



**LUTO E CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO: O
CONTRIBUTO DO *COPING* E DA VINCULAÇÃO**

MARTA PEREIRA FERREIRA GOMES

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção de grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Lisboa, 2022

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor David Dias Neto, apresentado no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Clínica

Agradecimentos

Com as palavras que se seguem, quero exprimir o meu agradecimento a todos aqueles, que de alguma forma, contribuíram para que este trabalho fosse possível.

Em primeiro lugar, agradeço-te a ti mãe, a minha maior referência. É com todo o orgulho, amor e carinho que te dedico esta conquista. Sem ti não seria possível chegar onde cheguei, não com a força, determinação e coragem que me transmites. Um obrigada não chega!

Em segundo, Paulo. Por todas as tuas palavras, conforto e, especialmente pela confiança que depositas em mim. A tua presença e apoio incondicional, foram também impulsionadores deste trabalho. Obrigada.

Pai, a ti que estás longe, mas sempre perto. Foste uma das inspirações para ter construído este trabalho. A ti avó, que de perto vives as minhas conquistas como se fossem tuas.

Às minhas melhores amigas, as que são de uma vida. Sem vocês, nada disto teria tido o mesmo sabor. Meca, Catarina, Mariana, Juca, Carol e Mafalda. Nem todas vêm de sempre, mas sempre estiveram incondicionalmente presentes. Foram sem dúvida, as que de mais perto viveram as minhas angústias e frustrações, mas também as que mais força me deram para continuar. Agradeço-vos por serem o meu porto de abrigo e por contribuírem, cada uma com a sua singularidade, para aquele que é o meu todo. Obrigada!

A vocês “miguxas”, as verdadeiras amigas que a faculdade me deu. Alex e Vilhena, fizeram parte deste caminho maravilhoso e, que grata sou por ter partilhado todos estes anos com vocês. Carolina, especialmente a ti. A minha alma gémea e companheira de todas as horas. Sem ti, nada seria igual. A ti Inês, a madrinha de faculdade que escolhi e amiga para a vida.

Às minhas companheiras de desespero deste longo ano, Inês Cabral e Inês Ferrão, um obrigada por todas as tardes de estudo, de dúvidas e de partilha de frustração, foi crucial.

Aos professores que tornaram tudo isto possível. Um agradecimento especial ao professor David Dias Neto, pela paciência e compreensão. Por atenuar o meu perfeccionismo, mas levar-me a superar-me em cada tarefa proposta.

A ti Gui. Independentemente de tudo, foste uma das peças fundamentais neste puzzle.

A todos! A todos os que aqui estão mencionados e também os que não estão. Sem vocês nada disto teria sido possível, não com o orgulho que sinto. OBRIGADA!

Resumo

Introdução: Inúmeras têm sido as investigações que se concentram nas consequências negativas pós trauma/luto e possível patologia, mas pouco tem sido o foco na capacidade de recuperação e crescimento. No entanto, tendo em conta o crescimento teórico e empírico que revela a experiência de crescimento pós-traumático após uma situação de luto, este estudo permite um conhecimento aprofundado sobre tal fenómeno. Ademais, as vias de interação/mediação quanto à adaptação ao luto e consequente crescimento, continuam imprecisas, sendo também importante conhecer o seu papel. **Objetivo:** o principal objetivo desta investigação é estudar o crescimento pós-traumático em população enlutada, assim como o papel mediador das estratégias de *coping* e a influência da vinculação neste crescimento. **Método:** A amostra é constituída por 889 participantes que perderam um ente querido. Foram estudadas as variáveis: impacto da perda do ente querido, o *coping* e a vinculação, através de um questionário online de autorrelato. **Resultados:** Verificou-se que a maioria das estratégias de *coping* medeiam a relação entre o impacto da perda e o Crescimento pós-traumático e as diferentes dimensões da vinculação adulta predizem também este crescimento. **Conclusão:** Proporcionando um melhor entendimento sobre o fatores associados ao Crescimento pós traumático numa situação de luto, é possível aferir que tanto as estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos enlutados, como a forma como estes se ligam aos seus pares, influenciam a experiência deste crescimento e, por isso, a adaptação saudável ao luto.

Palavras-chave: Luto, Crescimento Pós-Traumático, Estratégias de *Coping* ; Vinculação adulta

Abstract

Introduction: There have been numerous investigations that focus on post-trauma/bereavement consequences and possible pathology, but little has been the focus on the capacity for recovery and growth. However, considering the theoretical and empirical growth revealed by the experience of post-traumatic growth after a bereavement situation, this study allows an in-depth understanding of such evidence. Furthermore, the interaction/mediation pathways regarding adaptation to grief and consequent growth remain unclear and, it is also important to know their role. **Objective:** The main objective of this investigation is to study the post-traumatic growth in a bereaved population, as well as the mediating role of coping strategies and the influence of attachment on this growth. **Method:** The sample consists of 889 participants who have lost a loved one. The variables: impact of the loss of a loved one, coping and attachment were studied through an online self-report questionnaire. **Results:** It was found that most coping strategies mediate the relationship between the impact of loss and post-traumatic growth and the different dimensions of adult attachment also predict this growth. **Conclusion:** Providing a better understanding of the factors associated with post-traumatic growth in a bereavement situation, it's possible to verify that both the coping strategies used by bereaved individuals, as well as the way they bond with their peers, influence the experience of this growth and, therefore, the healthy adaptation to grief.

Key-words: Bereavement; Post-traumatic Growth , *Coping* strategies; Adult attachment

Índice

Lista de Abreviaturas.....	VIII
Lista de Figuras	IX
Lista de Tabelas.....	IX
Introdução.....	X
Revisão de Literatura.....	1
Luto.....	1
O Processo de Luto	1
Evolução dos modelos sobre o Luto	2
Manifestações clínicas do Luto.....	4
Crescimento Pós-Traumático	5
O conceito de CPT.....	5
Modelo de Crescimento Pós-Traumático no contexto do Luto	6
Fatores diferenciadores na experiência de CPT no luto	9
Variáveis sociodemográficas.....	9
Variáveis associadas à perda do ente querido	10
Processamento cognitivo (<i>coping</i>)	12
<i>Coping</i>	12
O conceito de <i>Coping</i>	12
<i>Coping</i> no Luto	13
Vinculação Adulta	15
O conceito de Vinculação	15
Qualidade da Vinculação e Reações ao luto	16
Presente Estudo	19
Objetivos do Estudo.....	20
Método.....	21
Desenho do Estudo	21

Participantes.....	21
Instrumentos.....	23
Procedimento	27
Análise de dados	28
Resultados.....	29
Objetivo 1: Análise dos diferentes níveis de CPT nas variáveis sociodemográficas e do luto.	29
Objetivo 2: Avaliar o efeito mediador das estratégias de <i>coping</i> na relação o luto e o CPT	36
Objetivo 3: Avaliar o efeito das diferentes dimensões da vinculação adulta sobre o CPT e a relação entre o Impacto da perda de um ente querido e os níveis de CPT	38
Discussão	41
Limitações.....	47
Considerações finais	48
Referências Bibliográficas.....	49
ANEXOS	61
Anexo A) Questionário Socio Demográfico e do Luto	62
Anexo B) Consentimento Informado.....	63

Lista de Abreviaturas

CPT – Crescimento Pós-Traumático

DP – Desvio-Padrão

EVA – Escalda da Vinculação do adulto

IES-R – Impact of event scale – Revised

IDPT – Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático

M – Media

PTGI – Post traumatic Growth Inventory

PTSD – Post Traumatic Stress Disorder

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo de Crescimento Pós-Traumático no Luto, adaptado por Calhoun e colaboradores	7
Figura 2 - Modelo integrando as variáveis mediadoras: <i>coping</i> focado no problema, <i>coping</i> focado na emoção e <i>coping</i> evitativo.....	37

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características Sociodemográficas (N=889)	22
Tabela 2 - Características do Luto (N=889).....	23
Tabela 3 – Comparação de médias entre Género (feminino e masculino) e o CPT (CPTtotal e Dimensões)	30
Tabela 4 - Comparação de médias entre a variável acreditar numa religião (sim vs não) e o CPT (CPTtotal e Dimensões).....	31
Tabela 5- Comparação de médias entre a variável praticar uma religião (sim vs não) e o CPT (CPTtotal e Dimensões).....	32
Tabela 6 - Comparação de médias entre os grupos da variável grau de parentesco no CPT.....	33
Tabela 7- Comparação de médias entre a variável previsibilidade da morte (esperado vs inesperado) e o CPT (CPTtotal e Dimensões)	34
Tabela 8- Comparação de médias entre a variável Apoio Psicológico (sim vs não) e o CPT (CPTtotal e Dimensões).....	35
Tabela 9- Efeitos Totais, Diretos e Indiretos do Modelo Final: Estimativas Não Estandarizadas, Correspondentes Erros-Padrão, Intervalo de Confiança e Significância.....	37
Tabela 10- Regressão linear múltipla para o CPT	39
Tabela 11- Correlação entre a Vinculação Adulta e o IES-R.....	40

Introdução

Na literatura, evidências científicas de um funcionamento fortemente abalado pela perda de um ente querido e consequentes danos físicos e psicológicos, são largamente conhecidos (Stroebe et al., 2006; Tedeschi & Calhoun, 1996). Anos de pesquisa sobre o luto têm tradicionalmente descrito os impactos negativos da perda, concentrando-se essencialmente na patologia (Michael & Cooper, 2013) e negligenciando a importância de outras possíveis reações (Kállay, 2007; Parkes, 2001). No entanto, durante o processo de luto, o indivíduo tende a reorganizar e libertar gradualmente os laços emocionais com o ente querido, reinvestindo-os em novos interesses e pessoas, o que comprova a existência de uma função restauradora e psicologicamente adaptativa ao luto (Brown & Stoudemire, 1983).

Neste sentido e atendendo a uma visão mais salutogénica sobre o luto, um corpo de literatura sugere que pessoas expostas até mesmo aos eventos mais traumáticos, incluindo o luto, podem perceber algo positivo emergente do confronto com o mesmo (Schwartzberg & Janoff-Bulman, 1991). Inclusive, recentemente algumas mudanças neste paradigma têm sido detetadas, argumentando que eventos traumáticos como o luto podem servir de ímpeto para o Crescimento Pós-Traumático. A título de exemplo, um estudo de Linley e Joseph (2004) demonstrou que mudanças positivas são frequentemente relatadas em cerca de 30 a 70 por cento dos sobreviventes de diversos acontecimentos traumáticos, incluindo o luto.

No entanto, apesar de ao longo do tempo, diferentes religiões e culturas conceberem o sofrimento causado pela adversidade como catalisador essencial para o crescimento (Tedeschi & Calhoun, 1995; Tedeschi & Calhoun, 2004), apenas nos últimos anos, a possibilidade da mudança positiva como resultado da luta com uma situação traumática, tem se tornado alvo de interesse de teorização sistemática e investigação empírica (e.g., Affleck & Tennen, 1996; Park et al., 1996; Tedeschi & Calhoun, 1995, 1996). Deste modo, pouca atenção tem sido prestada ao potencial adaptativo e ao possível crescimento individual derivado da perda de um ente querido (Tedeschi & Calhoun, 2004; Wolchik et al., 2008). De facto, sendo o luto um evento extramente doloroso mas crucial e inevitável à adaptação bem sucedida (Malkinson, 1996), cresce a necessidade de compreender de forma pormenorizada a capacidade de superar os níveis de significado e do funcionamento pós trauma, enaltecendo o potencial humano para o crescimento e providenciando uma visão holística do luto (Clute, 2007).

Sendo o CPT um construto multidimensional que inclui a transformação de objetivos, crenças, comportamentos e até a identidade (Calhoun & Tedeschi, 2004) e abrangendo os processos cognitivos de reconstrução de esquemas cognitivos, reestruturação e busca de

significado (Tedeschi & Calhoun, 1996, 2007), torna-se importante a compreensão deste processo. Insuficiente investigação tem surgido no que respeita a avaliação do impacto reativo de diferentes fatores e as suas interações ou vias de mediação na adaptação ao luto (Stroebe et al., 2006). No entanto, recentes investigações demonstram a necessidade de compreender o tipo de processamento cognitivo de indivíduos enlutados, uma vez que este pode ser determinante na compreensão das rotas cognitivas para o CPT (Michael & Cooper, 2013; Tedeschi & Calhoun, 1995), na reconstrução da sua visão do mundo e da adaptação ao trauma (Greenberg, 1995). Neste sentido e corroborado por recentes pesquisas que sugerem que esforços de *coping* adaptativos podem servir de ímpeto para o crescimento (Wolchik et al., 2008), torna-se essencial o estudo das estratégias de *coping* para uma melhor compreensão do fenómeno de CPT derivado da perda de um ente querido e consequente processo de luto.

Também a teoria da vinculação tem recebido especial atenção como teoria explicativa face às diferentes reações ao luto (Huh et al., 2020; Stroebe, 2002). De facto, sendo a função primordial da vinculação, a promoção de uma sensação de pertença e segurança (Canavarro et al., 2006), quando esta se rompe em virtude da morte de um ente querido surgem períodos de grande intensidade emocional, podendo esta ser predita atendendo o tipo de vinculação do enlutado (Cabodevilla, 2007). Várias investigações sugerem que o comportamento dos sujeitos enlutados é modulado pelo seu estilo de vinculação (Stroebe et al., 2005) e ainda, literatura antecedente sugere que indivíduos que experienciam diferentes formas de se vincularem, podem percorrer caminhos distintos como resultado da perda de um ente significativo: o luto complicado e o CPT (Huh et al., 2020).

Considera-se importante sublinhar que ainda que a presente investigação se debruce essencialmente no potencial de crescimento do ser humano, não se desvalorizam as evidências relativas ao surgimento de patologias consequentes ao trauma, pelo contrário, vários autores referem a ocorrência simultânea de sofrimento e CPT (e.g., Solomon et al., 2007). Posto isto, este trabalho pretende estudar o CPT em população enlutada, avaliando o papel mediador das estratégias de *coping* neste fenómeno, bem como a influência da vinculação adulta neste processo. Assim, a presente investigação objetiva proporcionar um melhor entendimento dos fatores relacionados ao fenómeno do crescimento após uma perda significativa, ou seja, a forma como as pessoas se ligam e o que fazem para lidar com o mesmo, contribuindo assim, para a promoção de novos princípios orientadores face a intervenções psicológicas que tenham em consideração todas as possibilidades de reações após uma perda, não negligenciado a possibilidade de crescimento.

Revisão de Literatura

Luto

O Processo de Luto

O luto é uma experiência inerente à condição humana e, embora seja um processo completamente individualizado, é experimentado por praticamente todos os seres humanos em algum momento da sua vida. A literatura tem sugerido que a perda de um ente querido pode ser considerada um dos acontecimentos mais traumáticos e significativos da vida de um indivíduo, revelando-se assim, um acontecimento que deve ser alvo de exploração. Na sua definição, o luto é um processo psicológico que advém da perda pela morte de um ente querido, sendo uma experiência extremamente dolorosa, universal e única a cada indivíduo (Barreto et al., 2008). Constitui um conjunto de reações, físicas, comportamentais, emocionais, espirituais e sociais que surgem como resposta à perda, sendo este um processo sobretudo existencial (Parkes, 1998). Assim, o luto requer uma experiência emocional de confronto com a perda necessária à sua própria elaboração, de modo a que o enlutado possa ultrapassar e adaptar-se à nova condição de vida, onde o seu ente querido não está presente (Barreto et al., 2008; Worden, 2013).

Cada indivíduo sente o luto de uma forma individualizada, pelo que a sua intensidade e duração diverge de pessoa para pessoa. Alguns tendem a sofrer profundamente durante anos e só lentamente retornam aos seus níveis prévios de funcionamento. Outros, sofrem intensamente, mas por um período de tempo relativamente mais restrito e, existem ainda pessoas que parecem superar as suas perdas quase imediatamente, passando para novos desafios com extrema facilidade. Neste sentido, o grau de variação do luto entre os indivíduos sugere questões importantes sobre o que constitui o luto “normal”, “comum” ou “anormal” e, até mesmo patológico (Bonanno & Kaltman, 2001). A questão em torno, tanto de uma “boa” elaboração do luto assim como do seu término, revela-se controversa na literatura devido à grande heterogeneidade individual e cultural que esta requer. Embora, estudos longitudinais indiquem um tempo médio de duração, onde após este período o sofrimento é menos intenso (Bonanno et al., 2002; Prigerson et al., 2009), a duração e a intensidade do sofrimento é muito variável e geralmente leva mais tempo do que os indivíduos esperam.

Neste sentido, existem alguns indicadores que podem orientar a prática clínica, nomeadamente a intensidade e duração dos sintomas ou a incapacidade para mostrar qualquer tipo de sinal relacionado com o luto (Barreto et al., 2008). Segundo alguns autores (e.g.,

Bowlby, 1980; Kübler-Ross, 1997), o luto normal é constituído por diferentes fases pelas quais os enlutados deverão passar: negação, saudade, raiva/zanga, depressão e aceitação (Barreto et al., 2008). No entanto, realçam ainda que este processo não é linear, mas sim composto por fases fluídas e sobrepostas que variam de indivíduo para indivíduo. Assim, estes estádios devem ser considerados apenas como diretrizes gerais e não prescrever a forma como cada indivíduo “deveria” lidar com este processo (Shuchter & Zisook, 2010).

Quanto ao luto complicado, várias denominações são utilizadas, nomeadamente *patológico*, *anormal* e *traumático* (Carqueja, 2017) e ocorre essencialmente de duas formas. A primeira diz respeito à presença de um luto ausente/inibido: o enlutado não demonstra reações emocionais perante a perda por grandes períodos de tempo e pode revelar comportamentos “distorcidos” como uma hiperatividade ou uma falsa euforia. Estes comportamentos podem manifestar-se tardiamente sem que o sujeito tome consciência desta relação, quer mascarado por sintomas físicos quer por comportamentos desadequados. Já a segunda, associado à presença de um luto crónico/prolongado: o enlutado revela reações emocionais intensas e recorrentes que não oscilam ou diminuem com o passar do tempo. Tende a predominar um profundo sofrimento e uma incapacidade permanente para reinvestir a todos os níveis. De forma geral, há um estado de estagnação generalizada e uma grande dificuldade em aceitar que o falecido partiu, ocorrendo assim, uma maior possibilidade de desenvolver sintomatologia depressiva, abuso de substâncias, ideação suicida e até doenças físicas (Stroebe et al., 2013).

Embora existam evidências clínicas relativamente às diferentes formas de agir num processo de luto, deverá continuar a existir prudência nas avaliações e diagnósticos realizados, de forma a evitar uma excessiva patologização dos lutos. De facto, outros fatores deverão pesar nesta avaliação, nomeadamente se as reações emocionais e comportamentais apresentadas vão ao encontro do próprio contexto cultural do enlutado, bem como do seu padrão habitual de funcionamento psicológico. Torna-se fundamental atender também às circunstâncias e tipo de morte, pois estas constituem fatores de risco e/ou proteção ao desenvolvimento dos diferentes tipos de luto (Carqueja, 2017).

Evolução dos modelos sobre o Luto

Desde cedo o processo de luto tem sido estudado, verificando-se uma significativa evolução quanto aos seus modelos teóricos. Iniciado numa abordagem psicanalítica, Sigmund Freud introduziu pela primeira vez o conceito de “trabalho de luto” (Freud, 1953), seguido das abordagens psicossociais que incluem modelos de fases explicativas do luto e que salientam a

inexistência de respostas típicas à perda, sendo a dor sentida por cada pessoa tão individual quanto a sua perda (Kübler-Ross, 1969).

No entanto, dadas as evidências de que o luto se processa de forma desorganizada, começaram a surgir críticas quanto à sua concepção como uma progressão de fases (Carqueja, 2017), surgindo assim novos modelos. É neste sentido que surge o Modelo de Processo Dual de Stroebe & Schut (1999, 2010). A sua estrutura deve muito à teoria do Stress Cognitivo de Lazarus e Folkman (1984), particularmente na medida em que define uma série de componentes-chave relacionados ao confronto com a perda, nomeadamente: os stressores (a causa pelo qual o processo de confronto com a perda deve ser acionado); os processos de avaliação (avaliação de ameaça); e as variáveis de resultado (e.g., índices de saúde mental e física) (Stroebe & Schut, 2010). O modelo define duas categorias de stressores associados ao luto: aquelas que são orientadas para a perda versus para a reestruturação, que conseqüente englobam diferentes estratégias de *coping* (Stroebe & Schut, 2002, 2010). Assim, o processo de luto é contextualizado como uma articulação dinâmica e interdependente, entre dois tipos de *coping*: o *coping* orientado para a perda e o *coping* orientado para o restabelecimento. O primeiro, diz respeito ao trabalho de luto, a invasão da dor, a quebra de laços, o choro, a negação, o evitamento e a ruminação. O segundo, diz respeito ao dar resposta às mudanças da vida, retomar as tarefas, fazer coisas novas, extravio da dor e o estabelecimento de novos papéis e novas relações. Numa visão geral, o modelo postula um processo de luto oscilatório, que é saudável e necessário, ou seja, as reações à perda poderão ser mais ou menos intensas com o passar do tempo e o enlutado vai apresentando, de forma oscilatória, comportamentos orientados para a perda ou comportamentos orientados para a reintegração num novo contexto de vida, que é a sua elaboração e adaptação à perda (Stroebe & Schut, 1999, 2010).

Na mesma linha de pensamento, William Worden (1998) desenvolveu um modelo de tarefas do processo de luto que não requer uma ordem rígida de realização, inclusive, podem ocorrer em simultâneo, adequando-se assim a uma realidade onde o enlutado tem um papel ativo em todo o processo. Assim, após a perda de uma figura significativa, a adaptação à mesma e conseqüente restabelecimento por parte do enlutado envolveria a realização de quatro tarefas básicas: a primeira, seria aceitar a realidade da perda; a segunda, o experienciar as emoções/dor face à perda; a terceira, a adaptação a um novo contexto/ambiente onde o falecido está ausente, e a quarta e última, o recolocar emocionalmente a pessoa que faleceu e continuar com a vida (Worden, 1980, 2013).

Manifestações clínicas do Luto

No seguimento do modelo anterior, também os comportamentos, emoções e sentimentos associados à vivência do luto, constituem um leque bastante diversificado. Assim, Worden (2013) agrupou estas manifestações em quatro categorias que compõem o quadro habitual ao luto: sensações físicas, sentimentos/emoções, comportamentos e cognições.

As sensações físicas, tendem na maioria das vezes a passar por despercebidas, no entanto, contêm um papel importante neste processo. Estas, na generalidade, passam por: hipersensibilidade ao barulho, vazio no estomago; aperto no peito; fadiga; falta de ar; “nó” na garganta e boca seca; fraqueza muscular; e despersonalização (sensação de estar fora do corpo). (Worden, 2013). Os sentimentos/emoções, manifestam-se essencialmente por: tristeza, raiva, culpa, choque, (principalmente quando a morte é inesperada), ansiedade (podendo variar entre um estado de tensão e insegurança ligeira, a quadros clínicos significativos de ataques de pânico), solidão, alívio (que geralmente é acompanhado por culpa), insensibilidade (ausência de sentimentos que podem surgir devido à dificuldade de enfrentar a dor sentida que seria extremamente desorganizadora) e a saudade, que geralmente perdura para a vida (Worden, 2013). Quanto às cognições, embora os pensamentos relacionados à perda tendam a desaparecer com o tempo, alguns poderão persistir gerando depressão ou problemas de ansiedade, como por exemplo, a descrença e a negação, a confusão e a ruminação (sobretudo em situações de mortes traumáticas e repentinas). Podem ainda ocorrer, alucinações (visuais ou aditivas), que geralmente são experiências fugazes e não traduzem necessariamente a vivência de um luto mais difícil ou até mesmo patológico (Worden, 2013). Relativamente aos comportamentos, poderão ocorrer: distúrbios do sono, devendo existir um cuidado em perceber se estes persistem, pois poderão indicar um quadro depressivo mais sério (luto patológico); alterações no apetite, agitação motora e sonhos persistentes, geralmente com a pessoa falecida. O isolamento social é também frequente e, embora na maioria dos casos seja um fenómeno de curta duração, poderá potenciar uma perda de interesse pelo mundo exterior (Worden, 2013).

Deste modo, revela-se importante realçar que existem diferentes formas de sentir e expressar o luto, sendo por isso, fundamental que todos os profissionais que trabalham com este tipo de população reconheçam não só esta variabilidade emocional, como também normalizem e validem, esta diversidade de manifestações clínicas. Assim, quer seja numa linha individual ou grupal, quer estejamos perante uma situação de luto complicado quer não, a intervenção deverá passar essencialmente pela facilitação do processo de elaboração e do restabelecimento, tanto através de uma relação psicoterapêutica empática, segura e de aceitação incondicional

como dos períodos de follow-up (Johannsen et al., 2019). Ainda que o processo de luto seja único, pessoal e extremamente complexo, salienta-se que o modelo das tarefas de luto de Worden (2013) já explorado anteriormente, poderá servir de linha orientadora para a intervenção com esta problemática. Concluindo, o confronto com a perda de alguém significativo reflete uma rotura com a vida, com o mundo e com o próprio e, por isso, o objetivo nunca deverá passar pela promoção do esquecimento da pessoa perdida, mas sim na substituição da dor profunda, por uma saudade tranquila, uma recordação reconfortante e um renovar do interesse e dedicação do aqui e agora e no futuro, promovendo assim, o CPT.

Crescimento Pós-Traumático

O conceito de CPT

O CPT é definido como uma transformação positiva significativa que é resultado do confronto com um acontecimento traumático na vida (Calhoun et al., 2000). É um construto que abrange múltiplas dimensões, nomeadamente a alteração de crenças, objetivos e comportamentos, que acabam por modificar a própria identidade de cada individuo (Calhoun & Tedeschi, 2004) e abrange os processos cognitivos de reconstrução de esquemas cognitivos, reestruturação e a procura de significado (Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004). Diversos têm sido os termos utilizados para denominar as mudanças positivas após a adversidade (e.g., *perceived benefit, stress-related growth and positive adjustment*) e todos eles compartilham a ideia de que é através do confronto com a adversidade que pode surgir mudança, proporcionando um nível de funcionamento superior, prévio ao evento potencialmente traumático (Linley & Joseph, 2004). Unificando todas as conceções até então disseminadas, diversos autores defendem a importância de estabelecer a distinção entre o conceito de CPT e conceitos como a resiliência (Bonanno, 2004). Deste modo, a resiliência, quando relacionada com a perda e com o trauma, refere-se à capacidade de manter níveis estáveis de funcionamento psicológico quando expostos a um evento isolado e potencialmente perturbador. Já o CPT, implica que o sujeito não só resista ao evento traumático, repondo os seus níveis de funcionamento prévio, mas que os transcenda também. Deste modo, suplanta as várias dimensões da sua vida e apresenta maiores níveis de adaptação, existindo assim, uma melhoria qualitativa no funcionamento em geral (Calhoun & Tedeschi, 1998; Znoj, 2005).

Neste seguimento, a expressão de CPT diferencia-se, uma vez que não se focaliza em eventos aleatórios que requerem um baixo grau de stress, mas sim nos que, exclusivamente, são

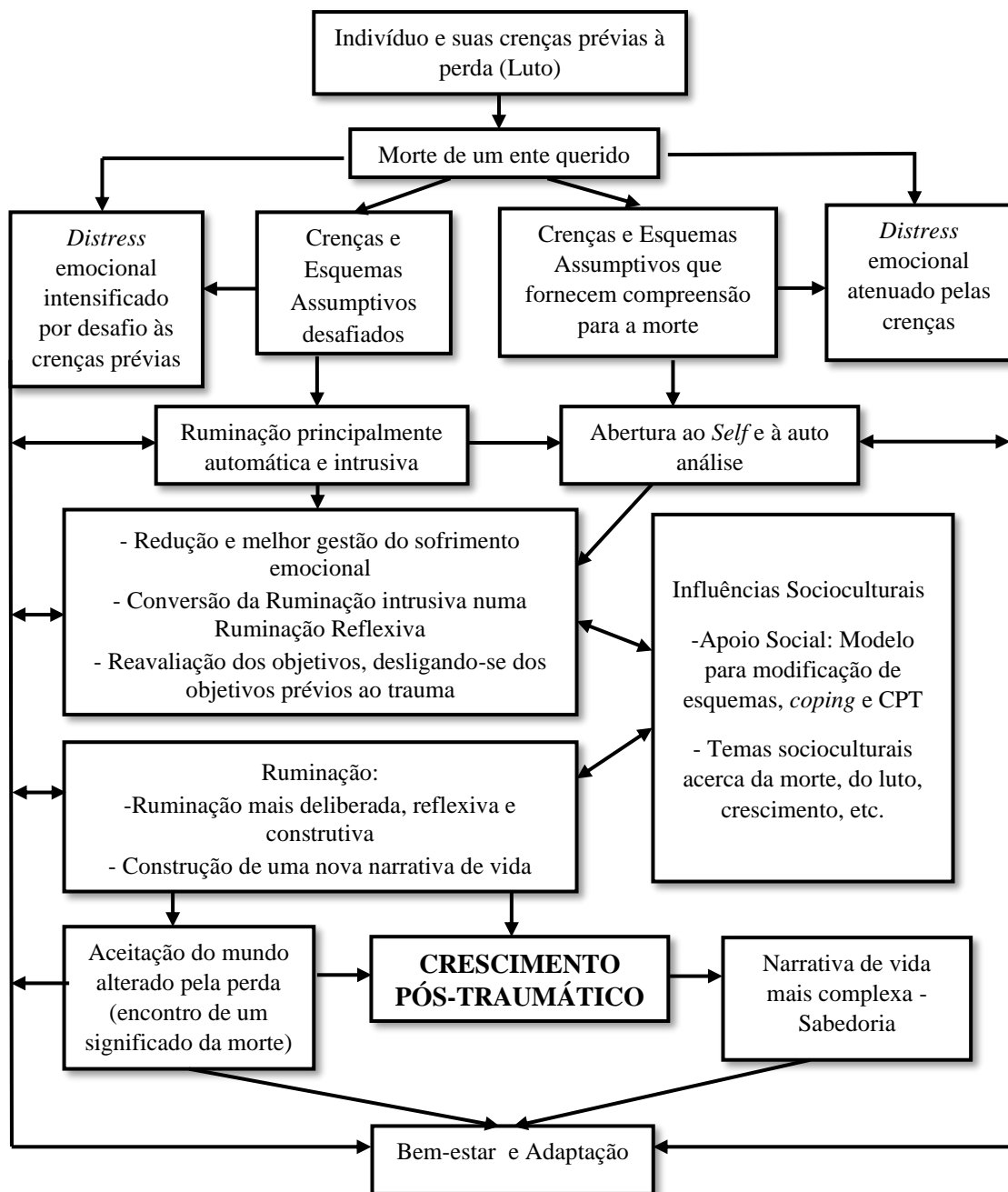
traumáticos. Com eventos traumáticos, referimo-nos a eventos extremamente ameaçadores e de tamanha magnitude para colocar em causa os esquemas cognitivos individuais, tanto em relação a si próprio e aos outros como do mundo. Destaca-se ainda, a possibilidade de simultaneamente coexistir sofrimento psicológico significativo, algo que outros conceitos não conotam. O crescimento, é assim dependente tanto da interpretação subjetiva que os indivíduos produzem após a sua experiência traumática como do grau de gravidade atribuído ao acontecimento (Morris et al., 2005). Deste modo, para que haja essa interpretação do acontecimento e consequente experiência de CPT, é necessária a presença de esquemas prévios ao dito trauma e sua alteração posterior (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Como referido anteriormente, o CPT é um construto multidimensional e por isso, abrange uma ampla variedade de dimensões na vida dos indivíduos (Tedeschi & Calhoun, 2004). Embora de uma forma inicial, tenham sido agrupadas em três domínios (Tedeschi & Calhoun, 1996) atualmente, o CPT manifesta-se em cinco, podendo estes ocorrer de forma simultânea ou separadamente: maior valorização da vida; maior abertura a novas possibilidades; fortalecimento das relações interpessoais; maior sentimento de força pessoal; e a mudança e valorização da vida espiritual e existencial (Kállay, 2007). Ademais, embora este construto já tenha sido estudado em diferentes populações, como por exemplo, ex-veteranos de guerra (e.g., Tedeschi, 2011), desastres naturais (e.g., Bernstein & Pfefferbaum, 2018), doenças crónicas (Purc-Stephenson, 2014), etc., o facto de existirem evidências internacionais de que a luta contra a perda de um ente significativo pode fornecer um enquadramento para mudanças positivas – o CPT (Cadell et al., 2003; Mathews & Servaty-Seib, 2007; Ogińska-Bulik & Kobylarczyk, 2015; Wagner et al., 2007), revela-se fundamental estudar este conceito quando associado a população enlutada.

Modelo de Crescimento Pós-Traumático no contexto do Luto

Na sequência da explicação do conceito de CPT e uma vez que, o luto é um evento angustiante que exige uma reconstrução de um mundo de significados que é desafiado pela perda (Neimeyer et al., 2010), Tedeschi e Calhoun em 1995, criaram um modelo de CPT no luto, que descreve o processo de reconstrução após a perda de uma pessoa significativa (Calhoun et al., 2010), ilustrado na Figura 1.

Figura 1. - Modelo de Crescimento Pós-Traumático no Luto, adaptado de Calhoun e colaboradores (Calhoun et al., 2010).



Após a experiência de luto, os indivíduos irão diferenciar-se tanto na variedade de traços de personalidade como nos componentes do seu mundo. Neste sentido, o modelo declara como fator fulcral na determinação de CPT, as crenças “assumptivas” que os indivíduos estabelecem sobre o mundo, o *Self* e os outros (Gillies & Neimeyer, 2006; Tedeschi & Calhoun, 1995). Em circunstâncias típicas, esse conjunto de crenças guiam e auxiliam, tanto as ações do indivíduo como a compreensão das causas e motivos pelo qual se dão os acontecimentos (Parkes, 1971).

No entanto, este conjunto de crenças não é impenetrável e, quando se dá um acontecimento extramente impactante (e.g., a morte de um ente querido), este abala o mundo assumptivo do indivíduo, podendo até originar uma rutura neste sistema de crenças prévio (Calhoun & Tedeschi, 1998). Assim, quando um evento de tal magnitude desafia as crenças individuais, este tem de enfrentar não só a angústia resultante, como também a reavaliação dos seus princípios orientadores face ao funcionamento do mundo e, embora este desafio possa constituir um cenário potenciador de crescimento após um evento traumático, este não é linear e pode numa primeira instância, ser vivenciada a angústia (Calhoun et al., 2010).

Nesta linha de pensamento, evidências suportam que diferentes visões do mundo podem ser influenciadas pelos diferentes desafios psicológicos que certos tipos de mortes acarretam. Segundo Gillies e Neimeyer, uma “morte natural” (depois de uma longa vida) será mais facilmente aceite que a morte inesperada de uma criança. Isto porque, ao ser mais fácil encontrar um sentido, acarreta menos trabalho cognitivo, e por isso, os indivíduos mais facilmente sobrevivem ao *distress* e retomam o seu nível prévio de bem-estar (Gillies & Neimeyer, 2006). No entanto, as mortes que acarretam maior sofrimento, geram também uma rutura que requer uma reconstrução, acabando por potenciar um maior CPT (Tedeschi & Calhoun, 2006). Deste modo, Cann e colaboradores, concluíram que maiores interrupções nas crenças centrais estão associadas a maior crescimento (Cann et al., 2010), ou seja, ainda que os níveis de angústia sejam mais altos e estejam associados a maiores níveis de PTSD (Perturbação de Stress Pós traumático), maior será o potencial para o CPT (Calhoun et al., 2010).

Neste modelo, a ruminação desempenha um papel crucial nas tentativas de reconstrução ou reparação de um sistema de crenças viável após a morte, distinguindo as rumações intrusivas das mais deliberadas. As primeiras, referem-se ao tipo de pensamentos que são dificilmente controláveis e quase indesejados (associados a sintomas de PTSD). As segundas, são mais intencionais e focadas na compreensão de um desafio e na reconstrução da visão do mundo funcional. No entanto, devido ao impacto do sofrimento causado pela morte assim como, o facto das suas suposições serem desafiadas, existe uma tendência para experienciar, pensamentos intrusivos logo após a morte e, à medida que o sofrimento é sentido e o indivíduo começa a envolver-se em ruinações mais direccionadas a um objetivo, tendem a dominar os pensamentos deliberados e construtivos (Calhoun et al., 2010). Embora o modelo sugira um movimento de passagem de um estilo de ruminação para o outro, existe uma enorme probabilidade que ambos ocorram em simultâneo ou oscilem (Stroebe & Schut, 1999), pois os pensamentos intrusivos estimulam e possibilitam os pensamentos deliberados. Idealmente, a frequência e o impacto perturbador dos pensamentos intrusivos, diminuirá à medida que a

ruminação deliberada proporciona uma visão de mundo reconstruída, permitindo ao indivíduo encontrar significado na experiência da morte. No entanto, uma falha nesta construção pode estar associada a elevados níveis de ruminação intrusiva e, potencialmente, sofrimento contínuo. Contudo, realça-se o papel facilitador das influências socioculturais na construção de pensamentos mais construtivos (Calhoun et al., 2010), assim como as influências por meio de rituais culturais que fornecem um contexto para compreender e lidar com eventos como a morte (Bonanno et al., 2005).

Concluindo, recentes estudos empíricos sugerem que, a ruminação deliberada será mais fortemente preditiva do eventual CPT, enquanto que ruminações intrusivas apenas tendem a estar associadas ao crescimento, quando ocorrentes logo após o evento e não persistem interruptamente (Calhoun et al., 2010). Neste modelo, o eventual sucesso de reconstrução das crenças e pressupostos que constituem o mundo “assumptivo” do indivíduo está associado ao crescimento e, possivelmente, a uma visão e apreciação mais completa sobre o mundo e de quem os rodeia. No entanto, nem sempre essa nova visão do mundo pode estar associada a maiores níveis de bem-estar, podendo simplesmente existir uma aceitação do mundo como é, nem sempre controlável nem justo, mas real (Calhoun et al., 2010).

Fatores diferenciadores na experiência de CPT no luto

Variáveis sociodemográficas

Após a explicação do modelo anterior, torna-se evidente que existem fatores que poderão influenciar a experiência de CPT. Neste sentido, e uma vez que evidências empíricas sugerem a existência de fatores mediadores ligados a maiores probabilidades do CPT emergir do confronto com a perda de um ente querido (Michael & Cooper, 2013), revela-se importante a exploração dos mesmos. Assim, quanto às variáveis sociodemográficas, serão abordadas as que empiricamente se revelam significativas: Idade, Género, Suporte Social e Religião.

Em relação à idade, enquanto alguns estudos sugerem que existe somente uma pequena associação positiva entre a idade do enlutado e o CPT (Wolchik et al., 2008), uma meta-análise conduzida em 2006 demonstrou que jovens enlutados apresentam maior crescimento que os idosos (Helgeson et al., 2006). Numa linha de ideias oposta, um estudo realizado por Schaefer e Moos (2001) com viúvas, demonstrou que indivíduos com um estágio desenvolvimental mais avançado revelaram maior crescimento devido à forma mais adaptativa com que lidam com a morte. Neste sentido, conclusões sobre o papel da idade na experiência do CPT após o luto

revelam-se controversas e, embora a maturidade possa ser um fator que pode influenciar positivamente a experiência de CPT, são necessários mais estudos.

Quanto ao gênero, a relação com o CPT revela-se também pouco consensual. Enquanto alguns estudos apresentam uma relação não significativa entre o gênero e o CPT (e.g., Milam et al., 2004; Oltjenbruns, 1991; Wolchik et al., 2008), uma recente meta-análise conduzida por Vishnevsky e colaboradores reportou que as mulheres apresentaram maiores níveis crescimento que os homens (Linley & Joseph, 2004; Vishnevsky et al., 2010). Mais estudos são necessários no que concerne esta variável, especialmente porque as mulheres e os homens tendem a elaborar cognitivamente o trauma de forma distinta.

O suporte social, parece desempenhar um papel crítico no processo de crescimento em geral. Num estudo com 134 participantes verificou-se que o suporte social foi um preditor significativo de CPT para aqueles que perderam um ente querido (Aguirre, 2008). Igualmente, no estudo de Wolchick e colaboradores, o apoio dos pais em adolescentes enlutados foi significativamente correlacionado com quase todos os domínios de CPT, especialmente com o domínio: relacionamento com os outros e novas possibilidades (Wolchik et al., 2008).

No que respeita a religião, a maioria dos estudos sobre o luto revelam que a religião e a espiritualidade, na maioria dos casos, é benéfica no confronto com as consequências pós-trauma. Revelam ainda que, experiências traumáticas podem potenciar um aprofundamento da religião e/ou espiritualidade. Inclusive, verificou-se que a abertura religiosa e sua participação, a religiosidade intrínseca e o confronto positivo através da mesma, estão associados ao CPT (Joseph & Linley, 2005; Milam et al., 2004).

Variáveis associadas à perda do ente querido

Além das características sociodemográficas, também as circunstâncias em que ocorre o acontecimento assim como as suas especificidades, podem influenciar a experiência de CPT. Neste sentido, parecem existir variáveis que influenciam significativamente a experiência de CPT: tempo decorrido após acontecimento, durabilidade e severidade do mesmo (Schaefer & Moos, 2001).

Quanto ao tempo decorrido após a morte, vários têm sido os desafios metodológicos que restringem a capacidade da literatura em examinar o seu papel no CPT (Michael & Cooper, 2013). Um estudo longitudinal cuja amostra foi constituída por 50 adolescentes e jovens adultos que perderam os pais na infância, revelou que o tempo desde a morte estava negativamente relacionado com dois dos principais domínios do CPT: “a valorização da vida” e

“relacionamento com os outros”, ou seja, quanto maior o tempo decorrido após a morte, menor pontuação de CPT nesses domínios (Wolchik et al., 2008). Contrariamente, um estudo de Grenne e McGovern mostrou que quanto mais tempo passou desde a morte maior gratidão e bem-estar psicológico foi verificado, ainda que não se tenha verificado maior CPT (Greene & McGovern, 2017), o que é corroborado por Calhoun e Tedeschi quando assumem que o crescimento não ocorre no momento imediato pós-trauma, pois é necessário um processo de reestruturação e ruminação que pode demorar meses e até anos, desde que o acontecimento traumático ocorreu (Calhoun & Tedeschi, 1998). Tal como outras variáveis, a influência do tempo carece de consistência empírica sendo necessários mais estudos.

Também a severidade do trauma (neste caso específico, a perda de um ente querido) poderá influenciar o CPT. Um estudo que procurou avaliar o efeito da relação do enlutado com o falecido e a percepção de gravidade do trauma nas diferentes dimensões do CPT, revelou que os participantes que perderam um familiar de primeiro grau relatam níveis mais elevados de CPT do que os que perderam um familiar de segundo grau, confirmando a hipótese que quanto maior é a proximidade da relação com o falecido, maiores são os níveis de CPT. Em suma, e em consonância com pesquisas anteriores, quanto maior a severidade da perda, maiores são os níveis de crescimento (Armstrong & Shakespeare-Finch, 2011), ou seja, quanto maiores são os níveis de ameaça e danos percebidos, maior é a associação ao crescimento (Znoj, 2005). No entanto, é necessária prudência face a estas conclusões, pois ainda que as crenças do enlutado tenham de ser desafiadas, não poderá ser de forma excessiva (Calhoun et al., 2010), pois poderá resultar em baixos níveis de crescimento.

O estudo de Armstrong e Shakespeare-Finch (2011), sugere ainda outra questão fundamental, o grau de parentesco. De facto, existem referências que relatam o papel mediador do grau de parentesco na forma como o indivíduo enlutado sente a perda e é impactado pela mesma, tanto ao nível do bem-estar como da saúde (Schaefer & Moos, 2001). Por exemplo, um estudo demonstrou que a perda de um filho origina níveis mais elevados de depressão e sofrimento, em comparação à perda parental ou conjugal (Devries & Arbuckle, 2005). Quando comparada a perda parental com a conjugal, num estudo de Leahy (1997), a maior parte dos participantes relataram que a morte de um pai acaba por impulsionar uma maior maturidade através de uma maior independência e autoconfiança. Já na perda de um cônjuge, não é tão esperada a experiência de mudanças positivas, pois requer uma grande variedade de perdas (e.g., do projeto de vida, da perda do companheiro na educação dos filhos, etc.) (Stroebe & Schut, 2001). Deste modo, assim como outras variáveis, a influência do grau de parentesco é visível, mas carece de consenso, sendo necessários mais estudos.

Processamento cognitivo (*coping*)

Como verificado anteriormente, existem características tanto individuais como do acontecimento traumático, que influenciam a experiência do CPT. Quando nos referimos às características individuais, estas igualmente se irão manifestar de forma distinta face a uma situação de perda. Assim, atendendo às capacidades de *coping* individuais, verifica-se que após o confronto com um acontecimento traumático, alguns indivíduos tendem a entrar numa espiral desadaptativa, enquanto outros aparentam ter a capacidade de perceber e vivenciar mudanças positivas (Tedeschi & Calhoun, 2004). Consistentes investigações têm revelado que mecanismos cognitivos como estratégias de *coping* ativas, criação de sentido-significado e a ruminação, podem ter um papel fundamental na experiência de CPT (Michael & Cooper, 2013). A título de exemplo, a revisão de literatura de Linley e Joseph revelou que a ruminação e as intrusões foram positivamente associadas ao crescimento, demonstrando que o processamento cognitivo é necessário para a reconstrução das visões estilhaçadas após o trauma (Linley & Joseph, 2004). Por fim, o uso da resolução de problemas ativa (reestruturação cognitiva) aumenta a facilidade com que os indivíduos aderem a novas oportunidades e, portanto, ao seu crescimento após a perda (Wolchik et al., 2008). Posto isto, torna-se fundamental compreender tanto o tipo de estratégias de *coping* como o processamento cognitivo que os indivíduos enlutados utilizam, pois diferentes aspetos do crescimento podem ser particularmente sensíveis a certos tipos de atividade cognitiva após a perda (Michael & Cooper, 2013).

Coping

O conceito de Coping

Continuando na mesma linha de pensamento, muitas têm sido as investigações no âmbito da psicologia que se têm concentrado no estudo do *coping*, especialmente quando associado à vivência de situações ou momentos stressantes. Deste modo, este construto tem vindo a ser definido como um fator estabilizador que favorece o ajustamento individual e, conseqüentemente a adaptação a acontecimentos stressantes (Holahan & Moos, 1987). Embora existam diversas definições, o *coping* pode ser definido como um conjunto de pensamentos e ações em constante transformação, que se destinam a gerir as exigências ou desafios internos e externos percebidos como stressantes, ameaçadores e/ou que suplantam os recursos pessoais (Lazarus & Folkman, 1984). Segundo Lazarus e Folkman (1984), este construto é centrado no processo em vez de no traço, pois diferencia-se dos comportamentos que são automáticos e adaptativos. Neste sentido, propõem uma abordagem processual do *coping*, focalizando a

importância de reconhecer que este tipo de respostas são inevitavelmente influenciadas por fatores situacionais, contextuais e ambientais (Lazarus, 1993a). De um modo geral, o *coping* é considerado uma variável intermediária, ou seja, mediadora entre um evento e suas consequências ou resultados e, se os resultados a longo prazo deste processo forem positivos, conduzirá a efeitos adaptativos (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Com o evoluir da investigação, verificou-se que na década de 90, o estudo sobre este construto tem sido elaborado predominantemente na área da saúde e, atendendo ao facto da avaliação das estratégias de *coping* ser realizada, quer de modo geral quer em relação a situações particulares, a diferenciação entre abordagens disposicionais versus situacionais, tem recebido enfoque (Endler et al., 1998). Descrevendo estas abordagens, a primeira (abordagens disposicionais) aproxima-se da teoria do traço, focando-se nas estratégias de *coping* que geralmente são utilizadas em situações stressantes diversas, ou seja, a forma como, de um modo habitual, os indivíduos respondem a situações stressantes. Já a segunda (abordagens situacionais), visam identificar a forma como as estratégias de *coping* se alteraram perante as diferentes situações, ou seja, focadas num acontecimento específico (Ribeiro & Rodrigues, 2004). Neste sentido, é importante destacar, que a presente investigação será focada no *coping* situacional, pretendendo avaliar que tipo de estratégias de *coping* influenciam o CPT, quando associados a um acontecimento específico, neste caso: a morte de um ente querido.

Coping no Luto

Embora necessária a contextualização anterior acerca do *coping*, nesta investigação, a sua importância prende-se com a aplicabilidade ao luto, ou seja, que estratégias os indivíduos enlutados utilizam para gerir a perda de um ente querido. Como referido anteriormente, o *coping*, é um processo cognitivo e comportamental individual que é utilizado para gerir, minimizar ou tolerar, as exigências externas e internas que são percebidas pelo indivíduo como algo que excede ou sobrecarrega os seus recursos pessoais (Folkman et al., 1986). No entanto, quando nos referimos a indivíduos enlutados, diferentes serão as formas de gerir e enfrentar a situação stressante que se segue após a perda, assim como diferente será a reação emocional ao luto. Isto pressupõe que, certas estratégias de *coping* levam à redução das consequências negativas do luto e outras intensificam essas mesmas consequências (Stroebe & Schut, 2001).

Dado o propósito desta investigação, o foco sobre as estratégias de *coping* incide nas “estratégias adaptativas”. Estas, caracterizam-se por serem o tipo estratégias que realmente

conduzem a uma redução das consequências negativas (psicossociais e físicas) do luto ou até mesmo a sua redução. No entanto, a sua avaliação revela-se complexa, pois diferentes estratégias podem ser mais eficazes em diferentes aspetos e alturas do luto (e.g., umas podem ser uteis a curto prazo, mas prejudiciais a longo prazo e ainda outras poderem afetar positivamente a saúde física, mas perpetuar o sofrimento) (Stroebe & Schut, 2001). Metodologicamente, muitos estudos empíricos revelam lacunas face a este temática, sendo necessários mais estudos que travem esta carência.

Posto isto, previsões sobre as estratégias de *coping* eficazes no luto permanecem ainda imprecisas devido à grande variedade de estratégias empiricamente estudadas, assim como os diferentes stressores relacionados à duração no luto. No entanto, dois tipos de estratégias gerais são especialmente relevantes, nomeadamente: o *coping* focado no problema versus emoção e o confronto versus a evitação (Stroebe & Schut, 2001). Quanto ao *coping* focado no problema, este requer um papel ativo na gestão e resolução do problema que causa angústia, sendo o seu foco, a solução (Billings & Moos, 1981; Lazarus & Folkman, 1984). Já o *coping* focado na emoção, é direcionado à regulação da emoção resultante desse mesmo acontecimento (Billings & Moos, 1981). Esta forma de gerir a emoção pode ser realizada através de dois tipos de estratégias, sendo estas, as ativas e as evitativas (Holahan & Moos, 1987). Neste sentido, o *coping* emocional ativo, envolve a expressão das emoções ou a ressignificação cognitiva da situação stressante e o *coping* emocional evitativo envolve a supressão ou evitação das emoções (Suar et al., 2017). Assim, o enlutado pode evitar certas respostas emocionais (e.g., chorar pela perda pessoal), mas confrontar-se com outros aspetos da experiência (e.g., culpa pela morte do falecido) (Stroebe & Schut, 2001). Neste sentido, o primeiro (*coping* focado no problema) é mais apropriado em situações mutáveis, enquanto o segundo (*coping* focado nas emoções) em situações imutáveis. Em conformidade, alguns aspetos do luto poderão ser enfrentados através da emoção dado o seu carácter imutável (e.g., o facto do falecido não poder ser trazido de volta), e outros de uma forma focada no problema, dada a possibilidade mudança (e.g., o plantar e cultivar uma árvore em memória do falecido, mantendo o sentimento de proximidade) (Stroebe & Schut, 2010).

Neste sentido, após uma revisão de diversos artigos empíricos, Stanton e seus colaboradores (2002), verificaram que o *coping* centrado no problema revela-se positivamente associado a respostas mais funcionais e desejáveis, enquanto que o centrado nas emoções, encontra-se associado a resoluções menos eficazes ao nível do funcionamento psicossocial e emocional (Stanton et al., 2002). No entanto, dada a irregularidade e singularidade de um processo de luto, os resultados parecem exigir tanto estratégias focadas no problema como na

emoção, podendo até ocorrer de forma simultânea ao longo do processo. Assim, as diferenças do potencial adaptativo das respostas de *coping* têm de ser entendidas, considerando o carácter interativo e processual, a importância atribuída ao problema e à capacidade ou ausência de controlo que o indivíduo tem sobre esse mesmo problema (Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus, 1993b) Em síntese, um vez que o luto implica múltiplos stressores, uns mutáveis outros não, a compreensão de como estes influenciam e se relacionam com o resultado final, revela-se complexa. No entanto, ainda que seja difícil prever as relações diretas entre as estratégias adaptativas e o luto, estas indicam um papel mediador da avaliação cognitiva na adaptação à perda (Stroebe & Schut, 2001) e por isso, é um dos principais objetivos desta investigação.

Vinculação Adulta

O conceito de Vinculação

Como referido anteriormente, dos vários fatores que podem influenciar os resultados do luto, a teoria da vinculação tem recebido especial atenção (Huh et al., 2020; Stroebe, 2002). Assim, da mesma forma que a teoria do stress cognitivo forneceu alicerces para a análise do confronto com a perda, a teoria da vinculação fornece princípios que nos permitem examinar os diferentes tipos de relacionamento interpessoais, assim como o seu impacto nas reações ao luto (Stroebe et al., 2005). Deste modo, podemos definir a vinculação como um sistema comportamental inerente ao indivíduo que interfere e estrutura tanto os seus processos emocionais como de desenvolvimento, tendo como finalidade a proteção individual (Cassidy, 2008). Uma vez que estes processos, dependem e resultam da qualidade do vínculo que os indivíduos estabeleceram com as suas figuras significativas, o comportamento de vinculação diz respeito à capacidade e esforço que os indivíduos conseguem manter ou até alcançar, na proximidade com algum outro indivíduo que é percebido como mais eficaz em gerir as exigências externas, quer seja de ordem psicológica ou física (Bennett & Nelson, 2011).

Embora, Bowlby reconheça a importância da vinculação na sua generalidade, alguns outros investigadores forneceram diversos contributos que trouxeram um maior interesse ao estudo da vinculação numa idade mais avançada, que não a primeira infância (Canavarro et al., 2006). Dos vários, destacam-se os estudos de Main e colaboradores, sobre a dimensão representacional da vinculação (George et al., 1984), assim como os trabalhos de Hazan e Shaver (1987), onde foi explorada a possibilidade do amor romântico, ou seja a relação e

proximidade vivenciada parceiro amoroso, ser um processo de vinculação (Hazan & Shaver, 1987).

Neste sentido e, uma vez que a presente investigação se foca especificamente na vinculação adulta, ou seja, a forma como as pessoas se ligam ao longo da vida, revela-se importante o esclarecimento deste conceito. Bowlby (1969), considerou que a vinculação adulta na sua essência é muito próxima à que decorre na infância. Corroborando esta ideia, Weiss (1982) assume esta semelhança essencialmente a três níveis: as características comportamentais e emocionais, como por exemplo, o facto das respostas em situações de luto e de perda serem idênticas; a generalização da experiência, visto que os elementos emocionais associados à relação de vinculação na infância são também vivenciados na idade adulta; e por último, a ligação temporal, dado que o reconhecimento dos pares como figuras de vinculação se deve ao esbatimento da centralidade que os progenitores ocupavam neste sentido. Embora existam muitas semelhanças, a vinculação adulta não é exatamente o mesmo que a vinculação estabelecida com o cuidador na infância, e por isso, a sua maior diferença prende-se com a reciprocidade que marca as relações adultas, ou seja, o prestar e receber cuidados alternadamente, de acordo com as necessidades e o contexto de cada indivíduo na relação (Crowell et al., 2008; Hinde, 1997; Weiss, 1982).

Também o número de estilos de vinculação difere e todavia. Numa primeira instância, Shaver et al. (1998) nos seus estudos sobre as relações íntimas enquanto processo de vinculação, identificaram três estilos de vinculação (inseguro-evitante, inseguro-ambivalente e seguro). Numa fase posterior, Bartholomew e Horowitz (1991), baseando-se nas avaliações e representações internas, tanto em relação a si próprios como aos outros, propuseram um modelo de quatro categorias numa esfera bidimensional, originando quatro dimensões: “segura” e “preocupados”, já contemplados noutros modelos e, o estilo “evitante” onde identificaram dois subtipos: o “evitante-desligado” e o “evitante-amedrontado” (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Qualidade da Vinculação e Reações ao luto

De facto, identificando a função primordial da vinculação em proporcionar uma sensação de pertença e segurança (Canavarro et al., 2006), quando esta se rompe em virtude da morte de um ente querido, tende a surgir períodos de alta intensidade emocional. Várias têm sido as investigações que sugerem que o comportamento dos sujeitos enlutados é modulado pelo seu estilo de vinculação (Stroebe et al., 2005), assim como estes podem levar a diferentes

caminhos no lidar com a perda de alguém significativo: o luto complicado e o CPT (Huh et al., 2020).

Enquanto alguns autores se dedicaram essencialmente ao estudo dos estilos de vinculação, outros dedicaram-se ao entendimento do papel da segurança nas reações à perda, assim como as complicações que derivam deste processo. Parkes (2002), na tentativa de esquematizar os padrões de vinculação de indivíduos que recorreram a ajuda psiquiátrica no seguimento de um luto, desenvolveu diversas investigações. Generalizando as suas conclusões, as investigações revelaram que os indivíduos que mantiveram relações de vinculação seguras com as suas figuras cuidadoras na infância, demonstram menores níveis de *distress* e sofrimento após um luto quando comparados aos indivíduos com relações de vinculação inseguras. De uma forma mais pormenorizada, dentro das relações de vinculação insegura, verificou que os indivíduos que se descreveram como ambivalentes enquanto crianças, tendem a estabelecer relações conflituosas na vida adulta, sendo mais propensos a sofrer um luto prolongado e agarrando-se de forma contínua ao sofrimento. Noutra perspetiva, os adultos que enquanto crianças foram ensinados a evitar e reprimir as vinculações, permanecem pouco assertivos e agressivos, revelando dificuldades na expressão, tanto do afeto como da tristeza numa situação de luto. Por fim, adultos que cresceram sob rejeição familiar, num clima de violência, ameaça e depressão, revelaram falta de confiança em si próprios e nos outros, podendo sob stress, voltarem-se contra si próprios. Estes indivíduos, espelham o padrão de vinculação desorganizado de Main e, numa situação de luto, demonstram-se ansiosos, em pânico e/ou deprimidos, tendendo a adotar medidas de evitamento, como por exemplo recorrer ao álcool (Parkes, 2002).

Dada a extrema importância da teoria da vinculação no concerne o luto e suas reações, trabalhos têm sido desenvolvidos na base desta teoria, procurando aclarar estas questões. A título de exemplo, Wayment e Vierthaler (2002) levaram a cabo um estudo que procurou entender a relação entre os estilos de vinculação e as diferentes reações físicas e psicológicas. Os seus resultados demonstraram que o estilo de vinculação seguro se associou a níveis menores de depressão, enquanto que o inseguro-ambivalente a níveis mais altos e, o estilo de vinculação inseguro-evitante relacionou-se com maiores níveis de somatização (Wayment & Vierthaler, 2002). Na mesma direção, um estudo com pais que perderam um filho num acidente de comboio, procurou analisar o efeito dos diferentes tipos de vinculação nas respostas ao luto, assim como o papel moderador das estratégias de *coping* nessas mesmas respostas. As suas conclusões, revelaram que o estilo de vinculação inseguro-ambivalente/ansioso se associou a sentimentos severos de vergonha e culpa, mas ao mesmo tempo, se encontrou positivamente

associado a todos os tipos de estratégias de *coping*. Já a vinculação do tipo insegura-evitante relacionou-se com o luto complicado, estando negativamente associado a estratégias de *coping* adaptativas/ativas (Huh et al., 2020). Ainda, um estudo constituído por setenta e sete viúvos(as) que procurou avaliar a relação entre o estilo de vinculação adulta (seguro/inseguro) e a experiência de luto após a perda de cônjuge, preconizou que indivíduos com um estilo de vinculação segura se associam a mais altos níveis de resiliência face à depressão, menores níveis de culpa e tendem a sentir-se mais satisfeitos com o suporte social, enquanto que, indivíduos inseguros geralmente apresentam maiores níveis de raiva, desespero e depressão, levando a maiores níveis de ruminação e conseqüente somatização (Waskowic & Chartier, 2003). Neste seguimento, um outro estudo procurou explorar os fatores de risco e proteção e mecanismos subjacentes no luto complicado e no CPT, considerando a vinculação humana e divina. Os seus resultados inferiram associações significativas entre o tipo de vinculação inseguro e o luto prolongado por meio de mediadores de angústia, constatando que diante uma perda traumática de um ente querido, a capacidade e o desejo de efetivamente aceder às relações, ao processamento emocional e a reorganização cognitiva, se baseiam no modelo interno de vinculação que os indivíduos enlutados mantêm (Captari et al., 2021). Por fim, outro estudo preconizou que o processo de luto, tendencialmente é evitado em casos de vinculação desligada, segue um curso perturbado nos casos de vinculação amedrontada e é experienciado de uma forma mais implacável por indivíduos “preocupados” (Stroebe et al., 2010).

Como verificado, dificuldades conceptuais na categorização dos tipos de vinculação são evidentes na literatura, tornando o contributo da vinculação adulta no processo de luto controverso. Investigação antecedente tem se centrado fundamentalmente no papel dos estilos de vinculação e sua influência no processo de luto, no entanto, dadas as evidências de que os padrões de luto são influenciados pela forma como os indivíduos se vinculam aos outros, torna-se importante uma análise dimensional mais pormenorizada (Canavarro et al., 2006). Neste sentido, mais do que estilos de vinculação, pretendemos identificar quais as dimensões da vinculação adulta (Ansiedade, Confronto com a Proximidade e Confiança nos outros) que melhor predizem o CPT após a perda de um ente querido. Salienta-se ainda que, embora exista um paralelismo conceptual entre as dimensões da vinculação anteriormente apresentadas (Ansiosa, Segura e Evitante) e as dimensões que iremos utilizar (Ansiedade, Conforto com a proximidade e Confiança nos outros), as últimas capturam as estruturas centrais que se acredita serem a base das diferenças nos estilos de vinculação, sendo vistas como princípios norteadores de como o sistema de vinculação se manifesta em relacionamentos adultos (Collins & Read, 1990).

Presente Estudo

No seguimento da revisão de literatura, é importante sublinhar que o presente estudo traz uma visão mais salutogénica do luto que pouco enfoque tem recebido. O CPT é um conceito que tem vindo a crescer e, ainda que um corpo crescente de investigações na última década sugiram uma boa conexão entre os conceitos, pouco se sabe sobre o fenómeno do CPT no que concerne à perda de um ente querido (Michael & Cooper, 2013).

Neste sentido, e para além da inexistência de um estudo que avalie simultaneamente as variáveis anteriormente apresentadas, em Portugal, pouco tem sido o enfoque no estudo do CPT em situações de luto, concentrando-se este, essencialmente nos aspetos negativos provenientes do mesmo. Posto isto e, uma vez que no estudo das características psicométricas do *Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático* para a população portuguesa de Silva e Colaboradores (2009), preconizou que um dos acontecimentos significativamente adversos correspondeu a situações de perda ou morte de um elemento significativo (50%) e, devido ao facto, de após uma experiência de perda se poder seguir caminhos distintos, torna-se fundamental o estudo do CPT neste acontecimento traumático específico

Dada a complexidade de ambos os fenómenos, acrescenta-se também a importância de compreender o processo cognitivo do trauma, uma vez que este desempenha um papel fundamental no desenvolvimento do crescimento (Calhoun et al., 2000). Ademais, nenhum dos sistemas de categorias revistos até ao momento se prestam ao estudo do impacto relativo de diferentes fatores de risco e suas interações ou vias de mediação na adaptação ao luto e, uma vez que, o *coping* faz mediação entre os fatores stressantes e os resultados, para compreender os processos de ajustamento, torna-se necessário incluir esta variável na compreensão do crescimento derivado a um processo de luto (Stroebe et al., 2006).

Além do processamento cognitivo, várias têm sido as teorias que oferecem explicações para o processo de luto e sofrimento inerente (Parkes, 2002). É neste sentido, que entra a teoria da vinculação adulta, designada por diversos autores como a teoria de maior destaque no que respeita a compreensão da relação dos estilos de relacionamento individuais e as suas diferentes formas de reagir perante um luto (Stroebe, 2002). De facto, um número significativamente menor de estudos explorou estes dois conceitos (Stroebe et al., 2005) e, dadas evidências de que a forma como os indivíduos se vinculam pode representar tanto uma adaptação saudável à perda de um ente querido (Goin et al., 1979) como levar a diferentes caminhos no confronto com a mesma (Huh et al., 2020), revela-se também crucial avaliar o fenómeno de CPT através da teoria da vinculação adulta, agregando assim, um poder explicativo às variáveis em estudo.

Objetivos do Estudo

Em seguimento, o principal objetivo da presente investigação é estudar o CPT em população enlutada e perceber de que forma é que as estratégias de *coping* e dimensões da vinculação adulta vinculação se relacionam com este Crescimento.

Deste modo, para a compreensão deste fenómeno, foram criados os seguintes objetivos específicos:

- 1) Analisar os diferentes níveis de CPT nas variáveis sociodemográficas e do luto (e.g., circunstâncias que rodearam a perda; grau de parentesco à pessoa perdida; tempo decorrido após a perda; procura de apoio psicológico; impacto do acontecimento traumático (morte) e religião) – análises de caracterização
- 2) Avaliar a relação entre o impacto da perda do ente querido e o CPT através do efeito mediador das estratégias de *coping*.
- 3) Analisar o efeito das diferentes dimensões da vinculação adulta (Ansiedade, Conforto com a Proximidade e a Confiança nos Outros) sobre o CPT e também a sua relação com o impacto da perda de um ente querido.

Método

Desenho do Estudo

Este estudo trata-se de um estudo quantitativo, descritivo exploratório e correlacional com corte transversal, visto que a aplicação de questionários é efetuada num único momento.

Participantes

Neste estudo, a amostra utilizada é não probabilística, por conveniência. Deste modo, os principais critérios de inclusão neste estudo foram os seguintes: ter vivenciado a morte de um ente querido; ter idade superior a 18 anos; saber ler e escrever a língua portuguesa. Tendo sido a amostra final constituída por 889 (719 mulheres e 170 homens) que vivenciaram a morte de um ente querido.

Quanto às características sociodemográficas, apresentadas na tabela 1, os participantes apresentam idades compreendidas entre os 19 e os 78 anos. 97% dos participantes são de nacionalidade portuguesa ($N=862$), sendo que os restantes residem em Portugal e falam fluentemente a língua portuguesa ($N=27$). No que respeita o estado civil, a maioria dos participantes ou são casados (ou vivem em união de facto) ou são solteiros. A maioria concluiu, pelo menos, um grau do ensino superior (licenciatura) e grande parte dos participantes terminou os estudos após conclusão do ensino secundário. Quanto ao distrito, os participantes distribuíram-se por todos os distritos de Portugal, no entanto, Lisboa obteve a maior representatividade, seguida de Aveiro.

Relativamente às características do luto, apresentada na tabela 2, o tempo médio decorrido após a morte do ente significativo foi de 9.98 anos, sendo o mínimo 0 (correspondente a menos de um ano) e o de máximo 59 anos. Quanto ao grau de parentesco que tinham com o falecido, o mais representativo foi a perda dos avós, seguida do pai e posteriormente a mãe. Em relação à imprevisibilidade ou não da morte, observou-se quase um equilíbrio quanto aos participantes que perderam o seu ente querido de forma inesperada ou esperada. Quanto ao motivo da morte, a morte por doença crónica prolonga foi a mais representativa, seguida da morte por doença aguda/rápida. Relativamente ao acreditar numa religião ou sistema de crenças, a maioria dos participantes acreditavam, de facto, numa religião. No entanto, quando questionada sobre a prática regular dessa mesma religião ou sistema de crenças ligado à espiritualidade, observou-se o inverso. A maioria dos participantes não praticam. Por fim, observou-se que apenas uma minoria procurou apoio psicológico face à perda do seu ente significativo.

Tabela 1*Características Sociodemográficas (N=889)*

Variável	N(%) ou Média (DP)
Idade (M, DP)	43,74 (13,26)
Género	
Masculino	170 (19,1)
Feminino	719 (80,9)
Estado Civil	
Solteiro(a)	279 (31,4)
Casado(a)	341 (38,4)
Divorciado(a)	94 (10,6)
Viúvo	31 (3,5)
União de facto	144 (16,2)
Habilitações Literárias	
4º ano (1º ciclo do ensino básico)	4 (0,4)
6º ano (2º ciclo do ensino básico)	14 (1,6)
9º ano (3º ciclo do ensino básico)	66 (7,4)
12º ano (ensino secundário)	220 (24,7)
Curso tecnológico/profissional/outro	73 (8,2)
Bacharelato	38 (4,3)
Licenciatura	327 (36,8)
Mestrado	138 (15,5)
Doutoramento	9 (1,0)
Distrito	
Aveiro	104 (11,7)
Beja	17 (1,9)
Braga	8 (0,9)
Bragança	8 (0,9)
Castelo Branco	5 (0,6)
Coimbra	10 (1,1)
Évora	3 (0,3)
Faro	53 (6,0)
Guarda	4 (0,4)
Leiria	9 (1,0)
Lisboa	511 (57,5)
Porto	29 (3,3)
Portalegre	2 (0,2)
Santarém	18 (2,0)
Setúbal	53 (6,0)
Viana do Castelo	4 (0,4)
Vila Real	2 (0,2)
Viseu	16 (1,8)
Região Autónoma dos Açores	3 (0,3)
Região Autónoma da Madeira	30 (3,4)

Tabela 2*Características do Luto (N=889)*

Variável	N(%) ou Média (DP)
Acreditar numa religião ou sistema de crenças	
Sim	591 (66,5)
Não	234 (26,3)
Prefiro não responder	64 (7,2)
Praticar uma religião ou sistema de crenças	
Sim	281 (31,6)
Não	589 (66,3)
Prefiro não responder	19 (2,1)
Tempo decorrido após a morte (<i>M, DP</i>)	9,90 (9,56)
Grau de parentesco	
Mãe	160 (18,0)
Pai	229 (25,8)
Irmão/Irmã	34 (3,8)
Avô/Avó	257 (28,9)
Tio/Tia	47 (5,3)
Marido/Mulher	34 (3,8)
Filho/Filha	30 (3,4)
Primo/Prima	9 (1,0)
Amigo/Amiga	44 (4,9)
Outro	45 (5,1)
Morte esperada vs. Inesperada	
Esperada	373 (42,0)
Inesperada	516 (58,0)
Motivo da morte	
Doença aguda/rápida	248 (27,9)
Doença crónica/prolongada	434 (48,8)
Acidentes	51 (5,7)
Morte por ação humana	27 (3,0)
Outra	122 (13,7)
Prefiro não responder	7 (0,8)
Apoio Psicológico	
Sim	163 (18,3)
Não	726 (81,7)

Instrumentos

Em relação ao Questionário Sociodemográfico e do Luto, foi construído especificamente para este estudo, tendo como o objetivo tanto a recolha de dados tanto sociodemográficos (e.g., Idade, escolaridade, estado civil, etc.) como relativos ao Luto (e.g., quem é a pessoa perdida, quanto tempo após a perda, procura de apoio psicológico...) dos participantes, considerados pertinentes para a investigação (Anexo A). Quanto aos instrumentos

utilizados para estudar as variáveis da presente investigação, foram aplicadas as seguintes escalas/inventários:

Impact of event scale- Revised (IES-R). Esta escala desenvolvida por Weiss e Marmar (1997), surge como um upgrade da escala original (IES), tendo sido acrescentados sete novos itens (dimensão ativação fisiológica) e um à intrusão (Brunet et al., 2003; Weiss & Marmar, 1997). Cristina Vieira e colaboradores (2019), traduziram e adaptaram a IES-R para a população portuguesa, solicitando aos participantes a identificação de um acontecimento de vida significativo, que tenha sido percebido como fonte de grande stress. Quanto à sua constituição, a escala é composta por 22 itens, cujas respostas, de tipo *Likert*, variam de 0 a 4 (onde 0 corresponde a “Nada” e 4 corresponde a “muitíssimo”) correspondentes à frequência com que os sintomas descritos foram sentidos nos últimos tempos. Avalia 4 dimensões, nomeadamente: Ativação fisiológica ($\alpha=.904$); Intrusão ($\alpha=.849$); Evitamento ($\alpha=.812$); e Anestesia emocional ($\alpha=.523$). Neste sentido, e através da rotação varimax verificou-se que a estrutura obtida, é substancialmente diferente da obtida pelos autores originais, obtendo-se uma estrutura de quatro fatores, explicando 61.3% da variância total. Os valores totais das escalas são conseguidos através do somatório dos valores das respostas obtidas, sendo que pontuações mais elevadas na IES-R apresentam maior sintomatologia de stress traumático/sofrimento subjetivo. Quanto às capacidades psicométricas, a mesma apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,92 para o total da escala, indicando uma boa consistência interna (Vieira et al., 2019). Na amostra da presente investigação, verificou-se uma consistência interna semelhante, com um valor de Alfa de *Cronbach* de 0,94 para o total da escala e para as dimensões: Ativação fisiológica ($\alpha=.913$); Intrusão ($\alpha=.843$); Evitamento ($\alpha=.807$); e Anestesia emocional ($\alpha=.623$).

BriefCOPE. A versão reduzida do questionário BriefCOPE, originalmente desenvolvido por Carver (1997a), em alternativa ao inventário original “COPE”. Esta escala, foi adaptada para a população portuguesa por Ribeiro e Rodrigues (2004) e pretende avaliar estilos e estratégias de *coping*. É igualmente um instrumento de autopreenchimento que possui 28 itens divididos em 14 subescalas: *Coping* ativo ($\alpha=.65$); Planear ($\alpha=.70$); Utilizar suporte instrumental ($\alpha=.81$); Utilizar suporte emocional ($\alpha=.79$); Religião ($\alpha=.80$); Reinterpretação positiva ($\alpha=.74$); Auto-culpabilização ($\alpha=.62$); Aceitação ($\alpha=.55$); Expressão de sentimentos ($\alpha=.84$); Negação ($\alpha=.72$); Auto distração ($\alpha=.67$); Desinvestimento comportamental ($\alpha=.78$); Uso de substâncias (medicamentos/álcool) ($\alpha=.81$); e Humor ($\alpha=.83$); As respostas são dadas numa escala ordinal com quatro alternativas (de “0” a “3”) entre “nunca faço isto” correspondente a 0 até “faço sempre isto” correspondente a 3. No entanto, uma vez que a resposta pode ser alterada consoante o interesse do investigador e neste estudo interessa avaliar

o *coping* estado (associado a uma situação focada), a resposta foi alterada para “Fiz isto”. Assim, 0 corresponde a “Nunca fiz isto” e 3 corresponde a “Fiz sempre isto”. No que concerne à psicomетria, a estrutura fatorial da versão portuguesa da BriefCOPE mostra características idênticas à escala original e, tanto confirma a distribuição de itens pelas escalas a que pertencem como a consistência interna das suas dimensões (Ribeiro & Rodrigues, 2004). Na amostra da presente investigação, verificou-se uma boa consistência interna, com um valor de Alfa de Cronbach de 0,85 para o total da escala e, como apresentado no estudo de Dias e seus colaboradores (2012) as dimensões da escala foram reagrupadas em três dimensões: *Coping* focado no problema ($\alpha=.81$); *Coping* focado na emoção ($\alpha=.71$) e *Coping* evitativo ($\alpha=.75$) (Dias et al., 2012; Poulus et al., 2020).

Inventário do Desenvolvimento Pós-Traumático. *The Post-traumatic Growth Inventory* (PTGI) concebido por Tedeschi e Calhoun (1996) avalia a percepção subjetiva de mudanças psicológicas positivas em indivíduos que experienciaram acontecimentos vividos como traumáticos. Na sua versão original é constituída por 21 itens, sendo um questionário de autorresposta constituído por cinco fatores, nomeadamente: Relação com os Outros; Força Pessoal; Novas Possibilidades; Mudança Espiritual”; e Apreciação da Vida (Tedeschi & Calhoun, 1996). Num trabalho de Silva e colaboradores (2009), procedeu-se aos estudos psicométricos realizados com a versão portuguesa do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT), sendo importante salientar que o inventário foi validado em duas populações diferentes: pacientes com cancro da mama e população em geral (sem cancro da mama ou outras patologias associadas). Este instrumento manteve o mesmo número de itens que o original, cuja resposta varia de 0 a 5 (“Eu não experienciei esta mudança como resultado do acontecimento adverso” e “Eu experienciei completamente esta mudança como resultado do acontecimento adverso”, respetivamente) e avalia as mesmas cinco dimensões que a original. Quanto à sua constituição, através da análise fatorial o inventário não manteve a mesma estrutura que a original, sendo assim constituída por quatro fatores nomeadamente, “Percepção de recursos e competências pessoais” ($\alpha=.924$ na população em geral e $\alpha=.874$ na população com cancro da mama), “Novas possibilidade e valorização da vida” ($\alpha=.885$ na população em geral e $\alpha=.858$ na população com cancro da mama), “Fortalecimento das relações interpessoais” ($\alpha=.910$ na população em geral e $\alpha=.857$ na população com cancro da mama) e “Desenvolvimento espiritual” ($\alpha=.781$ na população em geral e $\alpha=.810$ na população com cancro da mama). O resultado desta escala é obtido através da soma dos itens individuais, sendo que um maior valor representa um maior crescimento pós-traumático. Quanto à sua psicométrica, no geral, esta escala demonstrou uma boa consistência interna, apresentando um

alfa de *Cronbach* de 0,937 para a população com cancro da mama e um alfa de *Cronbach* de 0,963 para a população em geral (Silva et al., 2009). Na amostra da presente investigação, verificou-se uma consistência interna semelhante que se revela muito boa, com um valor de Alfa de *Cronbach* de 0,95 para o total da escala e para as dimensões: Perceção de recursos e competências pessoais ($\alpha=.913$); Novas possibilidade e valorização da vida ($\alpha=.870$); Fortalecimento das relações interpessoais ($\alpha=.895$); e Desenvolvimento espiritual ($\alpha=.753$).

Escala da Vinculação do adulto (EVA). *The Adult Attachment Scale-R* originalmente desenvolvida por Collins & Read (1990) com o objetivo de ultrapassar limitações de instrumentos anteriores de avaliação da vinculação do adulto, resultando na atual versão de 18 itens. A análise fatorial revelou a presença de três dimensões (*close, depend, anxiety*) cada uma constituída por seis itens. A escala apresentou índices razoáveis de fiabilidade, apresentando *alphas de Cronbach* para as três dimensões (*Depend* $\alpha=.75$; *Anxiety* $\alpha=.72$ e *Close* $\alpha=.69$) (Collins & Read, 1990). Na versão sua portuguesa recebe a designação de Escala da Vinculação do Adulto (EVA), tendo sido adaptada e validada para a população portuguesa por Canvarro (1997). Na sua constituição é composto por 18 itens, sendo um questionário de autorresposta onde as mesmas variam de 1 a 5, sendo (1 “Nada característico em mim” e 5 “Exatamente característico em mim”). À semelhança da escala original avalia três dimensões, nomeadamente, a Ansiedade, o Confronto com a Proximidade e a Confiança nos Outros. Quanto às qualidades psicométricas, a EVA apresenta indicadores de fiabilidade, verificando-se um valor de *alpha* elevado (0,84) na sub-escala Ansiedade ($\alpha=.84$), não se verificando o mesmo com as subescalas Confronto com a Proximidade ($\alpha=.67$) e sobretudo com a Confiança nos Outros ($\alpha=.54$). No entanto, este facto não constitui uma limitação dado que o valor de *alpha* para o total da escala é elevado (0,81). Em comparação à estrutura da AAS-R, verifica-se que todos os itens saturam nas mesmas dimensões, com exceção dos itens 17 e 14. Na amostra da presente investigação, a escala apresentou uma boa consistência interna, com um Alfa de *Cronbach* de 0,80 para a escala total e para a dimensão Ansiedade ($\alpha=.89$), o que não aconteceu para as dimensões conforto com a proximidade ($\alpha=.65$) e Confiança nos outros ($\alpha=.64$).

Embora estas abordagens dimensionais (Ansiedade; Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros) permitam uma análise mais detalhada da vinculação, é possível fazer uma análise complementar de modo a classificar os indivíduos nos quatro protótipos de vinculação propostos por Bartholemew (1990): Seguros, Preocupados, Desligados e Amedrontados. Ainda que na presente investigação não se tenha utilizado este tipo de análise, revela-se importante salientar que conceptualmente existe um paralelismo entre as três dimensões constituintes e

estilos de vinculação. Entre a Ansiedade e a vinculação ansiosa, ou seja quanto maior a pontuação nesta dimensão mais ansiosa é a vinculação, entre a dimensão Conforto com a Proximidade e a vinculação segura, ou seja, quanto maior a pontuação mais segura é a vinculação e, por último, entre a dimensão Confiança nos Outros e a vinculação evitante, nomeadamente quanto mais baixa a pontuação apresentada mais evitante se traduz a vinculação (Canavarro et al., 2006).

Procedimento

Inicialmente, foi pedida a autorização para a utilização de todas as escalas/inventários que constituem o protocolo do presente estudo, a todos os autores responsáveis pela adaptação portuguesa das mesmas. A autorização foi obtida por parte de todos os autores sem quaisquer inconvenientes, procedendo assim à construção do protocolo.

O protocolo foi elaborado com recurso ao *Google Forms*, criando um formulário com os materiais necessários à execução do estudo que continha a seguinte ordem de instrumentos: Questionário Socio-Demográfico e do Luto (Anexo A), *Impact of event scale* (IES-R), versão reduzida do questionário BriefCOPE, Inventário de Crescimento Pós-traumático (IDPT) e por fim, a escala da Vinculação do adulto (EVA). Quanto à sua constituição, este continha um consentimento informado (Anexo B) que compreendia o objetivo do estudo, o carácter voluntário do mesmo, a protecção do anonimato e a confidencialidade dos dados, sendo estes meramente utilizados para efeitos estatísticos. Por fim, era apresentada uma questão de escolha dicotómica (Sim/Não), onde os indivíduos tinham de responder se aceitavam participar no estudo após a leitura do mesmo.

Revela-se importante salientar que antes de proceder à recolha da amostra, foi realizado um estudo piloto, tendo como objetivo a certificação de que todas as questões eram entendidas de forma correta, assim como garantir os cuidados éticos discutidos na construção do questionário. Neste sentido, após este estudo foram alteradas as questões face à religião, assim como o motivo da morte, acrescentando a hipótese de “prefiro não responder”. Após terminada a recolha da amostra, procedeu-se à construção da base de dados, tendo sido necessário criar uma regra de modo a recodificar a variável “tempo decorrido após a morte do ente querido”. Deste modo, as respostas em que não se obteve um valor numérico exato (e.g. mais de um ano; 1,5 anos), foram arredondadas para a unidade (e.g. 1,5 anos=1; 2,5 anos=2). Assim, ainda que não se tenha seguido a regra dos arredondamentos matemáticos, garantimos que mesmo sendo

um valor aproximado como referido no questionário, salvaguardou-se a única certeza obtida (e.g. um ano e meio corresponde garantidamente a um ano).

Por fim, com recurso às redes sociais (e.g., Facebook, Instagram, Whatsaap), foi possível divulgar o estudo, iniciando-se o recrutamento de participantes. Desta forma, a divulgação do estudo decorreu entre 25 de Dezembro de 2021 e 23 de Fevereiro de 2022, correspondendo este período à recolha de dados através de uma amostra de conveniência.

Análise de dados

Fechada a recolha de dados e finalizada a construção da base de dados, procedeu-se à análise dos mesmos, através do *Software IBM SPSS Statistics v. 27*. Inicialmente foi efetuada uma análise descritiva com recurso à média, desvio-padrão e frequências relativas das variáveis sociodemográficas e do luto, com o objetivo de caracterizar a amostra e entender a distribuição dos dados recolhidos. Posteriormente, analisou-se a tanto a fiabilidade de cada instrumento, como das suas dimensões constituintes, com o objetivo de compreender a consistência interna das medidas utilizadas para avaliar as variáveis em estudo.

Seguidamente, com o objetivo de dar resposta ao primeiro objetivo desta investigação (Analisar os diferentes níveis de CPT quando se considera as variáveis sociodemográficas e do luto) foram realizadas análises de caracterização através dos seguintes testes estatísticos: *Anova-one way*, para comparação de uma variável quantitativa entre três ou mais amostras independentes, *Test t* para a comparação de uma variável quantitativa entre duas amostras independentes e *Correlação de Pearson* para estudar a associação entre duas variáveis quantitativas. Quanto ao segundo objetivo deste estudo (Avaliar a relação entre o luto e o CPT através do efeito mediador das estratégias de *coping*), foi utilizada uma extensão do programa *SPSS*, o *IBM Process v. 27*. Assim, foi testado o efeito de mediação através de um modelo de regressão linear para analisar a relação entre a variável independente (luto) e a variável dependente (CPT) através do efeito mediador da terceira variável (*coping*). Para analisar o efeito esta mediação foram tidos em consideração os seguintes pressupostos: a) existe uma relação significativa entre a variável independente e a variável mediadora; b) a variável mediadora possui um efeito significativo sobre a variável dependente e c) a adição da variável mediadora ao modelo, reduz a importância da variável independente do modelo (Marôco, 2007).

Por último, para analisar o efeito das diferentes dimensões da vinculação adulta (Ansiedade, Conforto com a Proximidade e a Confiança nos Outros) sobre o CPT foi realizada

uma regressão linear múltipla, permitindo compreender a influência de diferentes V.I (dimensões da vinculação adulta) numa única V.D (CPT). Quanto à relação entre o Impacto da perda de um ente querido e os níveis de CPT, foi realizada uma Correlação de *Pearson* para estudar a relação entre as variáveis quantitativas. O nível de significância utilizado para as análises foi de 0,05 e, para diferenciar as correlações foram utilizados os seguintes valores: correlação baixa (r entre 0,10 e 0,29), correlação moderada (quando o r está compreendido entre 0,30 a 0,49) e correlação elevada (para r superior a 0,50).

Resultados

Objetivo 1: Análise dos diferentes níveis de CPT nas variáveis sociodemográficas e do luto.

Neste primeiro objetivo, foi avaliado o possível efeito das variáveis Sociodemográficas e do Luto sobre os níveis de CPT (IDPT), tendo sido considerado o valor total da escala (CPTtotal) e as diferentes dimensões que a constituem: Dimensão 1 (Perceção de Recursos e Competências Pessoais); Dimensão 2 (Novas Possibilidades e Valorização da Vida); Dimensão 3 (Fortalecimentos das Relações Interpessoais); e Dimensão 4 (Desenvolvimento Espiritual).

Inicialmente, ao analisar relação entre a idade dos participantes e o CPT, verificou-se que não existiu correlação significativa entre a idade e o CPT, tanto para a escala total como para as suas dimensões: CPTtotal e Idade, $r(887) = 0,69$, $p > 0,05$; D1 Perceção de recursos e competências pessoais e Idade, $r(887) = 0,29$, $p > 0,05$; D2 Novas possibilidades e valorização da vida e Idade, $r(887) = 0,62$, $p > 0,05$; D3 Fortalecimento das relações interpessoais e Idade, $r(887) = 0,96$, $p > 0,05$; D4 Desenvolvimento espiritual e Idade, $r(887) = 0,19$, $p > 0,05$. Em conclusão, não existiu uma correlação estatisticamente significativa entre Idade e CPT, $r(887) = 0,69$, $p > 0,05$, o que demonstra que a Idade não se revelou um fator estatisticamente significativo nos níveis de CPT.

De seguida, para determinar se existiram diferenças no CPT entre mulheres e homens, 889 participantes foram selecionados (170 homens e 719 mulheres). A homogeneidade de variâncias foi avaliada através do teste de *Levene* ($p > .05$), tendo sido violado este pressuposto na Dimensão 1 e 2 de CPT e, por isso, utilizada a estatística de *t student* com correção *Welch* nesses casos. O teste *t* mostrou que as mulheres apresentam maior média no CPTtotal que os homens, assim como em todas as dimensões, conforme verificado na tabela 3.

Tabela 3

Comparação de Médias entre Género (Feminino e Masculino) e o CPT (CPTtotal e Dimensões)

Género-CPT	Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Levene</i>	Comparação de grupos
CPTtotal	Homens (n=170)	44,51	27,56	$f=3,61$	$t(887)=-5,45;$
	Mulheres (n=719)	56,49	25,35	$p=.058$	$p<.001^*$
D1_Recursos pessoais	Homens (n=170)	14,35	8,97	$f=4,99$	$t(887)=-4,53;$
	Mulheres (n=719)	17,71	8,29	$p=.026$	$p<.001^*$
D2_Novas possibilidades	Homens (n=170)	12,31	8,18	$f=4,12$	$t(887)=-5,19;$
	Mulheres (n=719)	15,89	7,62	$p=.043$	$p<.001^*$
D3_Relações interpessoais	Homens (n=170)	12,11	8,65	$f=2,54$	$t(887)=-3,95;$
	Mulheres (n=719)	15,91	8,25	$p=.111$	$p<.001^*$
D4_Desenvolvimento espiritual	Homens (n=170)	4,74	4,19	$f=2,21$	$t(887)=-6,04;$
	Mulheres (n=719)	6,97	4,38	$p=.127$	$p<.001^*$

*Estatisticamente significativo se $p < .05$

Em síntese, existem diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino nos níveis de CPT, ou seja, em média, as mulheres apresentaram de forma estatisticamente significativa maiores níveis de CPT.

Quanto às diferenças no CPT entre os indivíduos que acreditam numa religião e os que não acreditam, 825 participantes foram selecionados (591 que acreditam e 234 que não acreditam). Salienta-se que 64 participantes preferiram não responder, não sendo por isso contabilizados para esta análise. A homogeneidade de variâncias foi avaliada através do teste de *Levene* ($p>.05$), tendo sido violado este pressuposto na Dimensão 1 e 4 de CPT e, por isso, utilizada a estatística de *t student* com correção Welch nesses casos. O teste t mostrou que os indivíduos que acreditam numa religião apresentam maior média no CPTtotal, assim como em todas as suas dimensões, ilustrado na tabela 4.

Tabela 4

Comparação de Médias entre a Variável Acreditar numa Religião (Sim vs Não) e o CPT (CPTtotal e Dimensões)

Acreditar-CPT	Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Levene</i>	Comparação de grupos
CPTtotal	Sim (n=591)	58,82	25,57	$f=0,06$	$t(823)= 7,66;$
	Não (n=234)	43,77	25,09	$p=.803$	$p<.001^*$
D1_Recursos pessoais	Sim (n=591)	18,13	8,16	$f=7,18$	$t(823)= 5,35;$
	Não (n=234)	14,56	8,81	$p=.008$	$p<.001^*$
D2_Novas possibilidades	Sim (n=591)	16,20	7,74	$f=0,08$	$t(823)= 5,64;$
	Não (n=234)	12,83	7,73	$p=.782$	$p<.001^*$
D3_Relações interpessoais	Sim (n=591)	16,56	8,23	$f=0,77$	$t(823)= 5,79;$
	Não (n=234)	12,86	8,39	$p=.380$	$p<.001^*$
D4_Deenvolvimento espiritual	Sim (n=591)	7,93	4,37	$f=78,46$	$t(823)= 16,86;$
	Não (n=234)	3,52	2,91	$p=.000$	$p<.001^*$

*Estatisticamente significativo se $p < .05$

Em conclusão, existiram diferenças significativas entre a variável acreditar numa religião nos níveis de CPT, ou seja, em média, os indivíduos que acreditam numa religião apresentaram de forma estatisticamente significativa maiores níveis de CPT.

Posteriormente, para determinar se existiram diferenças no CPT entre os indivíduos que praticam uma religião e os que não praticam, 870 participantes foram selecionados (281 que praticam e 589 que não praticam). Realça-se que 19 participantes preferiram não responder, não sendo por isso contabilizados para esta análise. A homogeneidade de variâncias foi avaliada através do teste de *Levene* ($p>.05$), tendo sido violado este pressuposto na Dimensão 1 ($p= .001$) e, por isso, utilizada a estatística de *t student* com correção Welch nesses casos. O teste *t* mostrou que os indivíduos que praticam uma religião apresentam maior média tanto no CPTtotal como em todas as suas dimensões, como exemplificado na tabela 5.

Tabela 5

Comparação de Médias entre a Variável Praticar uma Religião (Sim vs Não) e o CPT (CPTtotal e Dimensões)

Praticar-CPT	Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Levene</i>	Comparação de grupos
CPTtotal	Sim (n=281)	64,44	24,24	$f=2,97$	$t(868)= 8,23;$
	Não (n=589)	49,38	25,71	$p=.085$	$p<.001^*$
D1_ Recursos pessoais	Sim (n=281)	19,43	7,68	$f=11,54$	$t(868)= 5,98;$
	Não (n=589)	15,95	8,67	$p=.001$	$p<.001^*$
D2_Novas possibilidades	Sim (n=281)	17,48	7,44	$f=2,24$	$t(868)= 5,96;$
	Não (n=589)	14,14	7,85	$f=.135$	$p<.001^*$
D3_Relações interpessoais	Sim (n=281)	18,05	7,95	$f=2,69$	$t(868)= 6,59;$
	Não (n=589)	14,13	8,32	$p=.101$	$p<.001^*$
D4_Desenvolvimento espiritual	Sim (n=281)	9,48	4,07	$f=2,43$	$t(868)= 15,15;$
	Não (n=589)	5,16	3,89	$p=.120$	$p<.001^*$

*Estatisticamente significativo se $p < .05$

Concluindo, existiram diferenças significativas entre a variável praticar uma religião nos níveis de CPT, ou seja, em média, os indivíduos que praticam uma religião apresentaram de forma estatisticamente significativa maiores níveis de CPT.

Quanto à relação entre o tempo decorrido após a morte e o CPT, apenas 888 participantes foram selecionados, dado a existência de um omissor nesta variável. Não existiu correlação significativa entre o tempo e o CPT, tanto para a escala total como para as suas dimensões: CPTtotal e Tempo, $r(886)= 0,95$, $p > 0,05$; D1 Percepção de recursos e competências pessoais e Tempo, $r(886)= 0,19$, $p > 0,05$; D2 Novas possibilidades e valorização da vida e Tempo, $r(886)= 0,97$, $p > 0,05$; D3 Fortalecimento das relações interpessoais e Tempo, $r(886)= 0,35$, $p > 0,05$; D4 Desenvolvimento espiritual e Tempo, $r(886)= 0,75$, $p > 0,05$. Resumindo, não existiu uma correlação estatisticamente significativa entre o tempo e CPT, r

(887)= 0,69, $p > 0,05$. Deste modo, o tempo decorrido após a morte do ente querido não se revelou um fator estatisticamente significativo nos níveis de CPT.

De seguida, uma *Anova One-Way* foi executada para avaliar a relação entre o grau de parentesco que os participantes tinham com o falecido e o CPT, tendo sido 888 participantes selecionados e tendo-se verificado uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, $F(8,880) = 5,60$, $p = 0,000$. Deste modo, o grau de parentesco que os participantes tinham com o falecido revelou-se um fator estatisticamente significativo nos níveis de CPT e por isso, o teste *Post-Hoc Tukey* foi realizado para perceber onde existiam tais diferenças, podendo verificar-se na tabela 6 as diferenças significativas.

Tabela 6

Comparação de Médias entre os Grupos da Variável Grau de Parentesco no CPT

Grupo 1	Grupo 2	Diferença de Médias	<i>P-value</i> (Tukey)
Mãe	Filho/Filha	-18,53	0,009*
Pai	Marido/Mulher	-15,48	0,030*
	Filho/Filha	-20,80	0,001*
Avô/avó	Marido/Mulher	-19,25	0,001*
	Filho/Filha	-24,56	<0,001*
Tio/Tia	Filho/Filha	-23,34	0,003*
Amigo/Amiga	Marido/Mulher	-22,97	0,003*
	Filho/Filha	-28,29	<0,001*
Outro	Filho/Filha	-21,47	0,008*

*Estatisticamente significativo se $p < .05$

Nota: valor negativo na diferença de médias indica que na comparação entre grupo 1 e 2, o 1 revela menos CPT que o grupo 2.

^a Apenas são apresentados os resultados significativos

Em síntese, a análise *Post-Hoc* permitiu compreender que existem diferenças nos níveis de CPT, consoante o grau de parentesco que o indivíduo tinha com a pessoa falecida. Neste sentido, observou-se que os tipos de grau de parentesco que revelaram maior CPT quando comparados uns com os outros, foram o Marido/Mulher, Filho/Filha.

Após a análise anterior, para determinar se existiram diferenças no CPT entre as mortes esperadas vs inesperadas, 889 participantes foram selecionados (373 que perderam um ente significativo de forma esperada e 516 de forma inesperada). A homogeneidade de variâncias foi avaliada através do teste de *Levene* ($p > .05$), tendo sido validado este pressuposto tanto no CPTtotal como em todas as suas dimensões. O teste *t* mostrou que os participantes que perderam um ente significativo de forma inesperada apresentam maior média no CPTtotal e em todas as dimensões exceto na dimensão 3, como verificado na tabela 7.

Tabela 7

Comparação de Médias entre a Variável Previsibilidade da Morte (Esperado vs Inesperado) e o CPT (CPTtotal e Dimensões)

Previsibilidade - CPT	Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Levene</i>	Comparação de grupos
CPTtotal	Esperada (n=373)	51,39	26,68	$f=0,94$	$t(887) = -2,73$;
	Inesperada(n=516)	56,23	25,69	$p=.332$	$p=0,007^*$
D1_Recursos pessoais	Esperada (n=373)	16,23	8,71	$f=2,24$	$t(887) = -2,50$;
	Inesperada(n=516)	17,68	8,35	$p=.134$	$p=0,012^*$
D2_Novas possibilidades	Esperada (n=373)	14,14	7,91	$f=0,681$	$t(887) = -346$;
	Inesperada(n=516)	15,97	7,72	$p=.409$	$p=0,001^*$
D3_Relacoes interpessoais	Esperada (n=373)	14,91	8,48	$f=0,07$	$t(887) = -1,39$;
	Inesperada(n=516)	15,71	8,33	$p=.791$	$p=0,164$
D4_Desenvolvimento espiritual	Esperada (n=373)	6,10	4,43	$f=0,17$	$t(887) = -2,55$;
	Inesperada(n=516)	6,87	4,41	$p=.682$	$p=0,011^*$

*Estatisticamente significativo se $p < .05$

Concluindo, existiram diferenças significativas entre a variável previsibilidade da morte nos níveis de CPT, ou seja, em geral, os indivíduos que perderam um ente querido de forma inesperada apresentaram de forma estatisticamente significativa maiores níveis de CPT.

Quanto ao possível efeito do motivo da morte do seu ente significativo sobre o CPT, 881 participantes foram selecionados, tendo sido retirados aqueles que preferiram não responder. Não existiu uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos no CPTtotal, $F(4,877) = 1,224$, $p = 0.299$, assim como para as dimensões: D1 Percepção de recursos e competências pessoais, $F(4,877) = 1,596$, $p = 0.173$; D2 Novas possibilidades e valorização da vida, $F(4,877) = 1,987$, $p = 0.095$; D3 Fortalecimento das relações interpessoais, $F(4,877) = 0,759$, $p = 0.552$; e D4 Desenvolvimento espiritual, $F(4,877) = 0,699$, $p = 0.593$. Deste modo, a causa pela qual os entes queridos faleceram não se revelou um fator estatisticamente significativo nos níveis de CPT.

Por fim, face a este primeiro objetivo, para determinar se existiram diferenças no CPT entre os indivíduos que solicitaram apoio psicológico e os que não, 889 participantes foram selecionados (163 que tiveram apoio psicológico e 726 que não tiveram). A homogeneidade de variâncias foi avaliada através do teste de *Levene* ($p > .05$), tendo sido violado o pressuposto da normalidade em todas as variâncias, à exceção da Dimensão 4 ($p = 0,351$). O teste *t* mostrou que os indivíduos que tiveram apoio psicológico apresentam maior média que os que não praticam, tanto no CPTtotal, como em todas as suas dimensões, como exemplificado na tabela 8.

Tabela 8

Comparação de Médias entre a Variável Apoio Psicológico (Sim vs Não) e o CPT (CPTtotal e Dimensões)

Apoio psicológico - CPT	Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Levene</i>	Comparação de grupos
CPTtotal	Sim (n=163)	63,05	22,33	$z = 8,97$	$t(887) = 5,40$;
	Não (n=726)	52,21	26,61	$p = .003$	$p < .001^*$
D1_Recursos pessoais	Sim (n=163)	19,50	6,96	$z = 18,53$	$t(887) = 4,68$;
	Não (n=726)	16,52	8,75	$p = .000$	$p < .001^*$
D2_Novas possibilidades	Sim (n=163)	17,88	6,85	$z = 7,69$	$t(887) = 5,34$;
	Não (n=726)	14,61	7,94	$p = .006$	$p < .001^*$

D3_Relações	Sim (n=163)	17,88	7,56	z=4,74	t (887)= 4,57;
interpessoais	Não (n=726)	14,81	8,47	p=.030	p<.001*
D4_Desenvolvimento	Sim (n=163)	7,80	4,18	z=0,87	t (887)= 4,03;
espiritual	Não (n=726)	6,26	4,44	p=.351	p<.001*

*Estatisticamente significativo se $p < .05$

Em síntese, existiram diferenças significativas entre a variável apoio psicológico nos níveis de CPT, ou seja, em média, os indivíduos que tiveram apoio apresentaram de forma estatisticamente significativa maiores níveis de CPT.

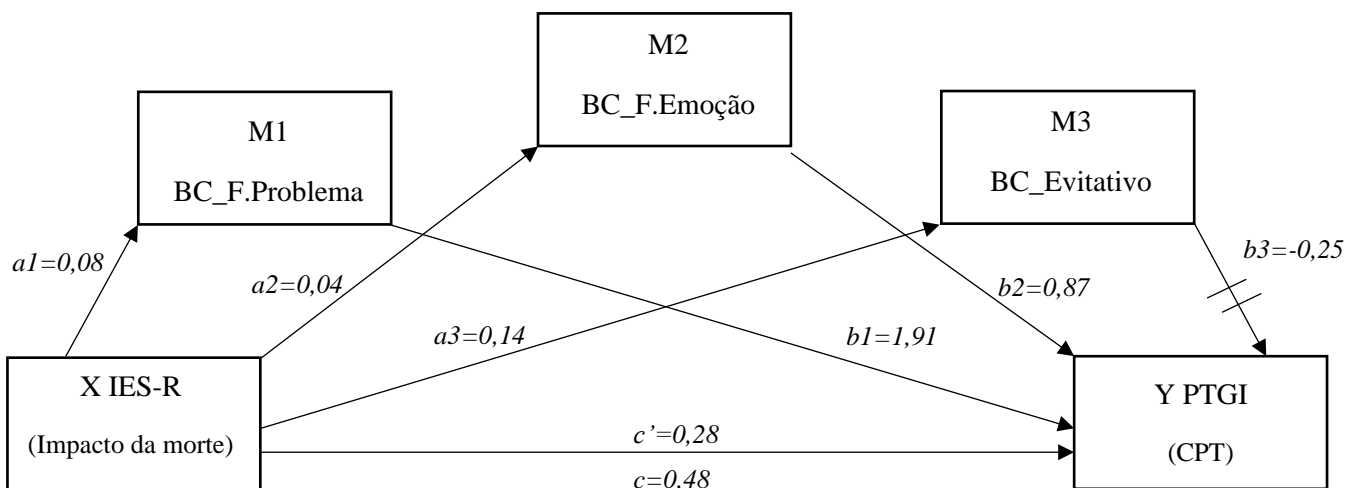
Objetivo 2: Avaliar o efeito mediador das estratégias de *coping* na relação o luto e o CPT

Neste segundo objetivo, foi realizada uma mediação múltipla (modelo 6 no *Process*), criando assim um modelo com as três variáveis mediadoras. Deste modo, procurou-se compreender que tipo de estratégias de *coping* medeiam a relação entre o impacto da morte de um ente querido e O CPT. Foram consideradas as escalas totais e as três dimensões: *coping* focado no problema, *coping* focado na emoção e *coping* evitativo.

Procurou-se compreender que tipo de estratégias de *coping* medeiam a relação entre o impacto da morte de um ente querido e o CPT. Para isso, criou-se um modelo de mediação, sendo este constituído por três variáveis mediadoras: *coping* focado no problema, *coping* focado na emoção, *coping* evitativo. Este modelo encontra-se exemplificado na figura 2, assim como as suas análises na tabela 9.

Figura 2

Modelo Integrando as Variáveis Mediadoras: Coping Focado no Problema, Coping Focado na Emoção e Coping Evitativo



Efeito indireto de X em Y através de M1 = $a1 \cdot b1$

Efeito indireto de X em Y através de M2 = $a2 \cdot b3$

Efeito indireto de X em Y através de M3 = $a3 \cdot b3$

Efeito direto de X em Y = c'

Efeito total de X em Y sem M = c

Tabela 9

Efeitos Totais, Diretos e Indiretos do Modelo Final: Estimativas Não Estandarizadas, Correspondentes Erros-Padrão, Intervalo de Confiança e Significância.

	β	SE	IC 95%	p
Efeito total				
IES-R \rightarrow PTGI	.48	.04	].40; .56[	<.001
Efeito direto				
IES-R \rightarrow BC_FP/BC_F/BC_E \rightarrow PTGI	.28	.05	].18; .21[	<.001
Efeito indireto total				
TOTAL	.20	.04	].12; .29[	Sig.
IES-R \rightarrow BC_FP \rightarrow PTGI	.15	.03	].11; .21[	Sig.
IES-R \rightarrow BC_FE \rightarrow PTGI	.04	.01	].02; .06[	Sig.
IES-R \rightarrow BC_E \rightarrow PTGI	-.04	.03	]-.09; .02[	NãoSig.

Após a criação do modelo, verificou-se que, em geral, as estratégias de *coping* medeiam a relação entre o impacto da perda de um ente querido e o CPT, à exceção do *coping evitativo*. Deste modo, o efeito da mediação (efeito indireto) foi significativo para o *coping* focado no problema $b= 0,15$ (95% Bca IC= [0,11; 0,21] e para o *coping* focado na emoção $b= 0,04$ (95% Bca CI= [0,02; 0,06], enquanto que para o *coping* evitativo não, $b= -0,04$ (95% Bca CI= [-0,09; 0,02]. Concluindo, o tipo de estratégias de *coping* utilizadas neste modelo influenciam os níveis de CPT, enquanto que o evitativo não. Observou-se deste modo uma mediação parcial, na medida em que o efeito total (c) para o efeito direto (c') diminui com a entrada das mediadoras de 0,48 para 0,28.

Objetivo 3: Avaliar o efeito das diferentes dimensões da vinculação adulta sobre o CPT e a relação entre o Impacto da perda de um ente querido e os níveis de CPT

Neste terceiro objetivo, foi realizada uma Regressão Múltipla para o efeito das dimensões da vinculação adulta sobre o CPT e também uma Correlação de *Pearson* de modo a analisar a relação entre as diferentes dimensões da vinculação adulta e o impacto da perda de um ente querido (IES-R).

Quanto ao efeito das dimensões da vinculação adulta (Ansiedade, Conforto com a proximidade e Confiança nos outros) sobre o CPT, numa primeira instância, avaliaram-se os pressupostos necessários, tendo sido verificados todos eles. Neste sentido, existiu linearidade da correlação entre variáveis, tendo sido avaliada por gráficos de regressão parcial e um gráfico de resíduos estudantis face aos valores previstos. Houve independência dos resíduos, avaliada pela estatística de Durbin-Watson de 2,075. Houve homocedasticidade dos resíduos avaliada pela inspeção visual de um gráfico de resíduos estudantis versus valores preditos não padronizados. Foi analisada a multicolinearidade, não se verificando a mesma, uma vez que os valores de tolerância apresentados foram superiores a 0,1 e os valores de VIF foram inferiores a 0,5. Não foram encontrados resíduos estudantis eliminados maiores que 3 ou menores que -3 desvios padrão e nenhum valor de alavancagem foi superior a 0,2 e valores para distância de Cook acima de 1. Por fim, a suposição da normalidade foi cumprida, tendo sido avaliada pelo gráfico QQ Plot.

Assim, o modelo obtido é significativo, $F(3,885) = 24,702$, $p < 0,05$. Observando-se um R^2 para o modelo global de 8% e um R^2 ajustado de 7%, ou seja, um efeito de pequeno porte segundo Cohen (1988).

Neste sentido, verificou-se que todas as dimensões da vinculação adulta são preditoras significativas de CPT, uma vez que $p < 0,05$, podendo os coeficientes de regressão e erros padrão ser encontrados na Tabela 10.

Tabela 10

Regressão linear múltipla para o CPT

CPT	B	Erro Padrão	Beta	t	p
Constante	24,93	6,21		4,01	<,001
Ansiedade	0,59	0,17	0,13	3,57	<,001
Conforto com a proximidade	1,88	0,25	0,27	7,66	<,001
Confiança nos outros	-0,97	0,27	-0,14	-3,64	<,001

Nota: Modelo = Inserir método no SPSS Statistics; B = Coeficiente de regressão não padronizado; Beta = Coeficiente de regressão padronizado;

Através da análise da tabela 1 podemos afirmar que a Ansiedade e o Conforto com a proximidade fazem aumentar os níveis de CPT, sendo que a variável com maior valor preditivo de CPT é o conforto com a proximidade (B=1,88). No entanto, verificou-se que Confiança nos outros faz diminuir os níveis de CPT (B= -0,97).

Por último, para avaliar a relação entre a vinculação adulta que os indivíduos mantem nas suas relações e o impacto que a perda do ente querido teve nestes mesmo indivíduos, foram avaliadas as dimensões da vinculação adulta e os score total da escala de impacto (IES-R). Existiu uma correlação significativa entre todas as dimensões da vinculação adulta e o impacto da morte (IES-R) (ver tabela 11).

Tabela 11*Correlação entre a Vinculação Adulta e o Impacto da morte (IES-R)*

Vinculação Adulta- Impacto da morte	Impacto da morte (IES-R)
Ansiedade	0,26*
Conforto com a Proximidade	-0,14*
Confiança nos Outros	-0,25*

*Estatisticamente significativo se $p < .05$

Concluindo, a forma como os sujeitos se ligam nas suas relações adultas esteja significativamente relacionado ao nível de impacto percebido pelos indivíduos após a perda de um ente querido, existem algumas especificidades. Observa-se uma correlação positiva baixa entre a dimensão ansiedade e o IES-R, ou seja, quanto maior a ansiedade na vinculação, maior é o impacto percebido pela perda $r(887) = 0,26$, $p < 0,05$. Contrariamente, observou-se uma correlação negativa baixa tanto na dimensão conforto com a proximidade e o IES-R $r(887) = -0,14$, $p < 0,05$, como na confiança nos outros e o IES-R $r(887) = -0,25$, $p < 0,05$. Neste sentido, verifica-se que quanto maior o conforto com a proximidade assim como a confiança nos outros, menor é o impacto percebido pelos indivíduos após a perda de um ente querido.

Discussão

De facto, os indivíduos enlutados não só tendem a enfrentar a perda, como prosperam com mesma. O presente estudo procurou analisar o CPT em população enlutada, bem como as suas vias de interação para este crescimento após a perda de um ente querido. De forma geral, os resultados obtidos revelaram que, após a perda de um ente querido, a maioria dos indivíduos efetivamente experienciaram mudanças positivas, ou seja, CPT. Também o *coping* e a vinculação se mostraram fatores importantes no processo de reconstrução e crescimento após a perda. Neste sentido, embora existam evidências empíricas que afirmam a existência de fatores mediadores ligados a maiores probabilidades da experiência de CPT (Michael & Cooper, 2013), os mesmos revelam-se controversos, surgindo assim o nosso primeiro objetivo: Analisar os diferentes níveis de CPT quando se consideram as variáveis sociodemográficas e do luto.

Quanto ao género, verificou-se que as mulheres apresentaram maiores níveis de CPT que os homens, contribuindo estes resultados para as inconsistências de estudos anteriores quanto ao papel desta variável no CPT. Algumas possíveis explicações poderão estar na base deste fenómeno, passando a primeira pelo processo de ruminação. Segundo Calhoun et al. (2010), a ruminação desempenha um papel crucial na reconstrução e reparação de uma sistema de crenças viável após um acontecimento como a morte de um ente querido. Corroborado por Treynor e colaboradores (2003), as mulheres envolvem-se em ruminações significativamente mais deliberadas. Assim, quanto mais se envolvem neste tipo de ruminações, maior será o reconhecimento dos benefícios por meio dos seus esforços para lidar com um evento traumático, e por isso, maior experiência de CPT (Vishnevsky et al., 2010). Outro fator que poderá explicar este acontecimento, diz respeito ao potencial mediador das estratégias de *coping* utilizadas no processamento do trauma. As mulheres revelam-se mais propensas a utilizar as estratégias cognitivas focadas a emoção (Thoits, 1991; Vingerhoets & Van Heck, 1990) que consequentemente promovem uma melhor gerência e manutenção do equilíbrio emocional. Assim, dado que o CPT resulta do confronto ativo com as consequências do evento traumático e, este tipo de *coping* incorpora precisamente esse processo, as mulheres tendem a pensar mais sobre o evento e elabora-lo cognitivamente, o que se traduz numa maior experiência de CPT.

No que concerne a religião ou sistema de crenças ligadas à espiritualidade, esta tendencialmente se revela benéfica no confronto com as consequências pós-trauma, assim como fornece uma estrutura para lidar com os possíveis desafios do luto (Park, 2005; Wortmann & Park, 2009). Na presente investigação foi possível aferir que indivíduos que acreditam e

praticam uma religião, apresentam maiores níveis de CPT do que os que não. Consistente com resultados anteriores, a religião tem vindo a ser classificada como um preditor fulcral na experiência de mudanças positivas (Balk, 1999). De facto, o luto é um evento doloroso que demanda um processo de reconstrução de significados que são desafiados e, dada a centralidade da religião para muitas pessoas, os sistemas de significados organizados segundo as linhas religiosas/espirituais, poderão promover a reorganização e desempenhar um papel central na aceitação da perda assim como reforçar a esperança e a busca de um significado no sofrimento (Park, 2005; Park & Halifax, 2011).

Relativamente ao grau de parentesco com o falecido, verificou-se que certos tipos de perda se encontram mais relacionados à experiência de CPT, especificamente a perda de um filho ou de um cônjuge. Segundo a literatura antecedente, estes resultados não seriam totalmente esperados, dadas as evidências de que após a morte de um filho se seguem maiores níveis de sofrimento e depressão (Devries & Arbuckle, 2005; Stroebe & Schut, 2001) e que após a perda de um cônjuge, se esperam menos mudanças positivas devido à multiplicidade de perdas que esta acarreta (Leahy, 1997). No entanto, esta descoberta vai de encontro à teoria primordial à cerca deste conceito, uma vez que afirma que as crenças individuais se revelam um fator fulcral na determinação de CPT (Tedeschi & Calhoun, 1995). Assim, quando um evento desta natureza desafia as crenças sobre o mundo, o indivíduo, não só tem de lidar com a angústia resultante do acontecimento como também reavaliar os seus princípios orientadores. Embora estes dois tipos de perda possam acarretar maior sofrimento, e serem mais desafiantes, geram também maiores níveis de CPT (Tedeschi & Calhoun, 2006). Ainda que se esperasse que a morte de um pai fosse igualmente avassaladora, pensamos que o facto do mesmo não se ter verificado poderá estar associado à inevitabilidade da vida, ou seja, embora na maioria dos casos seja uma morte inesperada, é natural da vida que os pais partam primeiro que os filhos, enquanto que um filho ou parceiro amoroso não. Também esta rutura no sistema de crenças poderá justificar os resultados obtidos quanto à previsibilidade da morte de um ente querido em que os indivíduos que experienciaram uma morte inesperada apresentaram maiores níveis de CPT do que os de forma esperada (e.g, uma doença crónica prolongada). Uma vez que, os eventos que acontecem de forma inesperada tendem a ser considerados mais traumáticos, numa primeira instância, estes originam tanto uma maior perceção de ameaça como grandes níveis de desespero. Assim, dada a tamanha intensidade com que se dá a disrupção das crenças fundamentais e dos significados pré estabelecidos, surge uma necessidade de reconstrução inevitável, que conseqüentemente origina CPT (Kállay, 2007; Linley & Joseph, 2002).

Por último, revela-se importante salientar a importância do apoio psicológico. De facto, verificou-se que os indivíduos que tiveram apoio psicológico, quando comparados com o que não, experienciaram maiores níveis de CPT. Existem evidências sobre a eficácia da intervenção psicológica em situações de luto, tanto nos processos “normativos”, como nos casos onde se verifica complicações neste processo (Johannsen et al., 2019). Inerente a este facto, está também a relutância do enlutado em procurar ajuda, pois a morte e o luto continuam a ser temas tabu na sociedade, predominando crenças como “o tempo cura tudo”. Posto isto, é fundamental dar espaço ao enlutado para que possa discernir sobre a sua necessidade de apoio psicológico e, embora as respostas ao luto variem em função das diferenças e especificidades de cada indivíduo, na maioria dos casos revela-se um fator importante no alívio de sintomas e facilitação da elaboração do processo de luto.

Embora a maioria das variáveis estudadas se tenham relacionado com o CPT, o mesmo não se verificou quanto à idade, quanto ao tempo decorrido após a morte do ente querido e quanto à causa da morte e, ainda que não exista um consenso geral quanto à influência destas variáveis no CPT, algumas possibilidades poderão estar na causa deste acontecimento. Quanto à idade, era esperado que indivíduos mais velhos obtivessem maiores níveis de CPT devido ao fator maturidade que é necessário para encontrar benefícios na sequência de um evento negativo (Milam et al., 2004). No entanto, tais resultados não se verificaram possivelmente por estudarmos apenas população adulta. Diversos têm sido também os desafios na avaliação do papel do tempo desde o evento traumático no CPT e, como temos vindo a verificar, a forma como o indivíduo percebe e elabora o acontecimento tem extrema influência no crescimento. Deste modo, pensamos que independentemente do tempo que passe desde o acontecimento, o crescimento provavelmente irá depender desta elaboração e não propriamente do fator tempo. Também a nível da amostra poderemos encontrar algumas possíveis justificações, especialmente ao nível da heterogeneidade nesta variável e o carácter transversal deste estudo, pois variável requer uma avaliação contínua e não num momento único. Por fim, embora exista um consenso geral quanto à suposição de que causas de morte violentas estão associadas a resultados negativos do luto (essencialmente suicídio, homicídio e acidente fatal) (Sanders, 1988; Stroebe & Schut, 2001), contrários à experiência de CPT, na presente investigação não foi possível aferir estas conclusões. Pensamos que talvez estes resultados estejam associados ao facto de todas as mortes possuírem características únicas, fazendo assim com que o próprio processo em lidar com a mesma, seja único e pessoal. Inclusive, ainda que amostra do presente estudo tenha contido algumas mortes violentas (por ação humana ou acidental), quando comparadas às mortes mais “naturais”, eram uma minoria.

O CPT é um construto multidimensional que requer processos cognitivos de reestruturação (Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004, 2007). Neste sentido, o nosso segundo objetivo procurou compreender o papel mediador das estratégias de *coping* entre o impacto da perda e o CPT. Quanto ao impacto da perda quando relacionada diretamente com os níveis de CPT, observou-se que quanto maior o impacto maiores são níveis de crescimento e, embora possivelmente percebido pelo senso comum como inesperado, estes resultados são consistentes com descobertas anteriores e enfatizam a importância da rutura nas crenças do indivíduo na reconstrução pós trauma.

Quanto às estratégias que se revelam mais eficazes no processo de luto, embora imprecisas segundo a literatura, os nossos resultados vão de encontro ao que seria esperado. De facto o *coping* medeia a relação entre o impacto da perda e o CPT, ainda que não se verifiquem em todos os seus domínios. Estas descobertas, poderão ser justificadas pelo facto de o *coping* focado no problema, requerer um papel ativo na gestão da resolução do problema (Billings & Moos, 1981; Lazarus & Folkman, 1984) e *coping* focado na emoção, na regulação da emoção resultante desse mesmo acontecimento (Billings & Moos, 1981). Assim, estes dois tipos de estratégias, embora possam não ser linearmente adaptativas, requerem um processamento do acontecimento, que consequentemente potencia o CPT. Enquanto que o *coping* evitativo, uma vez que solicita a supressão ou o evitamento das emoções que resultam do acontecimento (Suar et al., 2017), dificultam a elaboração do acontecimento e impossibilitam a experiência de CPT, contrariamente aos anteriores. Este tipo de estratégias, geralmente são interpretadas como mal adaptativas a longo prazo, o que inibe a recuperação e em vez de potenciar o CPT, sustenta os sintomas de PTSD (Hagenaars et al., 2011).

Todavia, como referido anteriormente, o processo de luto não é regular, muito menos universal e, mesmo que possa existir um tipo predominante de estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo enlutado, o processo de luto parece exigir diferentes tipos de estratégias, podendo até ocorrer de forma simultânea ao longo de todo o processo. Assim, ainda que seja difícil prever as relações diretas entre as estratégias adaptativas e o luto, estas indicam um papel mediador da avaliação cognitiva na adaptação à perda, sendo os resultados obtidos nesta investigação sustentados pelo Modelo do Processo Dual de Stroebe & Schut (1999). Este modelo, pressupõe um processo oscilatório e dinâmico entre estratégias de *coping* orientadas para perda versus para reestruturação (Stroebe & Schut, 2002, 2010), sendo aqui, que entra o papel do *coping* focado no problema e na emoção. De facto alguns aspetos relacionados com perda do ente querido, poderão ser melhor gerenciados de maneira focada na emoção, enquanto outras centradas no problema. A título de exemplo, quando considerada a situação hipotética

de necessidade de reparação da situação financeira do enlutado após a perda de um ente querido, a mesma poderá ser elaborada de forma focada na emoção, ou seja, preocupando-se excessivamente e elaborando emocionalmente o acontecimento, mas sem fazer nada concreto para mudar, ou focada no problema, tomando medidas para a solução do mesmo. Neste sentido, revela-se importante salientar, que embora lidar com o luto seja um processo regulatório complexo de confronto e evitação, e que estas duas orientações se revelam fundamentais no ajustamento ao mesmo (Stroebe & Schut, 2010), o evitamento não se revela um fator potenciador de CPT.

Várias têm sido as investigações que suportam a ideia de que o comportamento dos indivíduos enlutados é modulado pelo seu tipo de vinculação (Stroebe et al., 2005) assim como esta influência os diferentes caminhos no confronto com a perda (Huh et al., 2020). Na presente investigação, procurámos compreender a influência da vinculação adulta no CPT, avaliando assim as três dimensões que lhe são inerentes (Ansiedade, Conforto com a proximidade e Confiança nos outros). Os nossos resultados foram de encontro ao que esperávamos e, embora se tenha verificado que todas as dimensões da vinculação adulta sejam preditoras de CPT, o conforto com a proximidade revela-se fundamental. Como referido anteriormente, o processo de luto requer uma fase de reconstrução cognitiva que engloba esforços por parte dos indivíduos e, sendo o CPT um construto que inclui uma esfera de relacionamentos interpessoais, é esperado que indivíduos que se sintam mais confortáveis com a proximidade e intimidade, experienciem também maiores níveis de crescimento. Inclusive, é recorrente o fortalecimento das relações afetivas, tornando-se estas mais íntimas e próximas, marcadas por maior abertura e expressividade emocional (Da Silva et al., 2009). Pensamos que talvez a influência sociocultural positiva possa estar associada a estes resultados, uma vez que esta tendencialmente guia os indivíduos a envolverem em pensamentos mais construtivos e facilitam o crescimento (Calhoun et al., 2010), ou seja, indivíduos que apresentam maior disponibilidade na proximidade com o outro, estarão também mais disponíveis ao processo de identificação com outro, que poderá facilitar o CPT.

Quanto à dimensão ansiedade, embora possa parecer contraditório, estes resultados são consistentes com a teoria anteriormente evidenciada, pois para que o CPT ocorra é necessário um certo nível de desorganização interna. Tendencialmente, os indivíduos que experienciam CPT extraem um sentimento de maior força pessoal, ainda que seja acompanhado de um maior sentimento de vulnerabilidade e, embora aparentemente paradoxal, este acontecimento deve-se à tomada de consciência da própria vulnerabilidade que é necessária ao crescimento (Da Silva et al., 2009). Neste sentido, para que o indivíduo reconheça a sua própria fragilidade, necessita

de confrontar-se com ela e, como referido anteriormente, quanto maiores as interrupções nas crenças centrais, que conseqüentemente geram ansiedade, maior será também o crescimento (Cann et al., 2010). No entanto, verificou-se que a confiança nos outros, influência negativamente o CPT, ou seja, quanto maior a confiança que o indivíduo tem nos outros, menores serão os seus níveis de crescimento após a perda de um ente querido. Neste sentido, pensamos que talvez este acontecimento possa estar associado ao facto do CPT ser um processo fundamentalmente individual e interno que engloba um reavaliar das crenças individuais. Portanto, embora a confiança nos outros possa trazer uma maior segurança no confronto com as nossas próprias crenças, é um processo meramente individual e único que requer uma confiança no próprio e não externa.

Também o impacto da perda, se relaciona com a vinculação adulta. Ao analisar esta relação, verificou-se que quanto maior a ansiedade na vinculação maior o impacto percebido, enquanto que contrariamente, quanto maior o conforto com a proximidade e confiança nos outros menor é este impacto. Conceptualmente, poderemos associar este acontecimento às vinculações consideradas seguras, que segundo estudos conduzidos anteriormente, revelam um contributo importante na resposta adequada e tendem a favorecer o ajustamento no luto (Stroebe et al., 2005; Waskowic & Chartier, 2003). Seguindo esta linha de pensamento, a literatura sugere que, indivíduos que tendem a antecipar a perda e a rejeição ou como defesa, tendem a reprimir as emoções (conceptualmente associados à dimensão ansiedade) são os que maior apetência apresentam para experienciar elevados níveis de *distress* psicológico e físico nas suas reações ao luto (Field & Wogrin, 2011).

Neste sentido, os resultados obtidos foram de encontro ao esperado, uma vez que após a perda de alguém significativo, o sistema de vinculação é automaticamente ativado e impulsiona o indivíduo a procurar figuras de referência que o possam proteger e ajudar no confronto com o acontecimento (Waskowic, 2010). Ademais, esta procura acaba por desempenhar um papel fundamental na determinação de um processo pós-traumático ou não. Concluindo, revela-se fundamental salientar a importância destes últimos resultados, uma vez que permitem uma análise das dimensões subjacentes aos estilos de vinculação adulta sem perder o importante quadro conceptual que os une. Assim, podemos aferir que, a forma como os indivíduos se ligam aos outros na idade adulta se revela um fator de grande influência nas reações ao luto e conseqüente crescimento.

Limitações

Apesar de inovadora em Portugal, no decorrer desta investigação foram detetadas algumas limitações que poderão ter condicionado os seus resultados e que devem ser consideradas na compreensão dos mesmos.

Primeiramente, salienta-se o facto da amostra ser bastante homogénea no que concerne o género (maioritariamente mulheres), limitando assim a generalização dos resultados para a população portuguesa. Neste sentido, seria interessante reproduzir este estudo mas com igual representatividade de mulheres e homens. Ainda referente à amostra, o facto de esta ter sido não-clínica poderá também ter tido peso nos resultados obtidos, dado que na eventualidade de uma amostra com população clínica, ou seja, indivíduos enlutados a realizar um processo terapêutico, os resultados poderiam não ser tão evidentes. Assim, e tendo em consideração os resultados verificados quanto à influencia do apoio psicológico nesta temática, seria pertinente que futuros estudos, avaliassem o papel da intervenção psicológica, através de um estudo experimental comparativo (população clínica enlutada vs. população não-clínica enlutada). Outra limitação, diz respeito ao carácter transversal do estudo, uma vez que não foi possível averiguar as possíveis diferenças entre a variável tempo depois da morte e os níveis de CPT e também a influência da idade no mesmo. Deste modo, e dada a importância destas variáveis, revela-se pertinente que futuramente seja estudada a mesma população num estudo longitudinal, de modo a avaliar de uma forma contínua tanto o tempo depois da morte como a idade, tornando possível também a generalização de resultados.

Quanto aos instrumentos, salienta-se o facto de terem sido utilizados instrumentos de autorresposta, apontando assim para a possibilidade de enviesamento pela subjetividade que este tipo de medidas acarretam, assim como o papel da desejabilidade social. No entanto, para contrabalançar este fator, este estudo teve em consideração o sugerido pela literatura no que respeita a inclusão de medidas de avaliação de percepção de aspetos negativos pós trauma (Larsen et al., 2001) tendo sido utilizada uma medida que avaliou o impacto do acontecimento.

Considerações finais

Nesta investigação procurou-se estudar o CPT em população enlutada, assim como a influência do *coping* e da vinculação adulta, neste mesmo crescimento. Não obstante das limitações acima mencionadas, este estudo revela-se imprescindível na área do luto. Muitas têm sido as investigações que se concentram nas consequências negativas pós trauma/luto e possível patologia, mas pouco tem sido o foco na capacidade de recuperação e crescimento derivado deste acontecimento. É aqui que entra a nossa principal contribuição, ao providenciar um melhor entendimento sobre os fatores inerentes e potenciadores da experiência de CPT após a perda de um ente querido.

De facto, existem diferentes trajetórias após uma situação de perda e, por isso, revela-se fundamental redirecionarmos o foco das intervenções e investigações que tanto na patologia se têm concentrado e enaltecer o potencial humano de suplantação, que mesmo em acompanhamentos psicológicos no luto são deixados para segundo plano. Neste sentido, a descoberta de que indivíduos que experienciaram um maior sofrimento, experienciaram também maiores níveis de CPT, permite-nos aferir que ambos os processos são compatíveis em vez de antagónicos e podem, em última análise, gerar crescimento. No entanto, estes resultados não significam que a reação imediata à perda seja positiva e, por isso, cabe aos profissionais ponderação na generalização deste fenómeno, especialmente devido ao seu carácter único e individual.

Assim, proporcionando um melhor entendimento sobre os fatores que estão associados ao CPT nestas circunstâncias, torna-se possível aferir que, de facto, o processamento cognitivo e consequentes estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos no processo de luto se revelam fundamentais nas rotas para o CPT, assim como a forma como estes mesmos indivíduos se ligam aos seus pares influenciam o mesmo. Apesar de um grande progresso realizado nos últimos anos, pouco consenso existe sobre os processos inerentes e fundamentais à experiência de CPT na sequência de um processo de luto, tendo esta investigação um valor contributivo na compreensão das diferentes reações pós perda, que consequentemente poderão ser fundamentais na prática clínica com este tipo de população.

Foi na dor que cresci

Referências Bibliográficas

- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64 (4), 899–922. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00948.x>
- Aguirre, M. G. (2008). *An examination of the role of meaning in posttraumatic growth following bereavement* (Publication No. 3333103) [Doctoral dissertation, Auburn University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation (1st ed.). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315802428>
- Armstrong, D., & Shakespeare-Finch, J. (2011). Relationship to the bereaved and perceptions of severity of trauma differentiate elements of posttraumatic growth. *Omega: Journal of Death and Dying*, 63(2), 125–140. <https://doi.org/10.2190/OM.63.2.b>
- Balk, D. E. (1999). Bereavement and spiritual change. *Death Studies*, 23(6), 485–493. <https://doi.org/10.1080/074811899200849>
- Barreto M. P., Soler, M. D. C., & Yi Yi, P. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncologia*, 5(2–3), 383–400. <http://hdl.handle.net/10550/2135>
- Basso, L. A., & Wainer, R. (2011). Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo Comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 35–43. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100007&lng=pt&tlng=pt
- Beaumont, S. L. (2013). Art Therapy for Complicated Grief: A Focus on Meaning-Making Approaches. *Canadian Art Therapy Association Journal*, 26(2), 1–7. <https://doi.org/10.1080/08322473.2013.11415582>
- Bennett, S., & Nelson, J. K. (2011). Contemporary Theory and Research on Adult Attachment: Where is the Field Today? In *Adult Attachment in Clinical Social Work* (pp. 31–55). Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6241-6_3
- Bernstein, M., & Pfefferbaum, B. (2018). Posttraumatic Growth as a Response to Natural

- Disasters in Children and Adolescents. In *Current Psychiatry Reports* (Vol. 20, Issue 5). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0900-4>
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139–157. <https://doi.org/10.1007/BF00844267>
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). Varieties of grief experience. 21(5), 705–734. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00062-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00062-3)
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive after Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno, G. A., Papa, A., & O’Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and Preventive Psychology*, 10(3), 193–206. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(01\)80014-7](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(01)80014-7)
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Zhang, N., & Noll, J. G. (2005). Grief processing and deliberate grief avoidance: A prospective comparison of bereaved spouses and parents in the United States and the People’s Republic of China. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 86–98. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.86>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. I: Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. III: Loss*. Basic Books.
- Brown, T., & Stoudemire, G. A. (1983). Normal and Pathological Grief. *Jama*, 250(3), 378–382. <https://doi.org/10.1001/jama.1983.03340030038025>
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the Impact of Event Scale-Revised. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 56-61. <https://doi.org/10.1177/070674370304800111>
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. In *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 163–176. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0209>
- Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth:

- A proposed structural equation model. In *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 279–287. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.3.279>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1998). Beyond Recovery From Trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of Social Issues*, 54(2), 357–371. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.701998070>
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521–527. <https://doi.org/10.1023/A:1007745627077>
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Cann, A., & Hanks, E. A. (2010). Positive Outcomes Following Bereavement: Paths to Posttraumatic Growth. *Psychologica Belgica*, 50(1-2), 125–143. <http://doi.org/10.5334/pb-50-1-2-125>
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (ASS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 156-186. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v20i1.381>
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T., & Danhauer, S. C. (2010). The Core Beliefs Inventory: A brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, Stress and Coping*, 23(1), 19–34. <https://doi.org/10.1080/10615800802573013>
- Captari, L. E., Riggs, S. A., & Stephen, K. (2021). Attachment processes following traumatic loss: A mediation model examining identity distress, shattered assumptions, prolonged grief, and posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(1), 94–103. <https://doi.org/10.1037/tra0000555>
- Carqueja, E. (2017). Luto: um processo dinâmico. *Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos*. (1ª ed.). PACTOR. https://issuu.com/lidel/docs/cuidados_paliativos_issuu
- Carver, S. (1996). Foreword. In M. Zeidner & N. Endler. In *Handbook of Coping: Theory, research, applications* (pp. xi-xiii). New York: John Wiley & Sons.
- Cassidy, J. (2008). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook*

of attachment: Theory, research, and clinical applications (pp. 3–22). The Guilford Press.

- Clute, M. A. (2007). *A Grounded Theory Study of the Bereavement Experience for Adults with Developmental Disabilities Following the Death of a Parent or Loved One: Perceptions of Bereavement Counselors* [Doctoral dissertation, Case Western Reserve University]. OhioLINK Electronic Theses and Dissertations Center. http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=case1163885479
- Cobb, A. R., Tedeschi, R. G., Calhoun, & Cann, A. (2006). *Correlates of Posttraumatic Growth in Survivors of Intimate Partner Violence*. *20(3)*, 251–262. <https://doi.org/10.1002/jts.20171>
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult Attachment, Working Models, and Relationship Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58(4)*, 644–663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Crowell, J., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2008). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In *J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 599–634). The Guilford Press.
- Da Silva, S. I. M., Da Cruz Moreira, H. T., De Aguiar Pinto, S. M., Sousa, M. C. C., & Canavarro, P. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, *2(28)*, 105–133. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645444007>
- Dias, C., Cruz, J. F., & Fonseca, A. M. (2012). The relationship between multidimensional competitive anxiety, cognitive threat appraisal, and coping strategies: A multi-sport study. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, *10(1)*, 52–65. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2012.645131>
- Endler, N. S., Parker, J. D. A., & Summerfeldt, L. J. (1998). Coping with health problems: Developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*,

- 10(3), 195–205. <https://doi.org/10.1037//1040-3590.10.3.195>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571–579. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.50.3.571>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Freud, S. (1953). *Mourning and melancholia*. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. (London: Ho).
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984). *An Adult Attachment Interview: interview protocol*. (3rd ed.) *Unpublished manuscript*,. University of California, Berkeley.
- Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(1), 31–65. <https://doi.org/10.1080/10720530500311182>
- Greenberg, M. A. (1995). Cognitive processing of traumas: The role of intrusive Thoughts and Reappraisals. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1262-1296. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1995.tb02618.x>
- Greene, N., & McGovern, K. (2017). Gratitude, psychological well-being, and perceptions of posttraumatic growth in adults who lost a parent in childhood. *Death Studies*, 41(7), 436–446. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1296505>
- Hagenaars, M. A., Fisch, I., & Van Minnen, A. (2011). The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 132(1–2), 192–199. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.017>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797–816. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797>

- Hinde, R. A. (1997). *Relationships: a dialectical perspective*. Psychology Press
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946–955. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.5.946>
- Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K., & Chae, J. H. (2020). Attachment style, complicated grief and post-traumatic growth in traumatic loss: The role of intrusive and deliberate rumination. *Psychiatry Investigation*, 17(7), 636–644. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0291>
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253(December 2018), 69–86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262–280. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.3.262>
- Kállay, É. (2007). Posttraumatic Growth: a Brief Review. *Psychology Review*, 24, 76-98.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203010495>
- Larsen, J. T., McGraw, A. P., & Cacioppo, J. T. (2001). Can people feel happy and sad at the same time? *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(4), 684–696. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.4.684>
- Lazarus, R. S. (1993a). Coping theory and research: Past, present, and future. In *Psychosomatic Medicine*.
- Lazarus, R. S. (1993b). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 1–21. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.44.1.1>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e>
- Malkinson, R. (1996). Cognitive behavioral grief therapy. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 14(3), 155–171. <https://doi.org/10.1007/BF02238267>
- Marôco, J., (2007). *Análise Estatística Com Utilização Do SPSS*. (3 ed). Lisboa: Edições Sílabo
- Mathews, L. L., & Servaty-Seib, H. L. (2007). Hardiness and grief in a sample of bereaved college students. *Death Studies*, 31(3), 183–204. <https://doi.org/10.1080/07481180601152328>
- Michael, C., & Cooper, M. (2013). Post-traumatic growth following bereavement: A systematic review of the literature. *Counselling Psychology Review*, 28(4), 18–33.
- Milam, J. E., Ritt-Olson, A., & Unger, J. B. (2004). Posttraumatic Growth among Adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 19(2), 192–204. <https://doi.org/10.1177/0743558403258273>
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., Rieck, M., & Newbery, J. (2005). Multidirectional nature of posttraumatic growth in an Australian population. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 575- 585. <https://doi.org/10.1002/jts.20067>
- Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & Van Dyke Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 73–83. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9135-3>
- Ogińska-Bulik, N., & Kobylarczyk, M. (2015). Relation between resiliency and post-traumatic growth in a group of paramedics: The mediating role of coping strategies. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(4), 707-719. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00323>
- Oltjenbruns, K. A. (1991). Positive Outcomes of Adolescents' Experience with Grief. *Journal of Adolescent Research*, 6(1), 43–53. <https://doi.org/10.1177/074355489161004>
- Park, C. L. (2005). Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *Journal*

- of Social Issues, 61(4), 707–729. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00428.x>
- Park, C.L., Cohen, L., & Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 645–658. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00815.x>
- Park, C. L., & Halifax, R. J. (2011). Religion and Spirituality in Adjusting to Bereavement: Grief as burden, grief as gift. *Grief and Bereavement in Contemporary Society: Bridging research and practice*, 355–363. <https://doi.org/10.4324/9781003199762-33>
- Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1996). Coping and defense: A historical overview. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.). *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 3–23). John Wiley & Sons.
- Parkes, C. M. (1971). Psycho-social transitions: A field for study. *Social Science and Medicine*, 5(2), 101–115. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(71\)90091-6](https://doi.org/10.1016/0037-7856(71)90091-6)
- Parkes, C. M. (1998). Traditional models and theories of grief. *Bereavement Care*, 17(2), 21–23. <https://doi.org/10.1080/02682629808657433>
- Parkes, C. M. (2002). Grief: Lessons from the past, visions for the future. *Bereavement Care*, 21(2), 19–23. <https://doi.org/10.1080/02682620208657543>
- Poulus, D., Coulter, T. J., Trotter, M. G., & Polman, R. (2020). Stress and Coping in Esports and the Influence of Mental Toughness. *Frontiers in Psychology*, 11, 628 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00628>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... & Maciejewski, P. K. (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>
- Purc-Stephenson, R. J. (2014). The posttraumatic growth inventory: Factor structure and invariance among persons with chronic diseases. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 10–18. <https://doi.org/10.1037/a0035353>
- Ribeiro, J. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3–15.

- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (2001). Bereavement experiences and personal growth. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 145–167). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10436-006>
- Schwartzberg, S. S., & Janoff-Bulman, R. (1991). Grief and the Search for Meaning: Exploring the Assumptive Worlds of Bereaved College Students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10(3), 270–288. <https://doi.org/10.1521/jscp.1991.10.3.270>
<https://doi.org/10.1521/jscp.1991.10.3.270>
- Shuchter, S. R., & Zisook, S. (2010). The course of normal grief. *Handbook of Bereavement*, 1, 23–43. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511664076.003>
- Solomon, J., & George, C. (2011). *Disorganized Attachment and Caregiving*. The Guilford Press.
- Stanton, A. L., Parsa, A., & Austenfeld, J. L. (2002). The adaptive potential of coping through emotional approach. *Handbook of positive psychology*, 148–158. Oxford University Press.
- Stroebe, M. S. (2002). Paving the way: From early attachment theory to contemporary bereavement research. *Mortality*, 7(2), 127–138. <https://doi.org/10.1080/13576270220136267>
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197–224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (2001). Models of coping with bereavement: A review. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. (pp. 375–403). <https://doi.org/10.1037/10436-016>
- Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 349–371). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10436-015>

- Stroebe, M., & Schut, H. (2002). Coping with Bereavement: Implications of the Dual Process Model. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 17–28.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 61(4), 273–289. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2010). Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 259–268. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.007>
- Stroebe, M. S, Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science and Medicine*, 63(9), 2440–2451. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012>
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9(1), 48–66. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.1.48>
- Stroebe, M, Schut, H., & Van den Bout, J. (2013). *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals*. Routledge.
- Suar, D., Alat, P., & Das, S. S. (2017). Attachment Styles Predicting Posttsunami Trauma: The Mediating Effects of Coping. *Psychological Studies*, 62(2), 160–167. <https://doi.org/10.1007/s12646-017-0399-5>
- Tedeschi, Richard G. (2011). Posttraumatic growth in combat veterans. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(2), 137–144. <https://doi.org/10.1007/s10880-011-9255-2>
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tedeschi, R. G, & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R. G, & Calhoun, L. G. (2004). A clinical approach to posttraumatic growth. In

Positive Psychology in Practice (pp. 405–419). John Wiley & Sons, Inc.
https://www.researchgate.net/profile/Julian-Barling/publication/232553222_Leading_Well_Transformational_Leadership_and_Well-Being/links/59f7575baca272607e2d7da9/Leading-Well-Transformational-Leadership-and-Well-Being.pdf#page=429

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE : " Posttraumatic Growth : Conceptual Foundations and Empirical Evidence". *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). Time of change? The spiritual challenges of bereavement and loss. *Omega: Journal of Death and Dying*, 53(1–2), 105–116.
<https://doi.org/10.2190/7MBU-UFV9-6TJ6-DP83>

Thoits, P. A. (1991). Gender Differences in Coping with Emotional Distress. *The Social Context of Coping*, 107–138. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-3740-7_6

Vieira, C. P., Paixão, R., Silva, J. T. da, & Vicente, H. T. (2019). Versão Portuguesa da Impact Of Event Scale – Revised (IES-R). *Psique*, XVI, no1, 24–43.
<https://doi.org/10.26619/2183-4806.xvi.1.2>

Vingerhoets, A. J., & Van Heck, G. (1990). Gender, coping and psychosomatic symptoms. *Psychological Medicine*, 20(1), 125–135. <https://doi.org/10.1017/S0033291700013301>

Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Demakis, G. J. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 34(1), 110–120. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01546.x>

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2007). Post-traumatic growth and optimism as outcomes of an internet-based intervention for complicated grief. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(3), 156–161. <https://doi.org/10.1080/16506070701339713>

Waskowic, T. D., & Chartier, B. M. (2003). Attachment and the Experience of Grief Following the Loss of a Spouse. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 47(1), 77–91.
<https://doi.org/10.2190/0cmc-gyp5-n3qh-weh4>

Wayment, H. A., & Vierthaler, J. (2002). Attachment style and bereavement reactions. *Journal*

- of Loss and Trauma, 7(2), 129–149. <https://doi.org/10.1080/153250202753472291>
- Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (pp. 171–184). Basic Books.
- Wolchik, S. A., Coxe, S., Tein, J. Y., Sandler, I. N., & Ayers, T. S. (2008). Six-year longitudinal predictors of posttraumatic growth in parentally bereaved adolescent and young adults. *Omega: Journal of Death and Dying*, 58(2), 107–128. <https://doi.org/10.2190/OM.58.2.b>
- Worden, J. W. (1980). *Terapia do luto. Um manual para profissionais de saúde mental* (2a Ed.). Artes Médicas: Porto Alegre.
- Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (4ª ed.) Barcelona: Paidós.
- Wortmann, J. H., & Park, C. L. (2009). Religion/spirituality and change in meaning after bereavement: Qualitative evidence for the meaning making model. *Journal of Loss and Trauma*, 14(1), 17–34. <https://doi.org/10.1080/15325020802173876>
- Znoj, H. (2005). Bereavement and Posttraumatic Growth. In *Handbook of Posttraumatic Growth* (1st Editio). Death studies. <https://doi.org/10.4324/9781315805597-17>

ANEXOS

Anexo A) Questionário Socio Demográfico e do Luto

1. Idade: _____ anos.

2. Sexo: Masculino; Feminino; Outro

3. Estado Civil: Solteiro(a); Casado (a); Divorciado(a); Viúvo(a); Junto(a).

4. Habilitações Literárias:

Menos 4 anos de escolaridade 4º ano (1º ciclo do ensino básico) 6º ano (2º ciclo do ensino básico) 9ª ano (3º ciclo do ensino básico); 12º ano (ensino secundário); Curso tecnológico/profissional/outro; Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento

5. Nacionalidade: Portuguesa Outra

6. Distrito _____.

7. Acredita numa religião ou sistema de crenças ligadas à espiritualidade? Sim Não
 Prefiro não responder

8. Realiza regularmente práticas religiosas ou espirituais? Sim Não Prefiro não responder

Pense nas pessoas importantes para si que já faleceram. De seguida, pense na pessoa mais significativa que faleceu. Nas questões que se seguem, tenha em consideração essa pessoa.

9. Indique, aproximadamente, há quanto tempo essa pessoa faleceu (anos)- (menos de um ano=0) _____.

10. Em que medida a morte, foi para si, esperada: Inesperada; Esperada;

11. Indique qual era a ligação que tinha com essa pessoa: Mãe Pai Irmão/Irmã
Avô/Avó Tio/Tia Marido/Mulher Filho/Filha Primo/Prima Outro

11. Indique qual o motivo da morte: Doença aguda/rápida (ex. AVC, Ataque cardíaco) Doença Crónica/prolongada (ex. outras doenças cardiovasculares, diabetes, doenças do aparelho respiratório, digestivo, SIDA e tuberculose) Acidentes (ex. acidentes de viação, envenenamento, acidentes de trabalho) Morte por ação humana (violência física/homicídio/suicídio) Outra Prefiro não responder

12. Face a esta perda, indique se procurou apoio psicológico: Sim; Não

Anexo B) Consentimento Informado

Esta investigação, na qual está a participar, sobre o Processo de Luto e o Crescimento Pós-traumático, pretende compreender alguns dos fatores associados à possibilidade de Crescimento após o sofrimento, mais precisamente a morte de um ente querido. Neste sentido, pretende-se recolher informação que possa futuramente contribuir para uma melhoria de intervenção juntos de sujeito enlutados por parte de psicólogos, bem como outros profissionais que lidem com este tipo de situações.

Este é um projeto de investigação no âmbito das teses de Mestrado em Psicologia Clínica do ISPA-IU sob a orientação do Professor Doutor David Dias Neto, sendo que a responsabilidade do tratamento dos dados é da exclusiva responsabilidade dos investigadores.

A participação neste projeto, é totalmente voluntária e consiste no preenchimento de um questionário, composto por diferentes secções (questionários de autopreenchimento), cujo tempo despendido não passará de 10-15 minutos.

Os investigadores deste projeto comprometem-se a garantir total confidencialidade e anonimato sobre os dados e utilização dos mesmos somente para fins de investigação. A participação neste estudo não acarreta qualquer custo ou risco para si, pelo que é seu direito não responder a alguma questão, bem como desistir em qualquer momento.

Este questionário destina-se a sujeitos que tenham mais de 18 anos.

Agradecemos desde já a sua atenção e para alguma questão adicional ou caso pretenda receber os resultados do estudo, por favor contacte: Marta Gomes (marta.pfg@outlook.pt).

Eu, _____, declaro ter compreendido os objetivos deste estudo, e que me foram esclarecidas todas as questões e ACEITO/NÃO ACEITO (riscar a que não interessa) participar no presente estudo.

Data: _____