT, aplicada de acordo com as normas estabelecidas e incluindo uma fase inicial, intermédia e final, com a CGT, que foi também constituída por uma fase inicial, uma fase intermédia e uma fase final (31, 32).

Na fase inicial da CGT, foi explorada a distinção entre o luto normal e patológico, a atenção foi dividida entre a perda e o processo de recuperação e foram discutidos objetivos pessoais futuros. Na fase intermédia a atenção continuou a ser repartida entre a perda e o processo de recuperação, foram realizados exercícios de confrontação com a perda e de conexão com o/a falecido/a e por fim foram estabelecidos planos concretos para o futuro e discutidas estratégias para a realização dos mesmos. Na fase final, foi levada a cabo uma análise da evolução, dos planos para o futuro e dos sentimentos em relação ao fim do tratamento. Os principais componentes do tratamento encontram-se sumariados no Anexo 8 e traduzidos na Tabela 9 (25, 31).

Tabela 9 – Tradução dos principais componentes do *Complicated Grief Treatment* (CGT)

Elementos	Descrição
Determinar a situação atual	Discussão sobre a natureza da perda, dor e adaptação à perda; descrição das complicações do luto e das suas consequências; descrição do tratamento e racionalidade dos procedimentos do tratamento
Promover a auto regulação	Automonitorização, auto-observação e reflexão; Reavaliação de pensamentos e crenças perturbadoras; ter compaixão consigo mesmo; "dosagem" da dor emocional, confrontando-a e colocando-a de lado
Construção de ligações	Estratégias para ligações significativas com os outros; compartilhar a dor e permitir aos outros ajudar
Definição de metas ambiciosas	Explorar a ambição para objetivos pessoais e atividades que criem entusiasmo e esperança; gerar entusiasmo e outras emoções positivas na vida em curso; criar sentido de realização pessoal e possibilidades de felicidade futura
Revisitando o mundo	Estratégias para confrontar ou visitar situações evitadas
Narrativa	Recontar e refletir sobre a história da morte, a fim de criar um relato aceitável; prática de enfrentar a dor e colocá-la de lado
Utilização da memória	Relembrar memórias positivas do/a falecido/a e procurar a reminiscência de memórias negativas; descrever uma conversa imaginada com o/a falecido/a

Comparativamente, o CGT dedica mais atenção aos sintomas específicos do luto como o evitamento de elementos que façam recordar a morte (25).

O CGT apresentou melhores resultados que o IPT, embora apenas 51% dos doentes submetidos ao CGT tenham evidenciado melhoria significativa dos sintomas. O IPT não mostrou melhoria significativa nos sintomas específicos do luto. (31).

Numa análise posterior ao mesmo estudo, foi possível averiguar que os doentes que já estavam sob o efeito de antidepressivos (não foi indicado aos doentes que interrompessem os psicofármacos que já estavam a tomar antes do início do estudo) pareciam ter uma melhor tolerância ao CGT, assim como uma maior probabilidade de completar o tratamento. Esta relação não se verificou em relação ao IPT, sendo que a ausência de ação nos sintomas

específicos do luto se verificou quer nos doentes previamente medicados, quer nos doentes que não tomavam qualquer psicofármaco antes do início do estudo (33).

Os resultados das técnicas cognitivo-comportamentais adaptadas do CGT mostraram-se também eficazes quando aplicadas em doentes internados por outras comorbilidades psiquiátricas em contexto de terapia de grupo (34).

Outros estudos utilizaram técnicas cognitivo-comportamentais tendo como base o CGT, demonstrando repetidamente que as abordagens Cognitivo-Comportamentais são as mais eficazes no LP e que os seus benefícios se mantêm a longo prazo (35-39).

Em 2006, a equipa de BirgitWagner desenvolveu outra abordagem terapêutica, utilizando pela primeira vez a Internet para o tratamento do LP. Esta abordagem teve como base uma terapia já existente para a Perturbação do Stress Pós Traumático utilizando a Internet e o trabalho desenvolvido sobre o “*Complicated Grief Treatment*”, sendo composta por 3 fases. Na primeira fase foi provocada uma exposição controlada às evidências da morte, através da elaboração de dois textos sobre as circunstâncias em que esta ocorreu. Na segunda fase foram identificados e resolvidos pensamentos disfuncionais, procurando integrar a perda do/a ente querido/a de uma forma mais positiva na vida do doente. Por fim, a última fase teve como foco o progresso conseguido até à data, assim como as perspectivas futuras e objetivos de vida (40). Ao fim de 1.5 anos, foi possível averiguar que as melhorias imediatas observadas no final do estudo se mantinham (41).

Esta abordagem mostrou-se eficaz na diminuição dos sintomas e apresentou a vantagem do tratamento à distância, permitindo por exemplo que emigrantes em países que não falem a sua língua nativa possam receber tratamento à distância, eliminando assim as barreiras linguísticas e geográficas (40).

Outras equipas realizaram nos anos seguintes abordagens terapêuticas através da internet com base na terapia cognitivo-comportamental. Estes trabalhos seguiram princípios semelhantes, obtendo resultados positivos em termos de redução dos sintomas (42, 43). No entanto, um dos trabalhos que mais se distinguiu entre os que utilizaram as novas tecnologias aliadas às terapias cognitivo-comportamentais foi o trabalho de Cristina Botella e da sua equipa. Em 2008 esta equipa utilizou um software de exposição a realidade virtual associada à terapia cognitivo-comportamental, obtendo resultados positivos e com eficácia comprovada um ano depois, numa doente de 24 anos (44).

4. Discussão

4.1 Nomenclatura

A pesquisa bibliométrica realizada permitiu avaliar, quer a utilização global de cada nomenclatura, quer a sua evolução temporal em termos de maior ou menor utilização nos últimos 16 anos.

De uma forma geral, foi possível observar que o termo mais utilizado para a designação de “Luto” é *Grief*. *Pathological Grief*, *Complicated Grief*, *Prolonged Grief* e *Traumatic Grief* foram as combinações que geraram mais resultados, independentemente do tipo de pesquisa (no título ou em qualquer parte do texto) ou base de dados utilizada. Este é um achado interessante, na medida em que o termo *Grief* não corresponde à tradução literal de Luto, mas sim ao pesar sentido pela perda (19).

Como já foi mencionado anteriormente, o LP consiste num bloqueio do processo de luto normal, que acaba por se prolongar por um período anormalmente longo (3). Assim, o termo mais correto para integrar a designação da patologia em foco seria *Mourning*, que em termos gerais foi o termo que gerou menos resultados.

“*Complicated Grief*” foi a combinação observada mais frequentemente, com uma grande diferença da segunda combinação mais usada: “*Prolonged Grief*”. No entanto, as duas combinações tiveram uma evolução semelhante, pois em ambos os tipos de pesquisa, o número de resultados foi sempre aumentando à medida que nos aproximávamos do presente, independentemente da base de dados utilizada.

Alguns dos autores que utilizam a nomenclatura “*Complicated Grief*” defendem a sua posição com uma analogia simples mas interessante. Em qualquer lesão aguda podem existir complicações, por exemplo, uma ferida pode complicar com a emergência de uma infeção. Da

mesma forma que consideramos essa infecção uma complicação do evento agudo, podemos considerar também o LP como uma complicação do luto normal (45).

“*Pathological Grief*” foi a terceira combinação a gerar mais resultados, embora a evolução dos mesmos não tenha sido uniforme entre os dois tipos de pesquisa. Na pesquisa da combinação em qualquer parte dos trabalhos, esta apresentou uma utilização crescente utilizando o Google Académico. No *PubMed*, a utilização aumentou entre 2000-2005 e 2005-2010, mas não apresentou qualquer alteração entre 2005-2010 e 2010-2015.

No que diz respeito à pesquisa dos termos no título dos trabalhos, esta combinação mostrou um declínio no número de resultados no intervalo 2005-2010 relativamente ao intervalo 2000-2005 em ambas as bases de dados, recuperando quase totalmente no intervalo 2010-2015. Curiosamente, é possível observar a situação inversa na combinação “*Complicated Bereavement*”, mas apenas na base de dados *PubMed*, sendo que no Google Académico o aumento de resultados observado no intervalo 2005-2010 se manteve no intervalo 2010-2015. No entanto, estes são números demasiado pequenos para que seja possível retirar alguma conclusão válida.

A combinação de termos “*Traumatic Grief*”, embora tenha sido uma das que apresentou mais resultados na pesquisa bibliométrica, tem vindo a ser cada vez menos utilizada. Alguns autores defendem a sua validade por muitos dos sintomas do LP apresentarem semelhanças aos sintomas da Perturbação do Stress Pós-Traumático, como o choque, o evitamento das provas da morte, a descrença, entre outros (9). No entanto, a admissão do que é considerado “trauma” nas classificações atuais (DSM-5 e ICD-10) exclui a morte natural de um ente querido, exceto se esta for testemunhada pelo indivíduo (46-48). A combinação “*Traumatic Bereavement*”, embora em menor grau, revelou também resultados significativos, apresentando no entanto as mesmas limitações da combinação anterior.

Assim, consideramos que esta é uma terminologia desatualizada e pouco rigorosa, com o risco acrescido de poder induzir em erro os profissionais menos atualizados.

As restantes combinações geraram menos resultados, não se considerando assim relevante comentar detalhadamente a evolução temporal de cada uma delas, uma vez que dificilmente serão adotadas como a designação definitiva para a patologia em foco.

É de salientar que na DSM-V, a terminologia escolhida para designar a patologia em foco (que se encontra na categoria de “*Disorders Requiring Further Study*”) foi “*Persistent Complex Bereavement Disorder*”, uma designação que não foi encontrada em qualquer parte da bibliografia utilizada para a realização deste trabalho (47).

Consideramos importante referir que ambas as bases de dados apresentaram, em termos relativos, resultados semelhantes. No entanto, o Google Académico apresentou um número de resultados muito superior.

4.2 Clínica e Diagnóstico

O reconhecimento e diagnóstico do LP é extremamente importante, mais ainda quando se trata de populações particularmente vulneráveis, como a população idosa. Para além de sofrer perdas mais frequentemente do que a população jovem, é portadora de um maior número de comorbilidades físicas e psicológicas (45).

A validade do LP enquanto síndrome foi já testada e comprovada em vários estudos com amostras de várias dimensões e utilizando os diversos algoritmos de diagnóstico mencionados. Estas observações fazem-nos chegar à conclusão de que, embora alguns algoritmos tenham sido aperfeiçoados com base em esquemas anteriores e apresentem algumas diferenças na sensibilidade e especificidade, muitas são as semelhanças entre

algoritmos, permitindo assim que qualquer um deles possa ser utilizado, pelo menos para uma abordagem inicial do doente (49, 50)

Na DSM-4 e na ICD-10, o luto não foi aceite como possível causa de patologia. No entanto, ambas as classificações diferenciaram o luto normal da Depressão Major e consideraram que este é um assunto que deveria ser estudado e que necessita de mais fundamentos para ser considerado uma patologia (23, 51). Como já foi referido, na DSM-V, não só o luto passou a ser aceite como uma possível condição coexistente com a depressão, como o LP foi integrado na categoria “*Disorders Requiring Further Study*”. Esta pode parecer uma designação excessivamente vaga, uma vez que já existe uma enorme quantidade de trabalho desenvolvido no sentido de solidificar o LP como um distúrbio singular. No entanto, a inclusão desta patologia, mesmo que nesta categoria “ingrata”, é um grande avanço em relação às edições anteriores. Além disso, tudo indica que o grupo responsável pela ICD-11 irá incluir o LP na sua nova edição, o que é um passo indiscutível no sentido do reconhecimento global desta patologia (47, 52, 53).

Todos os algoritmos de diagnóstico analisados neste trabalho têm alguns sintomas em comum. A saudade profunda do/a falecido/a, as dificuldades em estabelecer relações com a sua envolvente após a morte, sintomas relacionados com o evitamento de memórias, pensamentos intrusivos e perturbações do funcionamento são elementos que estão presentes e no seu conjunto podem ser considerados marcadores desta patologia.

Este é um achado que faz sentido, estranho seria que não existisse um núcleo comum de características que inexoravelmente identificassem o LP.

No entanto, existem também outros critérios sob os quais os autores não estão de acordo, particularmente a questão do tempo decorrido a partir do qual é possível aplicar os algoritmos de diagnóstico.

No *Inventory of Complicated Grief* de 1995, o algoritmo mais antigo e amplamente conhecido, não foi considerado nenhum limite temporal para a realização do diagnóstico. No entanto, as classificações DSM-V e ICD-11 consideraram que não deveria ser aplicado qualquer algoritmo até 12 meses ou 6 meses após a morte, respectivamente.

Ao aguardar apenas 6 meses após a perda, existe uma maior probabilidade de diagnosticar casos que possivelmente se resolveriam por si, sem necessidade de realizar qualquer tipo de terapêutica. Por outro lado, os 12 meses têm um grande argumento contra a sua utilização, que consiste na teoria de que nas imediações do aniversário da morte podem existir “reativações fisiológicas” dos sintomas, podendo também dar origem a mais falsos positivos. Esta hipótese foi colocada por Mardi Horowitz, que considerou mais adequado aplicar o seu algoritmo 14 meses após a morte. Este é um limite que parece adequado em termos de especificidade, mas provoca um atraso no diagnóstico potencialmente fatal nos casos mais graves. Assim, entre as hipóteses até agora propostas, aguardar 6 meses parece ser a hipótese mais “humana”, mantendo uma especificidade aceitável.

Existem ainda defensores da ideia que o LP não deve ser considerado uma reação exclusiva à morte de um ente querido . Qualquer tipo de perda poderá, potencialmente, dar origem a um processo patológico associado ao luto (54). No entanto, há que ter em conta que a importância da perda é um fator determinante na complicação do luto. Assim, antes de tentar tornar os critérios mais inclusivos, é necessário que os atuais sejam aceites, o que se tem mostrado difícil pela resistência apresentada por parte das comissões responsáveis pelas classificações atuais.

4.3 Tratamento

As técnicas cognitivo-comportamentais mostraram ser claramente indicadas para o tratamento desta patologia, especialmente o CGT. No entanto, parecem existir três fatores que condicionam o prognóstico resultante da utilização de técnicas cognitivo-comportamentais: o nível académico, a perda de um/a parceiro/a ou filho/a e a motivação para procurar ajuda profissional. Um baixo nível académico, assim como a perda de um/a parceiro/a ou filho/a mostrou afetar negativamente os resultados deste tipo de terapia. Pelo contrário, os doentes que procuraram ativamente ajuda profissional foram os que mostraram melhores resultados, sendo que até à data foram estes os únicos fatores a mostrar alguma influencia em termos de prognóstico.

Os resultados obtidos pela equipa de Brigit Wagner apresentam uma particularidade muito aliciante, na medida em que permitem um tratamento adaptado às novas tecnologias de comunicação. Embora a discussão dos fatores de risco para o LP não faça parte dos objetivos deste trabalho, a ausência de apoio social durante a perda põe o indivíduo em claro risco de desenvolvimento desta patologia. Assim, os emigrantes, principalmente residentes em países que não falam a sua língua nativa ou com um sistema cultural muito diferente, são das populações com maior risco de desenvolver a patologia em foco. Uma abordagem como a apresentada por esta equipa pode fazer a diferença na vida destes indivíduos.

Com base nestes resultados, a mesma equipa desenvolveu uma intervenção preventiva para indivíduos que apresentavam critérios suficientes para o diagnóstico, exceto o tempo decorrido desde a perda (<14 meses foi o limiar escolhido por esta equipa), que se mostrou eficaz na redução dos sintomas (55). No entanto, considerar esta intervenção “preventiva” é discutível. A inexistência de um consenso sobre quanto tempo deverá decorrer desde a perda para que se possa realizar o diagnóstico torna duvidoso que se trate realmente de um ato preventivo. Além disso, os indivíduos selecionados apresentavam já muitos dos sintomas

característicos do LP, e embora se tenha concluído que o luto agudo pode apresentar sintomas semelhantes ao patológico, o facto destes indivíduos terem procurado ajuda profissional e também terem obtido elevados *scores* nos algoritmos de diagnóstico faz-nos questionar se estes seriam de facto indivíduos “saudáveis”.

Relativamente à farmacoterapia, a inexistência de critérios de diagnóstico oficiais apresenta-se como uma barreira ainda mais sólida e intransponível, uma vez que torna impraticável a execução de ensaios clínicos randomizados e de grande dimensão. No entanto, as evidências demonstradas pelos pequenos estudos *off-label* existentes mostram-nos a possível eficácia dos inibidores seletivos da Serotonina e a provável inutilidade dos antidepressivos tricíclicos e benzodiazepinas (30, 56).

Por fim, a participação em grupos de apoio é bastante controversa (57, 58). Num dos estudos, o ato de reviver memórias do/a falecido/a e ser confrontado com as circunstâncias em que a morte ocorreu (elementos chave da CGT) mostrou ter efeitos positivos na diminuição dos sintomas (57). Tendo em conta o que já foi discutido ao longo do trabalho, esta não é uma informação que cause qualquer tipo de surpresa. No entanto, noutra trabalho em que não foi controlado o tipo de terapia administrada aos grupos, foi relatado pelos doentes com LP um menor impacto na qualidade de vida relativamente aos relatos de enlutados “normais” (58). Assim, a participação nestes grupos deverá ser incentivada unicamente quando for conhecido e comprovado o tipo de terapia administrada.

Embora não exista ainda um tratamento oficialmente estabelecido (e não existirá enquanto não forem estabelecidos critérios de diagnóstico universalmente aceites), os profissionais de saúde podem retirar destes estudos elementos importantes para a redução ou mesmo resolução da sintomatologia associada ao LP (30).

5. Conclusão

Deverá o luto ser considerado uma doença? A verdade é que existe um aumento da morbidade e mortalidade entre os enlutados. No entanto, como já foi referido, o luto normal ou agudo não deve ser sujeito a intervenção terapêutica, é um processo pelo qual toda a população acaba por passar em determinada fase da sua vida. No entanto as complicações do luto, em particular o LP, podem prejudicar gravemente a vida de uma percentagem da população enlutada que embora se encontre longe de ser a maioria, necessita da atenção e ajuda de clínicos competentes (32, 59).

Em termos de nomenclatura, mantem-se a discórdia, com as duas classificações atuais a adotar terminologias completamente distintas (*Prolonged Grief* na ICD-11 e *Persistent Complex Bereavement Disorder* na DSM-V). Será importante que no futuro se chegue a um consenso sobre qual a terminologia mais correta, de forma a que todos os profissionais comuniquem sem restrições. No entanto, esse consenso não se avista num futuro próximo, sendo até mais provável que antes que se chegue a um entendimento na língua inglesa, a confusão e multiplicação de termos chegue a outras línguas (como o português) através das traduções.

Apesar de todo o trabalho já desenvolvido nesta área, ainda resta alguma desconfiança na comunidade científica acerca da validade deste diagnóstico e a conseqüente necessidade de tratamento (60, 61). Até ao estabelecimento de critérios diagnósticos definitivos nas classificações atuais, a propagação deste conhecimento aos clínicos responsáveis pela saúde mental destes doentes está comprometida, o que se traduz numa enorme perda de qualidade e quantidade de vida desta população (62).

A introdução deste diagnóstico nas classificações atuais, embora de uma forma “precária” da DSM-V, vem facultar a estes doentes a esperança de recuperar as suas vidas, e

aos clínicos a orientação necessária para corretamente diagnosticarem e tratarem os seus doentes (63).

No que diz respeito ao tratamento, o mais indicado atualmente será a iniciação de técnicas cognitivo-comportamentais, preferencialmente o CGT. A eficácia deste tratamento é conhecida, sendo de considerar a administração concomitante de inibidores seletivos da serotonina em casos mais graves e com prognóstico mais sombrio (30).

Por fim, não poderíamos deixar de chamar a atenção para as frequentes comorbilidades destes doentes. É comum a coexistência do LP com outras psicopatologias, nomeadamente Distúrbios da Ansiedade e Depressão Major (64, 65). Estes doentes apresentam-se como “terreno fértil” para o desenvolvimento do LP, e é da máxima importância que o clínico seja capaz de diagnosticar e tratar não só o LP como também as restantes psicopatologias do doente.

6. Agradecimentos

Ao meu Orientador, Professor José Luís Pio Abreu, um enorme obrigada pela dedicação, paciência e disponibilidade constante. Sem o seu apoio e incentivo este trabalho nunca teria sido possível.

Aos meus Pais, Irmão e Décio, um agradecimento muito especial por todo o apoio e paciência inesgotável.

7. Bibliografia

1. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28(2):103-17.
2. Freud S. Mourning and Melancholia.
3. Pio Abreu JL. Elementos de Psicopatologia Explicativa. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2014.
4. Santos PA, Pio Abreu JL. A Evolução do Conteúdo dos Sonhos no Luto Patológico - A Propósito de um Caso. *Psiquiatria Clínica*.
5. Pio Abreu JL. Is depression curable? *Medicographia*. 2014.
6. Maercker A, Lalor J. Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14(2):167-76.
7. Pio Abreu JL. Introdução à Psicopatologia Compreensiva. 6ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2011.
8. Zhang B, El-Jawahri A, Prigerson HG. Update on bereavement research: evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *J Palliat Med*. 2006;9(5):1188-203.
9. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, Reynolds CF, Maciejewski PK, Davidson JR, et al. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry*. 1999;174:67-73.
10. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res*. 1995;59(1-2):65-79.
11. Dillen L, Fontaine JR, Verhofstadt-Denève L. Are normal and complicated grief different constructs? a confirmatory factor analytic test. *Clin Psychol Psychother*. 2008;15(6):386-95.
12. Arizmendi BJ, O'Connor MF. What is "normal" in grief? *Aust Crit Care*. 2015;28(2):58-62; quiz 3.
13. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord*. 2010;127(1-3):352-8.
14. Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(6):637-62.
15. Boelen PA, van den Bout J. Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Res*. 2008;157(1-3):311-4.
16. O'Connor MF, Wellisch DK, Stanton AL, Olmstead R, Irwin MR. Diurnal cortisol in Complicated and Non-Complicated Grief: slope differences across the day. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37(5):725-8.
17. Saavedra Pérez HC, Ikram MA, Direk N, Prigerson HG, Freak-Poli R, Verhaaren BF, et al. Cognition, structural brain changes and complicated grief. A population-based study. *Psychol Med*. 2015;45(7):1389-99.
18. Hawton K. Complicated grief after bereavement. *BMJ*. 2007;334(7601):962-3.
19. Pio Abreu JL, Biscaia P. Luto Patológico - Algumas Considerações a Respeito do Tratamento de um Caso. *Psiquiatria Clínica*. 1980.
20. Shear MK. Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14(2):119-28.
21. DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 5 ed: Climepsi Editores; 2014.
22. Boelen PA, Van Den Bout J. Examination of proposed criteria for complicated grief in people confronted with violent or non-violent loss. *Death Stud*. 2007;31(2):155-64.
23. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*. 2009;6(8):e1000121.

24. Boelen PA, Hoijtink H. An item response theory analysis of a measure of complicated grief. *Death Stud.* 2009;33(2):101-29.
25. Shear MK. Clinical practice. Complicated grief. *N Engl J Med.* 2015;372(2):153-60.
26. Bryant RA. Prolonged grief: where to after Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition? *Curr Opin Psychiatry.* 2014;27(1):21-6.
27. Bui E, Mauro C, Robinaugh DJ, Skritskaya NA, Wang Y, Gribbin C, et al. THE STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR COMPLICATED GRIEF: RELIABILITY, VALIDITY, AND EXPLORATORY FACTOR ANALYSIS. *Depress Anxiety.* 2015;32(7):485-92.
28. Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, Miyashita M, Kim Y, Shear MK, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PLoS One.* 2012;7(2):e31209.
29. Simon NM, Thompson EH, Pollack MH, Shear MK. Complicated grief: a case series using escitalopram. *Am J Psychiatry.* 2007;164(11):1760-1.
30. Simon NM. Treating complicated grief. *JAMA.* 2013;310(4):416-23.
31. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2005;293(21):2601-8.
32. Wetherell JL. Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012;14(2):159-66.
33. Simon NM, Shear MK, Fagiolini A, Frank E, Zalta A, Thompson EH, et al. Impact of concurrent naturalistic pharmacotherapy on psychotherapy of complicated grief. *Psychiatry Res.* 2008;159(1-2):31-6.
34. Rosner R, Lumbeck G, Geissner E. Effectiveness of an inpatient group therapy for comorbid complicated grief disorder. *Psychother Res.* 2011;21(2):210-8.
35. Boelen PA, de Keijser J, van den Hout MA, van den Bout J. Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75(2):277-84.
36. Rosner R, Pfoh G, Kotoučová M, Hagl M. Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: a randomized controlled clinical trial. *J Affect Disord.* 2014;167:56-63.
37. Rosner R, Bartl H, Pfoh G, Kotoučová M, Hagl M. Efficacy of an integrative CBT for prolonged grief disorder: A long-term follow-up. *J Affect Disord.* 2015;183:106-12.
38. Bryant RA, Kenny L, Joscelyne A, Rawson N, Maccallum F, Cahill C, et al. Treating prolonged grief disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(12):1332-9.
39. Mancini AD, Griffin P, Bonanno GA. Recent trends in the treatment of prolonged grief. *Curr Opin Psychiatry.* 2012;25(1):46-51.
40. Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A. Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Stud.* 2006;30(5):429-53.
41. Wagner B, Maercker A. A 1.5-year follow-up of an Internet-based intervention for complicated grief. *J Trauma Stress.* 2007;20(4):625-9.
42. Litz BT, Schorr Y, Delaney E, Au T, Papa A, Fox AB, et al. A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder. *Behav Res Ther.* 2014;61:23-34.
43. Eisma MC, Boelen PA, van den Bout J, Stroebe W, Schut HA, Lancee J, et al. Internet-Based Exposure and Behavioral Activation for Complicated Grief and Rumination: A Randomized Controlled Trial. *Behav Ther.* 2015;46(6):729-48.
44. Botella C, Osma J, Palacios AG, Guillén V, Baños R. Treatment of complicated grief using virtual reality: a case report. *Death Stud.* 2008;32(7):674-92.
45. Shear MK, Ghesquiere A, Glickman K. Bereavement and complicated grief. *Curr Psychiatry Rep.* 2013;15(11):406.
46. Saraiva CB, Cerejeira J. *Psiquiatria fundamental* 2014.
47. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).* 5 ed. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing; 2013.
48. *ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.* 10 ed. Switzerland: World Health Organization.

49. Simon NM, Wall MM, Keshaviah A, Dryman MT, LeBlanc NJ, Shear MK. Informing the symptom profile of complicated grief. *Depress Anxiety*. 2011;28(2):118-26.
50. Forstmeier S, Maercker A. Comparison of two diagnostic systems for Complicated Grief. *J Affect Disord*. 2007;99(1-3):203-11.
51. Craig L. Prolonged grief disorder. *Oncol Nurs Forum*. 2010;37(4):401-6.
52. Zisook S, Reynolds CF, Pies R, Simon N, Lebowitz B, Madowitz J, et al. Bereavement, complicated grief, and DSM, part 1: depression. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(7):955-6.
53. Zisook S, Simon NM, Reynolds CF, Pies R, Lebowitz B, Young IT, et al. Bereavement, complicated grief, and DSM, part 2: complicated grief. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(8):1097-8.
54. Rando TA, Doka KJ, Fleming S, Franco MH, Lobb EA, Parkes CM, et al. A call to the field: complicated grief in the DSM-5. *Omega (Westport)*. 2012;65(4):251-5.
55. Wagner B, Maercker A. An Internet-based cognitive-behavioral preventive intervention for complicated grief: a pilot study. *G Ital Med Lav Ergon*. 2008;30(3 Suppl B):B47-53.
56. Bui E, Nadal-Vicens M, Simon NM. Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14(2):149-57.
57. Simon NM. Increasing support for the treatment of complicated grief in adults of all ages. *JAMA*. 2015;313(21):2172-3.
58. Johnsen I, Dyregrov A, Dyregrov K. Participants with prolonged grief--how do they benefit from grief group participation? *Omega (Westport)*. 2012;65(2):87-105.
59. Claxton R, Reynolds CF. Complicated grief #254. *J Palliat Med*. 2012;15(7):829-30.
60. Collier R. Prolonged grief proposed as mental disorder. *CMAJ*. 2011;183(8):E439-40.
61. Wakefield JC. Should prolonged grief be reclassified as a mental disorder in DSM-5?: reconsidering the empirical and conceptual arguments for complicated grief disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2012;200(6):499-511.
62. Pies R. Bereavement, complicated grief, and the rationale for diagnosis in psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14(2):111-3.
63. Workman S. Prolonged grief disorder: a problem for the past, the present, and the future. *PLoS Med*. 2009;6(8):e1000122.
64. Lotterman JH, Bonanno GA, Galatzer-Levy I. The heterogeneity of long-term grief reactions. *J Affect Disord*. 2014;167:12-9.
65. Robinaugh DJ, McNally RJ, LeBlanc NJ, Pentel KZ, Schwarz NR, Shah RM, et al. Anxiety sensitivity in bereaved adults with and without complicated grief. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202(8):620-2.

Anexo 1 - Inventory of Complicated Grief

1. I think about this person so much that it's hard for me to do the things I normally do... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
2. Memories of the person who died upset me... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
3. I feel I cannot accept the death of the person who died... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
4. I feel myself longing for the person who died... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
5. I feel drawn to places and things associated with the person who died... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
6. I can't help feeling angry about his/her death... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
7. I feel disbelief over what happened... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
8. I feel stunned or dazed over what happened... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
9. Ever since s/he died it is hard for me to trust people... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
10. Ever since s/he died I feel like I have lost the ability to care about other people or I feel distant from people I care about... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
11. I have pain in the same area of my body or have some of the same symptoms as the person who died... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
12. I go out of my way to avoid reminders of the person who died... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
13. I feel that life is empty without the person who died... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
14. I hear the voice of the person who died speak to me... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
15. I see the person who died stand before me... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
16. I feel that it is unfair that I should live when this person died... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
17. I feel bitter over this person's death... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
18. I feel envious of others who have not lost someone close... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always
19. I feel lonely a great deal of the time ever since s/he died... () Never () Rarely () Sometimes () Often () Always

Anexo 2 - Proposed Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder

A. Event criterion/prolonged response criterion

Bereavement (loss of a spouse, other relative, or intimate partner) at least 14 months ago (12 months is avoided because of possible intense turbulence from an anniversary reaction)

B. Signs and symptoms criteria

In the last month, any three of the following seven symptoms with the severity that interferes with daily functioning

Intrusive symptoms

1. Unbidden memories or intrusive fantasies related to the lost relationship
2. Strong spells or pangs of severe emotion related to the lost relationship
3. Distressingly strong yearnings or wishes that the deceased were there

Signs of avoidance and failure to adapt

4. Feelings of being far too much alone or personally empty
5. Excessively staying away from people, places, or activities that remind the subject of the deceased
6. Unusual levels of sleep interference
7. Loss of interest in work, social, caretaking, or recreational activities to a maladaptive degree

Anexo 3 - Refined criteria for traumatic grief publicado por Holly Prigerson em 1999

Criterion A

1. Person has experienced the death of a significant other
2. Response involves 3 of the 4 symptoms below experienced at least sometimes:
 - a) Intrusive thoughts about the deceased
 - b) Yearning for deceased
 - c) Searching for the deceased
 - d) Loneliness as result of the death

Criterion B – In response to the death, the 4 of the 8 following symptoms experienced as mostly true

1. Purposelessness or feelings of futility about the future
2. Subjective sense of numbness, detachment, or absence of emotional responsiveness
3. Difficulty acknowledging the death (e.g. disbelief)
4. Feeling that life is empty or meaningless
5. Feeling that part of oneself has died
6. Shattered world view (e.g. lost sense of security, trust, control)
7. Assumes symptoms or harmful behaviors of, or related to, the deceased person
8. Excessive irritability, bitterness, or anger related to the death

Criterion C

Duration of disturbance (symptoms listed) is at least two months.

Criterion D

The disturbance causes clinically significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning

Anexo 4 - Criteria for Prolonged Grief Disorder proposed for DSM-V and ICD-11

Category	Definition
A.	<u>Event: Bereavement</u> (loss of a significant other)
B.	<u>Separations distress</u> : The bereaved person experiences yearning (e.g., craving, pining, or longing for the deceased; physical or emotional suffering as a result of the desired, but unfulfilled, reunion with the deceased) daily or to a disabling degree.
C.	<u>Cognitive, emotional, and behavioral symptoms</u> : The bereaved person must have five (or more) of the following symptoms experienced daily or to a disabling degree: <ol style="list-style-type: none"> 1. Confusion about one's role in life or diminished sense of <i>self</i> (i.e., feeling that a part of oneself has died) 2. Difficulty accepting the loss 3. Avoidance of reminders of the reality of the loss 4. Inability to trust others since the loss 5. Bitterness or anger related to the loss 6. Difficulty moving on with life (e.g., making new friends, pursuing interests) 7. Numbness (absence of emotion) since the loss 8. Feeling that life is unfulfilling, empty, or meaningless since the loss 9. Feeling stunned, dazed or shocked by the loss
D.	<u>Timing</u> : Diagnosis should not be made until at least six months have elapsed since the death.
E.	<u>Impairment</u> : The disturbance causes clinically significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning (e.g., domestic responsibilities).
F.	<u>Relation to other mental disorders</u> : The disturbance is not better accounted for by major depressive disorder, generalized anxiety disorder, or posttraumatic stress disorder.

Anexo 5 - Proposed criteria for complicated grief por Katherine Shear em 2011

<p>The person has been bereaved, ie, experienced the death of a loved one, for at least 6 months.</p>
<p>At least one of the following symptoms of persistent intense acute grief has been present for a period longer than is expected by others in the person's social or cultural environment:</p> <ul style="list-style-type: none">• Persistent intense yearning or longing for the person who died• Frequent intense feelings of loneliness or like life is empty or meaningless without the person who died• Recurrent thoughts that it is unfair, meaningless or unbearable to have to live when a loved one has died, or a recurrent urge to die in order to join the deceased• Frequent preoccupying thoughts about the person who died, eg, thoughts or images of the person intrude on usual activities or interfere with functioning
<p>At least 2 of the following symptoms are present for at least 1 month:</p> <ul style="list-style-type: none">• Frequent troubling rumination about circumstances or consequences of the death, eg, concerns about how or why the person died, or about not being able to manage without their loved one, thoughts of having let the deceased person down, etc• Recurrent feeling of disbelief or inability to accept the death, like the person can't believe or accept the death, like the person can't believe or accept that their loved one is really gone• Persistent feeling of being shocked, stunned, dazed, or emotionally numb since the death• Recurrent feelings of anger or bitterness related to the death• Persistent difficulty trusting or caring about other people or feeling intensely envious of others who haven't experienced a similar loss• Frequently experiencing pain or other symptoms that the deceased person had, or hearing the voice or seeing the deceased person• Experiencing intense emotional or physiological reactivity to memories of the person who died or to reminders of the loss• Change in behavior due to excessive avoidance or the opposite, excessive proximity seeking, eg, refraining from going places, doing things, or having contact with things that are reminders of the loss, or feeling drawn to reminders of the person, such as wanting to see, touch, hear, or smell things to feel close to the person who died. (Note: sometimes people experience both of these seemingly contradictory symptoms.)
<p>The duration of symptoms and impairment is at least 1 month</p>
<p>The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning, where impairment is not better explained as a culturally appropriate response</p>

Anexo 6- Proposta de critérios de diagnóstico para Persistent Complex Bereavement Disorder, pela DSM-V

A.	The individual experienced the death of someone with whom he or she had a close relationship.
B.	<p>Since the death, at least one of the following symptoms is experienced on more days than not and to a clinically significant degree and has persisted for at least 12 months after the death in the case of bereaved adults and 6 months for bereaved children:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persistent yearning/longing for the deceased. In young children, yearning may be expressed in play and behavior, including behaviors that reflect being separated from, and also reuniting with, a caregiver or other attachment figure. 2. Intense sorrow and emotional pain in response to the death. 3. Preoccupation with the deceased 4. Preoccupation with the circumstances of the death. In children, this preoccupation with the deceased may be expressed through the themes of play and behavior and may extend to preoccupation with possible death of others close to them.
C.	<p>Since the death, at least six of the following symptoms are experienced on more days than not and to a clinically significant degree, and have persisted for at least 12 months after the death in the case of bereaved adults and 6 months in bereaved children:</p> <p>Reactive distress to the death</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marked difficulty accepting the death. In children, this is dependent on the child's capacity to comprehend the meaning and permanence of death. 2. Experiencing disbelief or emotional numbness over the loss. 3. Difficulty with positive reminiscing about the deceased. 4. Bitterness or anger related to the loss. 5. Maladaptive appraisals about oneself in relation to the deceased or the death (e.g., self-blame) 6. Excessive avoidance of reminders of the loss (e.g., avoidance of individuals, places, or situations associated with the deceased; in children, this may include avoidance of thoughts and feelings regarding the deceased) <p>Social/identity disruption</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. A desire to die in order to be with the deceased 8. Difficulty trusting other individuals since the death. 9. Feeling alone or detached from other individuals since the death 10. Feeling that life is meaningless or empty without the deceased, or the belief that a part of oneself died with the deceased. 11. Confusion about one's role in life, or a diminished sense of one's identity (e.g., feeling that a part of oneself died with the deceased) 12. Difficulty or reluctance to pursue interests since the loss or to a plan for the future (e.g., friendships, activities).
D.	The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
E.	The bereavement reaction is out of proportion to or inconsistent with cultural,

Anexo 7- Critérios Provisórios de Diagnóstico de Prolonged Grief Disorder para a ICD-11

Essential features

- History of bereavement after the death of a partner, parent, child, or other loved one
- A persistent and pervasive grief response characterized by longing for or persistent preoccupation with the deceased, accompanied by intense emotional pain (e.g., sadness, guilt, anger, denial, blame, difficulty accepting the death, feeling one has lost a part of one's self, an inability to have a positive mood, emotional numbness, or difficulty in engaging with social or other activities)
- A grief response that has persisted for an abnormally long period of time after the loss, clearly exceeding expected social, cultural, or religious norms; this category excludes grief responses within 6 months after the death and for longer periods in some cultural contexts
- A disturbance that causes clinically significant impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning; if functioning is maintained only through substantial additional effort or is very impaired as compared with the person's prior functioning or what would be expected, then he or she would be considered to have impairment due to the disturbance

Features overlapping with normal bereavement

- Grief reactions that have persisted for <6 months or for longer periods that are within a normative period given the person's cultural and religious context are viewed as normal bereavement responses and are generally not assigned a diagnosis
- In assessing whether the duration of the grief reaction exceeds cultural expectations, it is often important to consider whether people in the patient's environment (e.g., family, friends and community members), regard the response to the loss or the duration of the reaction as exaggerated or within normal limits

Additional features

- Persistent preoccupation may be manifested as preoccupation with the circumstances of death or as behaviors such as preservation of all the deceased person's belongings exactly as they were before the death; oscillation between excessive preoccupation and avoidance of reminders of the deceased may occur
- Other emotional reactions may include difficulty accepting the loss, problems coping without the loved one, difficulties in recalling positive memories of the deceased, difficulty in engaging with social or other activities, social withdrawal, and feeling that life is meaningless
- Increased tobacco, alcohol, and other substance use, as well as increased suicidal ideation and behavior may be present

Anexo 8- Principais componentes do Complicated Grief Treatment (CGT)

Component	Description
Establishing lay of the land	Discussion of the nature of loss, grief, and adaptation to loss; description of complications of grief and their effects; description of the treatment and rationale for procedures in the treatment
Promoting self-regulation	Self-monitoring, self-observation, and reflection; reappraisal of troubling thoughts and beliefs; extending compassion to oneself; “dosing” emotional pain by confronting it and setting it aside
Building connections	Strategies for meaningful connections with other; sharing pain and letting others help
Setting aspirational goals	Exploring ambition for personal goals and activities that engender eagerness and hope; generating enthusiasm and other positive emotions in ongoing life; creating sense of purpose and possibilities for future happiness
Revisiting the world	Strategies for confronting or revisiting avoided situations
Storytelling	Recounting and reflecting on the story of the death, in order to create an acceptable account; practice in confronting pain and setting it aside
Using memory	Reviewing positive memories of the deceased and inviting reminiscence of negative memories; describing an imagined conversation with the deceased