

QUALIDADE DA RELAÇÃO E CRESCIMENTO PÓS-
TRAUMÁTICO NO LUTO.

CATARINA GALAMBA FARINHA MARTINS

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA MARGARIDA FERREIRA DE ALMEIDA

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ALEXANDRA COELHO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do
grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Alexandra Coelho, apresentada no Ispa – Instituto Universitário para obtenção de grau de mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

A conclusão da dissertação representa, para mim, o encerramento de um capítulo bastante importante da minha vida. Cinco anos que passaram a correr, onde experienciei desafios, adquirei muitas aprendizagens e acima de tudo cresci como pessoa.

Primeiramente, quero agradecer a mim própria pelo esforço, a resiliência e o compromisso.

À minha família, obrigada por estarem sempre disponíveis e a torcer por mim. Em especial, à minha Mãe. Agradeço-te por me apoiares incondicionalmente e por acreditares em mim. Estes cinco anos só aconteceram porque tu os proporcionaste. Obrigada.

Aos meus amigos, Pedro, Cisca, Leo, Isa, Taísa e Tiago, obrigada pelas palavras de apreço, os conselhos, e a leveza transmitida. A ti, Joana. Foste uma companheira incrível ao longo do curso. Guardo comigo todos os momentos que vivenciámos juntas. Obrigada.

Ao Diogo Maria, o meu melhor amigo. Tornas tudo mais fácil. Obrigada, obrigada, obrigada.

Agradeço também ao meu grupo de trabalho da licenciatura. O ISPA nunca voltará a ver trabalhos e apresentações orais de tamanha qualidade.

Para terminar, agradeço a todas as pessoas que estiveram de alguma forma envolvidas no meu percurso académico. Particularmente, agradeço à professora Alexandra Coelho e à Margarida Ferreira pela orientação e apoio prestado constantes. Agradeço também à Joana e à Maria.

Muito obrigada pela ajuda que me concederam neste último ano!

Resumo

Introdução: Após a perda de um ente querido as pessoas podem experienciar mudanças psicológicas transformadoras, nomeadamente crescimento pós-traumático. Este processo tem sido amplamente estudado, contudo ainda existe muita incerteza a respeito do papel que o fator relacional desempenha neste mesmo processo. **Objetivo:** Analisar o impacto que a qualidade da relação com o ente querido, tem no crescimento pós-traumático das pessoas em luto. **Método:** A amostra é constituída por 269 indivíduos adultos que perderam um ente querido nos últimos 5 anos. Foram aplicados os seguintes instrumentos: Inventário do Crescimento Pós-Traumático Expandido (PTGI-X) e Escala da Qualidade da Relação entre Cuidador e Doente (EQR) através do Qualtrics. **Resultados:** A proximidade da relação demonstrou estar correlacionada de forma significativa ao crescimento pós-traumático ($r= 0,192$; $p<0,01$) em todas as suas dimensões, com exceção das Mudanças Espirituais e Existenciais. Já a relação de conflito apresenta uma correlação significativa com as dimensões Novas Possibilidades ($r= 0,127$; $p<0,05$), Força Pessoal ($r= 0,143$; $p<0,05$) e Apreciação da Vida ($r= 0,128$; $p<0,05$). Verificou-se ainda que a qualidade da relação próxima explicou 3,3% da variância do crescimento pós-traumático no luto. **Conclusão:** O estudo contribuiu para a investigação sobre o luto, nomeadamente para que os profissionais de saúde tenham em conta a qualidade da relação antes da morte, durante o luto antecipatório de modo a que haja um melhor ajustamento à perda.

Palavras-chave: qualidade da relação, crescimento pós-traumático, luto, crescimento pessoal, perda

Abstract

Introduction: After the loss of a loved one, people can experience transformative psychological changes, namely post-traumatic growth. This process has been widely studied, but there is still much uncertainty about the role that the relational factor plays in this process. **Objective:** To analyse the impact that the quality of the relationship between the loved one and the bereaved has on the development of post-traumatic growth in bereavement. **Method:** The sample consisted of 269 adult individuals who had lost a loved one in the last 5 years. The following instruments were applied using Qualtrics: Post-Traumatic Growth Inventory Expanded (PTGI-X) and the Quality of the Relationship between Carer and Patient Scale (EQR). **Results:** The quality of the relationship based on closeness proved to be significantly correlated with post-traumatic growth ($r= 0.192$; $p<0.01$) in all its dimensions, except for Spiritual and Existential Changes. A relationship of conflict only showed a significant correlation with the dimensions New Possibilities ($r= 0.127$; $p<0.05$), Personal Strength ($r= 0.143$; $p<0.05$) and Appreciation of Life ($r= 0.128$; $p<0.05$). It was also found that the quality of the close relationship explained 3,3% of post-traumatic growth variance. **Conclusion:** The study has contributed to research into bereavement, namely so that health professionals consider the quality of the relationship before the death, during anticipatory grief in order to occur a better adjustment to loss.

Keywords: relationship quality, post-traumatic growth, bereavement, personal growth, loss

Índice

Introdução	1
Enquadramento Teórico	3
Evolução dos Modelos Explicativos do Luto	3
Impacto do Luto	4
Qualidade da Relação e o Luto	6
Crescimento Pós-Traumático	8
Relevância do Estudo	13
Método	14
Participantes	14
Material	14
Procedimento	16
Análise de Dados	16
Considerações Éticas	17
Resultados	17
Caracterização da Amostra	17
Qualidade da Relação e o CPT	20
CPT em função das Variáveis Sociodemográficas e Tempo de Luto	21
Preditores do CPT	25
Discussão	25
Limitações e Futura Investigação	29
Implicações Clínicas	30
Referências	31
Anexos	41

Índice de Tabelas

Tabela 1. Característica Sociodemográficas da Amostra.....	18
Tabela 2. Características do Luto	19
Tabela 3. Média, desvio-padrão, coeficiente de Cronbach, mínimo, máximo, assimetria, curtose.....	20
Tabela 4. Correlações entre Crescimento Pós-Traumático e Qualidade da Relação	21
Tabela 5. Comparação de Médias entre Sexo (Feminino e Masculino) e CPT	22
Tabela 6. Comparação de Médias entre Faixa Etária e CPT	23
Tabela 7. Comparação de Médias entre Faixa Etária e dimensão Mudança Espiritual e Existencial – Teste Post-Hoc de Tukey	23
Tabela 8. Comparação de Médias entre Tempo do Falecimento e CPT.....	24
Tabela 9. Comparação de Médias entre Tempo do Falecimento e dimensão Novas Possibilidades – Teste Post-Hoc de Tukey.....	24
Tabela 10. Comparação de Médias entre Tempo do Falecimento e dimensão Força Pessoal – Teste Post-Hoc de Tukey.....	24
Tabela 11. Comparação de Médias entre Tempo do Falecimento e CPT – Teste Post-Hoc de Tukey	25
Tabela 12. Regressão Linear Múltipla do CPT	25

Índice de Anexos

Anexo A. Questionário Sociodemográfico	42
Anexo B. Inventário de Crescimento Pós-Traumático Expandido (PTGI-X).....	43
Anexo C. Escala da Qualidade da Relação (EQR)	44
Anexo D. Consentimento Informado	45
Anexo E. Parecer da Comissão de Ética	47
Anexo F. Folheto Informativo do Luto	48

Introdução

No ano passado o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024) registou 118 295 óbitos em Portugal, estimando-se que por cada óbito 3 a 5 pessoas estão em luto. A perda de um ente querido é um acontecimento amplamente estudado, no que toca os seus impactos negativos no funcionamento do enlutado (Stroebe et al., 2006; Tedeschi & Calhoun, 1996). Contudo, evidência empírica demonstra que eventos traumáticos, como a perda de um ente querido, podem promover mudanças positivas, tais como o desenvolvimento pessoal e social (Cormio et al., 2015). Linley e Joseph (2004) referem que, entre pessoas que viveram uma experiência traumática (e.g., luto), cerca de 30 a 70% relataram ter percecionado mudanças positivas.

Neste sentido, os autores Calhoun e Tedeschi (1995) introduziram o construto multidimensional denominado Crescimento Pós-Traumático (CPT), que é definido pela perceção de mudanças positivas, ao nível psicológico, resultantes do confronto com situações extremamente adversas. A literatura relata que estas mudanças, decorrentes de processos cognitivos de reconstrução de crenças (Janoff-Bulman, 2004) são, geralmente, percecionadas nas seguintes áreas: Novas Possibilidades, Relação com os Outros, Força Individual, Apreciação da Vida e Mudança Espiritual e Existencial (Tedeschi et al., 2018). Por exemplo, uma revisão sistemática de Michael e Cooper (2013) demonstrou que os participantes enlutados reportavam a perda vivida, como um catalisador de transformações positivas no seu autoconceito.

Estudos referem que o ajustamento pós-perda pode ser explicado através do processo de luto e do CPT (Yu et al., 2016). Contudo, apesar de existirem evidências de que níveis mais elevados de luto são concomitantes com um aumento do crescimento individual (Büchi et al., 2007), existem também autores que indicam correlações contrárias entre a intensidade do luto e o CPT (Engelkemeyer & Marwit, 2008; Hogan & Schmidt, 2002), enfatizando assim a individualidade que é a experiência do luto e do CPT (Hurst & Kannangara, 2022).

Não obstante, a literatura demonstra que há vários fatores comuns que influenciam o processo de desenvolvimento do CPT dos indivíduos. Estes fatores inserem-se, essencialmente, nas características sociodemográficas, traços de personalidade, estado de saúde mental pré-trauma e crenças centrais existentes antes do evento traumático (Tedeschi et al., 2018). Especificamente a respeito do luto, a resiliência, o suporte social,

a centralidade do evento traumático, o *coping* religioso, e o tempo desde o falecimento são alguns dos fatores que demonstram ter uma relação positiva com o CPT.

Outro foco da investigação tem sido a relação pré-morte entre o ente querido e o enlutado. Os estudos concluem que este fator tem um impacto no processo de luto (Smigelsky et al., 2020), e que a proximidade desta relação é um forte preditor (Burke & Neimeyer, 2013) do luto. Cleiren et al. (1994) afirmam que a intensidade e a qualidade da ligação, com o ente querido, definem a dimensão do sofrimento da pessoa em luto. No entanto, no que refere à associação entre a relação pré-morte e o CPT, a literatura é escassa, sendo habitualmente o grau de parentesco o principal foco de atenção e não a qualidade da relação em si (Ryan & Ripley, 2021). Nos poucos casos em que esta variável é estudada, os estudos apresentam resultados inconsistentes (Oginska-Bulik, 2015). A presente investigação tem assim o propósito de colmatar esta lacuna empírica, analisando a associação entre a qualidade da relação e o CPT no luto.

Posto isto, a dissertação apresentada é composta por quatro secções principais. A primeira compreende a introdução dos temas, a sua definição e exploração com base na literatura. No final desta secção são ainda apontados os objetivos e a relevância deste estudo. Na segunda secção encontra-se o método, que compreende os participantes, material, procedimento, análise de dados e considerações éticas. A terceira secção é constituída pelos resultados obtidos. Por último, a quarta secção corresponde à discussão onde foram explorados, tendo em conta a literatura, os resultados. Aqui, foram também incluídas as limitações, as recomendações para estudos futuros e as implicações dos resultados para a prática clínica.

Enquadramento Teórico

A perda de um ente querido é um acontecimento que, eventualmente, todos experienciam ao longo da vida. Deste modo, o luto é universal, no entanto, também único e subjetivo, definindo-se como uma “resposta adaptativa a uma experiência de perda de vínculo afetivo que desencadeia um processo dinâmico de mudança e de transformação envolvendo dimensões físicas, psicológicas, comportamentais, espirituais e socioculturais da experiência humana” (Barbosa, 2016). A sua universalidade não suprime o facto de o luto ser um evento traumático (Holmes & Rahe, 1967), especialmente ser for uma perda inesperada ou violenta (Captari et al., 2021). O luto pode ter na sua origem a perda física de um ente querido (Vegsund et al., 2019), a perda de um emprego (van Eersel et al., 2019), de um membro (Bennett, 2016), ou até mesmo a perda de um projeto de vida, devido ao diagnóstico de uma doença terminal, por exemplo (Kübler-Ross, 1973).

Evolução dos Modelos Explicativos do Luto

Ainda que, atualmente, exista uma definição mais consensual acerca do luto e dos seus processos inerentes, a realidade nem sempre foi esta, dado que o conceito de luto foi sofrendo alterações ao longo dos tempos. Um dos modelos mais conhecidos é o de Kübler-Ross (1973) que considerava que o luto era experienciado através das seguintes fases: choque e negação; raiva, ressentimento e culpa; negociação; depressão; e aceitação. Este modelo acabou por ser adaptado, uma vez que estas fases não são vivenciadas sempre de forma linear, podendo ser experienciadas simultaneamente.

Após esta teoria, surgiu o modelo das Tarefas de Luto de Worden (2015) que defendia o luto como processo ativo que compreende quatro tarefas: aceitação da realidade da perda, processamento da dor, ajustamento (interno, externo e espiritual) a um mundo onde o ente querido não está presente, e realocação emocional do ente querido através de uma forma que permita “seguir em frente” com a vida. Estas não ocorrem obrigatoriamente por uma ordem fixa, podendo inclusive ocorrer em simultâneo. Worden (2018) considerava ainda que existiam sete elementos determinantes para entender a experiência do enlutado, designadamente, quem era o ente querido, a natureza do vínculo com o falecido, o modo como o ente querido faleceu, os antecedentes históricos, os traços de personalidade, os mediadores sociais e os fatores de stress concomitantes.

Outro modelo teórico do luto foi o modelo *Dual de Coping* de Stroebe & Schut (1999), assente numa perspetiva cognitiva, onde o luto é apresentado como um processo que oscila entre o *coping* orientado para a perda e o *coping* orientado para o restabelecimento. O primeiro modo de funcionamento é caracterizado por estratégias de *coping* focadas nas emoções, em que o enlutado experiencia e manifesta as diversas respostas emocionais à perda. O segundo está relacionado com estratégias de *coping* focadas no problema, em que é necessário haver um foco nos aspetos externos que influenciaram o ajustamento do enlutado à perda. O foco nas estratégias de *coping* difere de pessoas para pessoa, de momento para momento, dependendo também do ambiente cultural.

Neimeyer (2000) introduziu o *Meaning Reconstruction Model* que explica como a perda provoca no enlutado um processo de reconstrução do mundo de significados. Neimeyer descreve que este processo de reconstrução deve envolver seis fatores: 1) tentativa de encontrar ou criar um novo significado na vida do enlutado, bem como na morte do ente querido; 2) a integração do significado e a sua construção; 3) a construção do significado como um processo interpessoal e também pessoal; 4) a ancoragem da construção de significado em contextos culturais e pessoais; 5) os significados tácitos e pré-verbais, mas também os significados explícitos e articulados; e ainda 6) os processos de reconstrução de significado e seus produtos.

Por fim, os autores Klass e Walter (2001) apresentaram o modelo *Continuing Bonds*. Este aponta que as ligações entre o enlutado e o ente querido não são necessariamente cortadas após a perda, mas antes que se mantém um vínculo contínuo que pode ser adaptativo. Os vínculos contínuos manifestam-se de diversas formas como por exemplo através do diálogo com o ente querido, através da relocalização do ente querido no “paraíso”, nos sonhos, dentro do próprio enlutado, através do sentir a presença do falecido a partir de rituais ou objetos, entre outros (Klass & Walter, 2001).

Impacto do Luto

Independentemente do modelo de luto veiculado, não existe uma estrutura clara e definitiva de como o processo de luto decorre, uma vez que este depende de múltiplas variáveis relacionadas com a pessoa em luto, o contexto em que esta se insere, o ente querido falecido e as circunstâncias da morte em si. Durante este processo, ocorrem diversas reações emocionais, intelectuais, físicas e comportamentais (Worden, 2018).

Worden (2018) classificou as manifestações do luto, consideradas normais, em quatro categorias: sentimentos, sensações físicas, cognições e comportamentos. Os sentimentos comuns são a tristeza, raiva, culpa, choque, ansiedade, solidão, cansaço, alívio (normalmente acompanhado pela culpa), desamparo, saudade e estado de dormência – falta de sentimentos, provavelmente devido à dificuldade de interiorizar e digerir a imensidão de sentimentos que a perda causou. As sensações físicas apresentam um papel importante no processo de luto apesar de muitas vezes passarem despercebidas. Geralmente, o enlutado sente falta de energia, fraqueza muscular, boca seca, aperto no peito, “nó” na garganta, hipersensibilidade auditiva, vazio no estômago, falta de ar e sensação de despersonalização (sentir estar fora do corpo). Relativamente às cognições, regra geral a pessoa em luto demonstra desacreditação, preocupação, confusão, ruminação, sensação de que o ente querido está presente, e alucinações que não manifestam necessariamente um processo de luto mais desafiante. As cognições têm tendência a desvanecer com o passar do tempo, no entanto estas podem persistir, o que pode gerar problemas de saúde mental (e.g., depressão, ansiedade). A respeito dos comportamentos, podem ocorrer distúrbios do sono, problemas relacionados com a alimentação, evitamento social, forte distração, o sonhar com o ente querido, agitação motora, evitamento de elementos (e.g., locais, objetos) que trazem recordações do falecido ou até mesmo o comportamento de procura desses elementos, com medo de perder memórias do ente querido.

Deste modo, torna-se fundamental destacar que existem diversas formas de vivenciar o processo de luto, e que, portanto, não há uma forma correta para o fazer (Moorey & Greer, 2011). Contudo, se as manifestações de luto não se desvanecerem com o tempo, pode se estar a instituir uma situação de luto complicado (também designado luto patológico, traumático ou anormal (Carqueja, 2017)), que leva a uma condição psicológica denominada de perturbação do luto prolongado. Isto é, um luto onde a pessoa se encontra num estado de estagnação generalizada, com fortes dificuldades em lidar com o falecimento e em adaptar-se à vida pós-perda (Prigerson et al., 2008). Assim sendo, existe uma maior probabilidade de esta desenvolver um quadro clínico depressivo, ter ideação suicida, abuso de substâncias ou até mesmo doenças físicas (Stroebe et al., 2013).

Ao explorar o tema do luto, é possível compreender que este processo pode ser influenciado por diversos fatores. Neste sentido, há autores que defendem que a idade (Katsiferis et al., 2023) e o sexo (Maccallum et al., 2023) da pessoa enlutada, assim como

o tempo decorrido após a perda (Lobb et al., 2010), podem influenciar significativamente a experiência do luto. Deste modo, os autores Utz e Nordmeyer (2007) consideram que a idade, tal como o género, podem limitar a capacidade de acesso a recursos do indivíduo em luto, sendo provável que a fase de desenvolvimento em que este se encontra seja um fator crucial (Floyd et al., 2013). Em relação ao género, os homens e as mulheres demonstram diferentes níveis e padrões de luto (Doka & Martin, 2011). Contudo, não é o género em si, mas sim a interação entre fatores situacionais, recursos pessoais e interpessoais que estão associados ao ajustamento ao luto (Hyde, 2014). A respeito do tempo decorrido após a perda, a investigação existente é inconsistente. Contudo, Schwartz et al. (2018) realizou um estudo com uma amostra de 546 jovens-adultos enlutados, onde conclui que aqueles que experienciaram uma perda recente (até 2 anos) apresentavam sintomas de luto mais intensos, quando comparados com os que tinham vivenciado uma perda há 2 ou mais anos.

Qualidade da Relação

Para além destas variáveis, a evidência empírica demonstra também que a componente relacional, isto é, que a qualidade da relação (QR) tem um papel no ajustamento ao luto (Hurst & Kannangara, 2022). Nomeadamente, a proximidade percebida pela pessoa enlutada, tem revelado ser um forte preditor do processo de luto (Dyregrov et al., 2003; Servaty-Seib & Pistole, 2007).

De facto, desde a teoria psicanalítica que existe a noção da influência da qualidade da relação no processo de luto, principalmente na manifestação da sintomatologia do luto. Freud (1917) considerava que a perda de uma relação pautada pelo conflito era associada ao luto patológico. Uns anos mais tarde, Fenichel (1945) postulou que a perda de alguém significativo podia, por si só, gerar uma ambivalência de representações, independentemente de a relação ter sido ou não caracterizada pelo conflito. A perda de alguém significativo implica experienciar desafios a nível relacional (Bottomley & Neimeyer, 2021), dado que, de acordo com Bugen (1977), a intensidade e a duração do processo de luto são influenciadas pelo grau em que um relacionamento se constitui central para a identidade e funcionamento do enlutado.

Neste sentido, a literatura existente tem demonstrado a influência da variável qualidade da relação pré-morte, entre o ente querido e a pessoa em luto, no processo de luto destes indivíduos (e.g. Holland & Neimeyer, 2011; Packman et al., 2006; Servaty-

Seib & Pistole, 2007). Mais precisamente, investigação recente tem-se debruçado sobre os domínios Proximidade e Conflito uma vez que estes revelam estar associados ao ajustamento ao luto, nomeadamente na severidade dos sintomas de luto (Mash et al., 2014; Bottomley et al., 2019) e nas reações à perda (Cleiren et al., 1994; Burke & Neimeyer, 2013; Eckerd et al., 2016; Mash et al., 2014).

É importante referir que a proximidade de uma relação é conceptualizada como o grau de interdependência entre os elementos da relação, grau esse que pode variar temporalmente. Esta interdependência é sentida a nível cognitivo, emocional ou comportamental (Dibble et al., 2012). Uma relação próxima espelha intimidade, confiança e apoio mútuo, enquanto uma relação conflituosa está associada a discordância e a sentimentos de tensão e stress (Bottomley & Neimeyer, 2021). Klingspon et al. (2015) realizaram um estudo referente aos assuntos pendentes e o luto numa amostra de estudantes do ensino superior, onde concluíram que o conflito é um preditor forte do luto complicado. Isto pode ser explicado pelo facto de a existência de assuntos pendentes implicar processos cognitivos que envolvem uma relação (com o falecido) considerada não resolvida, o que resulta em várias respostas emocionais como o arrependimento, a raiva, a culpa ou o remorso (Holland et al., 2014).

Assim sendo, os estudos indicam que quanto maior for a proximidade emocional da relação, maiores são as dificuldades no processo de luto. E quanto maior for o conflito relacional, maiores são também as dificuldades no processo de luto, uma vez que podem estar envolvidos sentimentos de tensão e culpa, provenientes de assuntos não resolvidos com o ente querido (Klingspon et al., 2015; Mash et al., 2014; Smigelsky et al., 2020).

Neste seguimento, torna-se essencial abordar a relação de parentesco, visto que o estudo desta variável, no contexto do luto, é muito mais frequente que o estudo da qualidade da relação (Burke & Neimeyer, 2013). Burke e Neimeyer (2013) referem que isto acontece porque a facilidade de medição é maior, apesar de os resultados assinalarem que o parentesco é somente um preditor marginal das reações à perda (Servaty-Seib & Pistole, 2007). Ainda, Stein et al. (2017) concluíram que as pessoas que perderam um amigo próximo, partilhavam experiências de luto semelhantes às das pessoas que tinham perdido um familiar próximo. E, portanto, a relação de parentesco como variável que influencia o processo de luto, tem vindo a ser posta em causa por alguns investigadores (Bottomley et al., 2019). Contrariamente, e como demonstrado no parágrafo anterior, existem estudos que indicam uma relação positiva entre a proximidade e/ou o conflito

interpessoal e a severidade do processo de luto (Bottomley et. al., 2019; Herberman Mash et. al, 2013; Mash et al., 2014). Segundo Hardison et. al. (2005), a proximidade relacional também revela estar associada a uma maior probabilidade de se verificar perturbação do luto prolongado.

Para além do impacto que se tem observado da QR no risco de desenvolvimento de perturbação de luto prolongado, recentemente a literatura tem também verificado que a QR pode estar relacionada com o crescimento pós-traumático.

Crescimento Pós-Traumático

O CPT como fenómeno não é novo, contudo o termo específico de CPT é relativamente recente, com uma primeira publicação em 1995 (Tedeschi et al., 2018). Tedeschi e Calhoun (1996; 2004), introduziram este conceito que designa a perceção do individuo de mudanças transformativas positivas, resultantes da sua tentativa em adaptar-se ao evento traumático que experienciou. Os autores referem que é no confronto com as circunstâncias fortemente desafiadoras que vivenciou, que este pode desenvolver mudanças ao nível cognitivo e emocional, que o possibilitam de experienciar crescimento pessoal (Tedeschi & Calhoun, 1995).

O CPT é um construto multidimensional que envolve as seguintes cinco dimensões: Novas Possibilidades, Relação com os Outros, Força Pessoal, Apreciação da Vida e Mudança Espiritual e Existencial (Tedeschi et al., 2018). É nestas dimensões que são vivenciadas as mudanças de CPT, podendo serem experienciadas separadamente ou de modo simultâneo (Kállay, 2007). A dimensão Novas Possibilidades está relacionada com o percecionar do indivíduo de que é possível seguir um outro caminho de vida, que existem diferentes possibilidades para a sua vida (Tedeschi & Calhoun, 2004) seja através de novos interesses, hábitos, hobbies ou da escolha de uma outra carreira profissional (Tedeschi et al., 2018). A dimensão Relação com os Outros é experienciada quando são percecionadas mudanças positivas nas relações estabelecidas no próprio comportamento do indivíduo (e.g., vontade de dispor mais tempo com amigos e familiares) (Tedeschi et al., 2018). A literatura descreve também uma maior predominância de sentimentos de compaixão e empatia bem como de ligações mais íntimas com os outros (Kállay, 2007). A dimensão Força Pessoal diz respeito ao aumento de força pessoal, autoconfiança e segurança sentidos pelo indivíduo, que muitas vezes se relaciona com a conceção de que após sobreviver a um evento traumático não há nada que não seja capaz de aguentar/lidar

(Shakespeare-Finch & Barrington, 2012). A dimensão Apreciação da Vida expressa-se na apreciação de tudo o que envolve a vida, mesmo as pequenas coisas, tais como um céu azul ou um pôr do sol. Muitas pessoas demonstram encarar a vida como um presente ou uma segunda oportunidade (Tedeschi et al., 2018). Por fim, a Mudança Espiritual e Existencial envolve um sentido de conexão mais profundo com a fé, a descoberta de novas formas de expressão espiritual, ou o desenvolvimento de um forte sentimento de paz. Inclui aspetos existenciais/filosóficos, espirituais e relativos a crenças religiosas, não estando, portanto, apenas direcionada a pessoas religiosas (Tedeschi et al., 2018).

De modo a melhor compreender o processo de CPT, alguns autores consideram relevante clarificar a diferença entre CPT e o conceito de resiliência (Sattler et al., 2014). A resiliência define-se como a capacidade de manter um funcionamento relativamente estável e saudável quando, em condições normais se é exposto a um acontecimento altamente stressante, havendo, portanto, uma habilidade para o ajustamento rápido (Bonanno, 2004). Já o conceito de CPT refere-se a um processo de transformação, i.e., o indivíduo experiencia um melhor funcionamento e um bem-estar psicológico superior ao que existia previamente ao evento traumático, como consequência desse mesmo evento (Tedeschi & Calhoun, 2004; Tedeschi & McNally, 2011).

Este processo de transformação, como referido, ocorre quando o indivíduo experiencia na sua vida circunstâncias suficientemente significativas e traumáticas, tal como a perda de um ente querido (e.g., Büchi et al., 2007; Calhoun et al., 2010; Engelkemeyer & Marwit, 2008; Gerrish et al., 2014). Qualquer evento que seja traumático, incluindo o luto, desafia crenças centrais e esquemas cognitivos, o que gera fortes sentimentos de angústia (Calhoun et al., 2010), e leva à procura de significado na tentativa de atribuir um sentido ao que foi vivenciado (Hall, 2014).

Esta processo foi ilustrado com maior detalhe pelos autores Tedeschi e Calhoun, em 1995, onde apresentaram um modelo relativo ao CPT no luto, com o intuito de explicar o processo que propicia o CPT a partir da perda de um ente querido (Calhoun et al., 2010) - Figura 1.

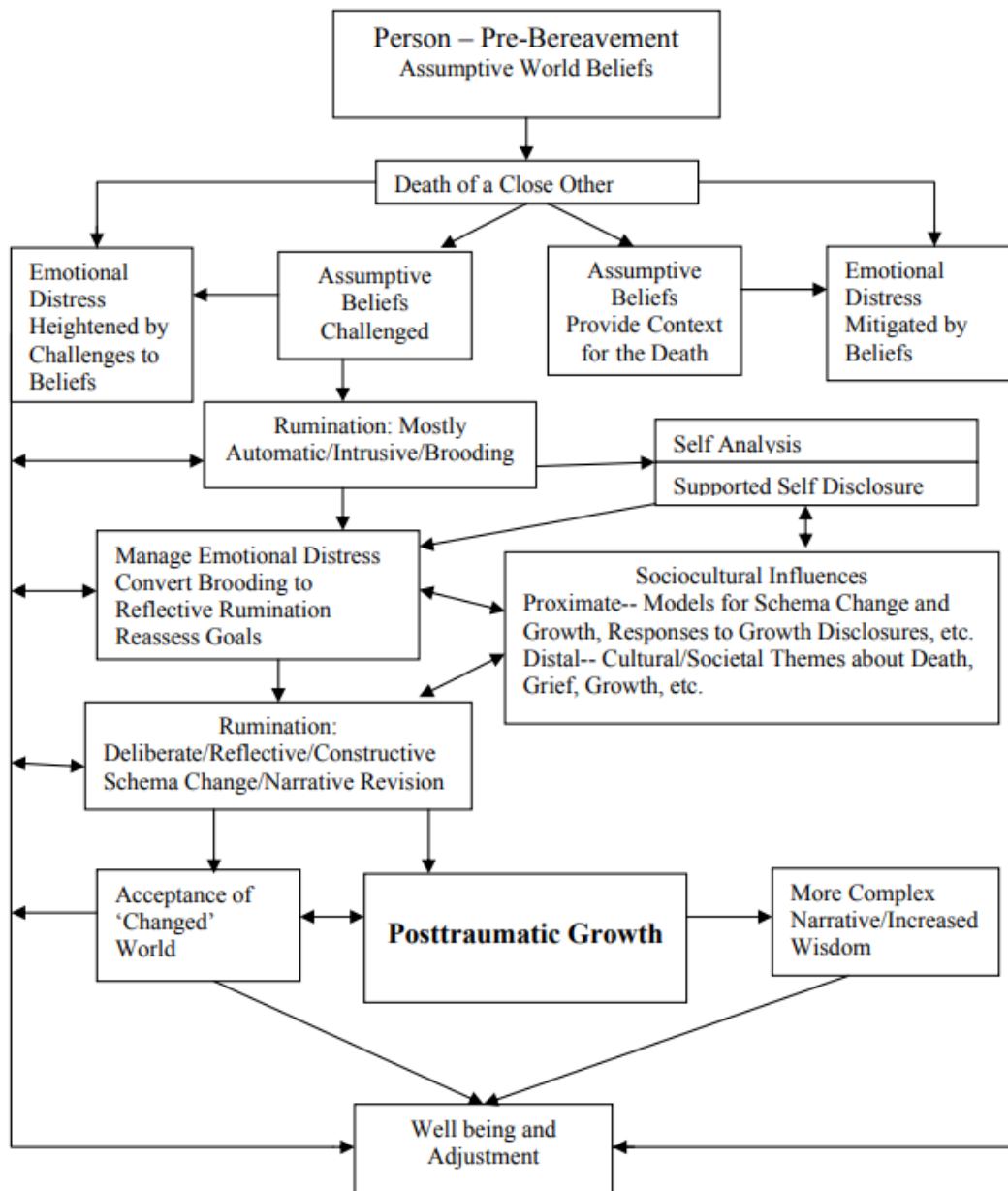


Figure 1
A model of growth in grief

Figura 1. Modelo de Crescimento Pós-Traumático no Luto

Nota: Retirado de Calhoun et al. (2010, p.130)

Neste modelo as crenças centrais - crenças que manifestam o modo como o indivíduo vê o mundo, o *self* e o outro – têm um papel crucial, uma vez que são fundamentais para potenciar o CPT (Gillies & Neimeyer, 2006; Tedeschi & Calhoun, 1995). Estas crenças são a rede de esquemas cognitivos (Gillies & Neimeyer, 2006) que,

por norma, detém a função de auxiliar o indivíduo a viver um mundo com significado, previsível e coerente (Parkes, 1971). A ocorrência de um evento que as desafie (e.g., falecimento de um ente querido), obriga o indivíduo a confrontar-se com a possibilidade de ter de reavaliar e reconstruir as suas convicções acerca do modo de funcionamento do mundo em que se insere. Esta confrontação provoca um grande nível de stress, angústia e sofrimento ao indivíduo, o que muitas vezes é o que diferencia um evento traumático de um evento não traumático. Sendo que, para o CPT ocorrer é necessário haver sofrimento psicológico (Calhoun et al., 2010).

A evidência demonstra que este sofrimento psicológico provocado pode ter diferentes intensidades, uma vez que o contexto em que ocorre o falecimento nem sempre é o mesmo, e que por isso as crenças centrais do enlutado devem ser consideradas. Vários autores postularam que mortes inesperadas, como a perda de um filho (Stroebe & Schut, 2001), ou mortes consideradas “não naturais” (Currier et al., 2006) apresentam maior probabilidade de causar um processo de luto mais intenso e longo, quando comparadas com mortes não súbitas e tidas como expectáveis. Isto porque sendo mais fácil encontrar um sentido, como no caso das mortes antecipadas, a necessidade de haver um trabalho cognitivo é menor e, portanto, sobreviver à angústia da perda torna-se mais tolerável. Desta forma, reúnem-se as condições para haver um retorno ao estado de bem-estar (Gillies & Neimeyer, 2006). Em contrapartida, mortes que causam maior angústia implicam um maior desafio às crenças centrais dos indivíduos e consequente reconstrução, o que pode potenciar a ocorrência de CPT, apesar de existir uma associação elevada à sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-traumático (PTSD) (Calhoun et al., 2010).

No presente modelo, a ruminação é um fator considerado como indispensável no processo de reconstrução das crenças centrais do indivíduo (Calhoun et al., 2010). A ruminação pode ser classificada como intrusiva, correspondente a pensamentos involuntários e constantes sobre o acontecimento traumático, ou como ruminação deliberada, referente à vontade de compreender o episódio desafiador e de reconstruir o mundo de significados, ou seja, implica uma intencionalidade de procura de significado. (Cann et al., 2011).

Calhoun et al. (2010) postulam que a angústia vivenciada devido à perda e ao desmoronar das crenças centrais irá, naturalmente e de forma imediata, provocar pensamentos indesejados e emoções de valência negativa (ruminação intrusiva).

Conforme a angústia é gerida e o indivíduo tem a capacidade de se envolver em ruminações mais direcionadas, irão prevalecer os pensamentos construtivos e deliberados (ruminação deliberada). É de notar que apesar do modelo propor a não coexistência dos dois tipos de ruminação, a evidência sugere o contrário, ou que pelo menos haja uma oscilação entre eles (Stroebe & Schut, 1999), visto que a ruminação intrusiva promove o pensamento mais deliberado (Cann et al., 2011).

De modo ideal, a frequência e o efeito perturbador dos pensamentos intrusivos irão decrescer à medida que a ruminação deliberada proporciona ao indivíduo uma perspectiva de mundo reconstruído, concedendo-lhe assim um significado na experiência da perda. Contudo, o insucesso na elaboração de novas crenças centrais funcionais traduz, possivelmente, uma elevada presença de ruminação intrusiva e, como consequência, angústia continuada. Um estudo que demonstra isso mesmo é o estudo de Johnsen e Afgun (2021), que concluiu três aspetos: 1) níveis relativamente baixos de sintomas de luto complicado estão associados a níveis inferiores de CPT; 2) níveis mais altos de sintomas de luto complicado estão associados a níveis mais baixos de CPT; 3) níveis medianos de sintomas de luto complicado estão associados a níveis mais elevados de CPT (Johnsen & Afgun, 2021).

De facto, todos estes resultados vão ao encontro da literatura referente ao CPT no luto, em que não havendo um evento suficientemente traumático (e.g., perda significativa), que desafie as crenças centrais do indivíduo, não haverá ruminação, uma vez que são as próprias crenças que dão contexto ao falecimento e que atenuam o sofrimento sentido no processo de luto, diminuindo a probabilidade de ocorrer CPT (Calhoun et al., 2010). Da mesma forma, quando a perda tem um forte impacto no indivíduo, é experienciado um processo de luto severo proveniente de o intenso abalo que ocorre às crenças centrais do mesmo. Este abalo pode ser de tal forma avassalador que o indivíduo vê-se preso num estado pautado por pensamentos indesejados e involuntários, por sentimentos de preocupação, de culpa, de raiva, mas também por memórias do ente querido, que o enlutado muitas vezes experiencia (Rubin et al., 2009), e que podem representar a dificuldade de “seguir em frente”, de ultrapassar a perda, reduzindo assim a possibilidade de existir uma adaptação ao luto, e até mesmo um crescimento (Drapeau et al., 2018). Assim, este estado impede-o de significar a perda e de reconstruir crenças funcionais, aumentando assim a probabilidade de ocorrerem consequências psicossociais negativas (e.g., perturbação do luto prolongado) (Tedeschi et al., 2018). Realmente, a

investigação tem assinalado que a dificuldade em encontrar significado demonstra ser um sólido preditor de um processo de luto mais severo e prolongado (Milman et al., 2017).

Posto isto, é importante destacar a influência do fator sociocultural na construção de pensamentos mais construtivos (Calhoun et al., 2010) e dos rituais culturais que contribuem, através da atribuição de um contexto, para a compreensão de questões como a morte (Bonanno et al., 2005).

Em suma, o modelo sugere uma associação entre a capacidade de reconstrução de crenças centrais funcionais e o crescimento, promovendo assim na pessoa uma apreciação mais complexa do mundo que o rodeia. Não obstante, esta nova perspetiva do mundo nem sempre implica níveis mais elevados de bem-estar. Ou seja, os indivíduos podem ser capazes de identificar as suas próprias qualidades e competências, de sentirem-se mais próximos dos outros como também podem, meramente, aceitar que nem sempre é possível controlar o mundo e não existe um mundo totalmente justo (Calhoun et al., 2010).

Em relação ao CPT e à QR, a literatura existente é reduzida. De facto, poucos estudos têm-se focado no papel da relação com o ente querido, no crescimento pós-traumático durante o processo de luto (Ryan & Ripley, 2023). Muitas vezes, os investigadores acabam por avaliar a QR apenas através de uma ou duas questões acerca da relação, ao invés de usarem um instrumento adequado para tal (Smigelsky et al., 2020). Não obstante, duas investigações identificaram uma associação entre a QR e o CPT quando o evento traumático diz respeito a uma perda por suicídio. Os resultados obtidos em ambas revelam uma correlação positiva entre a proximidade relacional e o CPT (Drapeau et. al., 2018; Levi-Belz, 2017).

Relevância do Estudo

Através da revisão de literatura apresentada, é possível compreender que o tema do CPT tem vindo a captar o interesse da investigação científica. Contudo, no que compete à perda de um ente querido, ainda há um percurso, no sentido de ampliar o conhecimento empírico (Ryan & Ripley, 2023). Ademais, ao incluir uma componente relacional, a evidencia empírica ainda se torna mais limitada, sendo que a maior parte dos estudos apenas recolhe dados sociodemográficos, como o parentesco do enlutado, o não avalia a QR (Ryan & Ripley, 2023).

Do nosso conhecimento, nos últimos cinco anos apenas houve um estudo, de Smigelsky et al. (2020), que analisou a QR, embora esta investigação tenha-se focado na severidade do processo de luto e não no CPT. O objetivo principal deste estudo é, por isso, responder à seguinte questão de investigação: “Como é que a Qualidade da Relação com o ente querido se associa ao Crescimento Pós-Traumático da pessoa em luto?”. Para responder a esta questão foram definidos os seguintes objetivos: a) avaliar o impacto da qualidade da relação, entre o ente querido e a pessoa em luto, no CPT do enlutado; b) examinar os diferentes níveis de CPT nas variáveis sociodemográficas sexo e faixa etária, e no tempo decorrido após a perda.

Método

Participantes

O presente estudo integra um projeto intitulado "Finding Meaning in Loss: Meaning-Making and Posttraumatic Growth in Adjustment to Loss" que visa investigar os mecanismos de ajustamento psicológico da população em luto, particularmente o *meaning-making* e o crescimento pós-traumático.

A amostra é composta por 269 pessoas em luto. Contudo, inicialmente foram recolhidas 467 participações, sendo que foi verificado que 197 dessas correspondiam a questionários não completos e uma dizia respeito a uma perda de um animal de estimação, e, portanto, foram excluídos da amostra. Os critérios de inclusão foram os seguintes: indivíduos adultos (idade ≥ 18 anos); e ter experienciado a perda de um ente querido nos últimos cinco anos. Como critérios de exclusão, considerou-se o não saber ler e escrever em português; e a presença de limitações cognitivas que impeçam o preenchimento dos instrumentos.

Material

Questionário Sociodemográfico. Avalia dados sociodemográficos do participante (idade, nacionalidade, residência, género, estado civil, número de elementos do agregado familiar, número de filhos e respetivas idades, habilitações literárias, situação profissional, profissão), histórico de experiências de luto, acompanhamento psicológico, religião e espiritualidade, parentesco com o ente querido e informações relativas à morte do ente querido (motivo, data, idade, género) (Anexo A).

Inventário de Crescimento Pós-Traumático Expandido (PTGI-X; Posttraumatic Growth Inventory – expanded). Desenvolvido por Tedeschi et al., 2017) com o intuito de avaliar mudanças psicológicas positivas (i.e., CPT) percebidas pelos sujeitos que vivenciaram um evento traumático, tal como o luto. O PTGI-X consiste numa versão expandida do Inventário do Crescimento Pós-Traumático - PTGI (Tedeschi & Calhoun, 1996) onde foram adicionados 4 novos itens relativos a Mudanças Espirituais, o que permite aceder ao crescimento espiritual de uma forma mais ampla. O PTGI-X é composto por 25 itens que integram cinco dimensões: Relação com os Outros (7 itens), Novas Possibilidades (5 itens), Força Pessoal (4 itens), Mudanças Espirituais e Existenciais (6 itens) e Apreciação da Vida (3 itens) (Tedeschi et al., 2017) (Anexo B). Este é constituído por uma escala de resposta do tipo *Likert* de 6 pontos, variando de 0 (*Não experienciei esta mudança como resultado da minha perda*) a 5 (*Experienciei esta mudança num grau muito elevado como resultado da minha perda*), onde os participantes devem responder de acordo com o grau que julgam ter mudado como resultado da perda. A pontuação total varia entre 0 a 125, sendo que uma maior pontuação indica maior percepção de CPT. Neste estudo, as instruções do instrumento foram adaptadas à situação de luto. Relativamente às propriedades psicométricas do instrumento original, o PTGI-X demonstra uma boa consistência interna (α de Cronbach de 0,95 a 0,97), sendo que os respetivos domínios contribuem de forma semelhante para a consistência do mesmo (*Novas Possibilidades*, $\alpha = [0,84 - 0,88]$; *Relação com os Outros*, $\alpha = [0,87 - 0,90]$; *Força Pessoal*, $\alpha = [0,82, 0,86]$; *Mudança Espiritual e Existencial*, $\alpha = [0,82, 0,91]$; *Apreciação da Vida*, $\alpha = [0,67, 0,85]$) (Tedeschi et al., 2017). A versão portuguesa da escala encontra-se em processo de validação por Tomaz et al. (s.d.). Para a presente amostra, os valores de consistência interna revelam ser bons (CPT, $\alpha = 0,96$; *Novas Possibilidades*, $\alpha = 0,88$; *Relação com os Outros*, $\alpha = 0,90$; *Força Pessoal*, $\alpha = 0,86$; *Mudança Espiritual e Existencial*, $\alpha = 0,89$; *Apreciação da Vida*, $\alpha = 0,78$)

Escala da qualidade da relação. É uma adaptação da escala da Qualidade da Relação entre Cuidador e Doente (EQR) (Coelho et al., *in press*). Este instrumento tem como objetivo avaliar a qualidade da relação entre o enlutado e o ente querido. É constituído por 12 itens e integra duas dimensões: proximidade e conflito. A resposta, de tipo *Likert*, varia entre 0 (*nada*) a 5 (*extremamente*) tendo ainda como opção a resposta 6 (*prefiro não responder*) (Anexo C). Para a presente amostra, a escala demonstra uma boa consistência

interna (α de Cronbach de 0,80), onde a dimensão *Proximidade* apresenta um valor de $\alpha = 0,89$ e a dimensão *Conflito* um valor de $\alpha = 0,61$.

Procedimento

Este é um estudo quantitativo, observacional, descritivo e transversal. Inicialmente, foram solicitadas as autorizações formais relativas ao uso dos instrumentos aos autores que os desenvolveram ou validaram. O recrutamento foi feito através da divulgação da investigação nas redes sociais (e.g. *instagram*, *whatsapp*, *facebook*). Aos participantes que aceitaram colaborar no estudo solicitou-se o preenchimento, na plataforma Qualtrics, de um consentimento informado (Anexo D) e do protocolo constituído pelo Questionário Sociodemográfico, pelo PTGI-X e pela EQR. Deste modo, a técnica de amostragem adotada foi não-probabilística, por conveniência, com o efeito bola de neve.

Análise de Dados

Relativamente às variáveis, a Qualidade da Relação (próxima vs. conflituosa) consiste na variável independente e o crescimento pós-traumático consiste na variável dependente. A análise dos dados foi executada a partir do programa Statistical Package For The Social Sciences - SPSS v.29.

Inicialmente, realizou-se a análise descritiva tendo em conta as medidas de tendência central dos dados recolhidos. De seguida, analisou-se a consistência interna de cada instrumento e suas dimensões constituintes, com o objetivo de avaliar a fiabilidade das medidas utilizadas para a amostra deste estudo. Posteriormente, efetuou-se o teste da correlação de Pearson (r) de modo a estimar a associação entre a QR (próxima e conflituosa) e o CPT. Adicionalmente, executou-se a comparação de médias, através dos testes t-student e Anova One-Way, entre o CPT e as variáveis Sexo, Faixa Etária e Tempo do Falecimento. Naturalmente, a análise de comparação entre médias exige a verificação dos pressupostos de normalidade e homogeneidade. De um modo geral, o pressuposto de homogeneidade foi verificado, através do teste de Levene ($p > 0,05$), contudo o pressuposto de normalidade não. Todavia uma vez que se trata de uma amostra grande ($N=269$), a violação do pressuposto de normalidade não afetou a robustez do teste paramétrico (Maroco, 2007). Por fim, foi feita uma regressão linear múltipla de forma a compreender a influência das diferentes V.I no CPT. Neste sentido, foram previamente

verificados os pressupostos de linearidade, normalidade, homocedasticidade, independência dos erros, ausência de *outliers* e multicolinearidade.

Considerações éticas

O projeto foi submetido à aprovação da Comissão de Ética do Centro de Investigação do ISPA - Instituto Universitário (número de referência: D-072-12-23) (Anexo E). Sendo uma investigação relacionada com o luto, é fundamental haver máxima atenção relativa à componente ética da mesma. Neste sentido, a participação foi voluntária e o anonimato dos participantes foi preservado ao longo de todo o estudo. Foi também disponibilizada informação sobre o processo de luto e contactos de apoio disponíveis (Anexo F). A dimensão do protocolo foi tida em consideração de forma a não sobrecarregar os participantes. Desaconselhou-se a participação de pessoas que passaram por uma perda há menos de três meses. Para os participantes interessados, os resultados obtidos foram divulgados nas redes sociais do projeto.

Resultados

Caracterização da Amostra

No que concerne às características sociodemográficas da amostra, apresentadas na Tabela 1, é possível verificar uma maior presença de participantes do sexo feminino ($n = 225$; 83,6%), com idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos e uma média de 35,75 anos ($DP = 12,96$). Grande parte da amostra é de nacionalidade portuguesa ($n = 262$; 97,4%), com residência no distrito de Lisboa ($n = 163$; 61%), solteiro(a) ($n = 131$; 48,7%). A maioria detém o grau de licenciatura ($n = 108$; 40,1%) e encontra-se empregado ($n = 186$; 69,1%). Observa-se uma forte identificação dos participantes com a religião cristã católica ($n = 171$; 63,6%). A maior parte dos participantes já teve ou tem acompanhamento psicológico/psiquiátrico ($n = 153$; 56,9%).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra ($N=269$)

Variáveis	<i>n</i>	%
Idade (<i>M, DP</i>)	35,75	12,956
Faixa Etária		
[18-24]	71	26,7
[25-34]	73	27,4
[35-49]	74	27,8
[50-64]	45	16,9
[65+]	3	1,1
Sexo		
Feminino	225	83,6
Masculino	44	16,4
Nacionalidade		
Portuguesa	262	97,4
Brasileira	4	1,5
Outros	3	1,2
Estado Civil		
Solteiro(a)	131	48,7
Casado(a)/União de Facto	112	41,6
Divorciado(a)	14	5,2
Viúvo(a)	10	3,7
Separado(a)	2	0,7
Habilitações Literárias		
Ensino Básico	13	4,8
Ensino Secundário	75	27,9
Licenciatura	108	40,1
Mestrado	66	24,5
Doutoramento	3	1,1
Outro	4	1,5
Situação Profissional		
Estudante	55	20,4
Empregado(a)	186	69,1
Desempregado(a)	16	5,9
Reformado(a)	8	3
Outro	4	1,5
Religião		
Sem Religião	61	22,7
Agnóstico	13	4,8
Cristã Católico	171	63,6
Cristã Protestante	1	0,4
Cristã Ortodoxo	3	1,1
Espírita	5	1,9
Prefiro não responder	10	3,7
Outra	5	1,9
Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico		
Sim	153	56,9
Não	116	43,1

Através da Tabela 2, é possível verificar que o grau de parentesco com o ente querido mais representado na amostra foi a relação Avô/Avó - Neto(a) ($n = 123$; 45,7%) e Pai/Mãe - Filho(a) ($n = 76$; 28,2%). Relativamente ao tempo decorrido desde o falecimento do ente querido, existe uma distribuição homogênea pelas diferentes categorias, sendo que a maior parte dos participantes experienciou a perda há mais de dois anos e menos de três anos ($n = 53$; 19,7%). O motivo da morte devido a doença ($n = 192$; 71,4%) e o hospital como local de óbito ($n = 161$; 59,9%) foi o mais prevalente. Para além disso, 225 participantes revelaram já ter experienciado outra perda (83,6%).

Tabela 2. Características do Luto ($N=269$)

Variáveis	<i>n</i>	%
Grau de Parentesco		
Cônjuge	12	4,5
Pai/Mãe - Filho(a)	76	28,2
Irmã(o)	9	3,3
Avô/Avó - Neto(a)	123	45,7
Sogro(a)	6	2,2
Tio(a) - Primo(a)	26	9,7
Amigo(a)	11	4,1
Outro	6	2,2
Tempo do Falecimento		
Há menos de 6m	36	13,4
Entre 6m e 12m	36	13,4
Há mais de 1A	44	16,4
Há mais de 2A	53	19,7
Há mais de 3A	33	12,3
Entre 4A a 5A	40	14,9
Há mais de 5A	26	9,7
Motivo da Morte		
Causa Natural (Idade)	50	18,6
Doença	192	71,4
Acidente	16	5,9
Suicídio	5	1,9
Prefiro não responder	6	2,2
Local de Óbito		
Casa	64	23,8
Hospital	161	59,9
Lar/Residência Sénior	32	11,9
Exterior	11	4,1
Outro	1	0,4
Experienciar mais que uma perda		
Sim	225	83,6
Não	44	16,4

Nota: A = Ano(s); m = Meses.

Qualidade da Relação e o CPT

A análise descritiva das variáveis presentes no estudo está retratada na Tabela 3. A amostra demonstra um valor médio de CPT de 60,85 ($DP = 29,302$).

Primeiramente, foi analisada a associação entre a Qualidade da Relação e o CPT, através do coeficiente de correlação de Pearson (r). A partir da Tabela 4, é possível constatar que apenas a Qualidade da Relação Próxima está significativamente associada ao CPT ($r=0,192$; $p= 0,002$). Adicionalmente, observam-se correlações significativas e positivas entre a Qualidade da Relação Próxima e as subescalas do CPT, com exceção das Mudanças Espirituais e Existenciais ($r=0,095$; $p= 0,122$). No que toca à Qualidade de Relação Conflituosa, a tabela demonstra uma associação significativa e positiva com as subescalas Novas Possibilidades ($r=0,127$; $p=0,038$), Força Pessoal ($r=0,143$; $p=0,019$) e Apreciação da Vida ($r=0,128$; $p=0,036$).

Tabela 3. Média, desvio-padrão, coeficiente de Cronbach, mínimo, máximo, assimetria, curtose

Variáveis	α	M	DP	Min.	Máx.	ASS	CUR
CPT	0,96	60,85	29,302	0	125	-0,230	-0,894
Relação com os Outros	0,90	24,76	8,704	7	42	-0,221	-0,862
Novas Possibilidades	0,88	16,01	6,615	5	30	-0,009	-0,991
Força Pessoal	0,86	15,31	5,470	4	24	-0,463	-0,688
Mudanças Espirituais e Existenciais	0,89	18,04	8,031	6	36	0,141	-1,05
Apreciação da Vida	0,79	11,62	3,939	3	18	-0,463	-0,502
Qualidade da Relação Próxima	0,87	25,07	7,262	8	40	-0,296	-0,573
Qualidade da Relação Conflituosa	0,64	7,86	3,626	2	20	0,603	-0,008

Nota: α = *alpha* de Cronbach; M = Média; DP = Desvio padrão; Min. = Mínimo; Máx.: Máximo; ASS= Assimetria; CUR= Curtose.

Tabela 4. Correlações entre Crescimento Pós-Traumático e Qualidade da Relação

Variáveis	2	3	4	5	6	7	8
1. CPT	0,907**	0,914**	0,891**	0,875**	0,881**	0,192**	0,091
2. Relação com os Outros	-	0,784**	0,734**	0,702**	0,775**	0,163**	0,060
3. Novas Possibilidades		-	0,801**	0,726**	0,800**	0,200**	0,127*
4. Força Pessoal			-	0,727**	0,802**	0,234**	0,143*
5. Mudanças Espirituais e Existenciais				-	0,684**	0,095	-0,003
6. Apreciação da Vida					-	0,233**	0,128*
7. Qualidade da Relação Próxima						-	0,107
8. Qualidade da Relação Conflituosa							-

Nota. CPT=Crescimento Pós-Traumático; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

CPT em função das Variáveis Sociodemográficas e Tempo de Luto

Através do teste *t*-student e Anova One-Way, efetuou-se a comparação entre médias para avaliar as diferenças no CPT em função do sexo, da idade e do tempo desde a morte. A Tabela 5 demonstra os resultados obtidos relativos à variável Sexo. Foi então efetuado o teste *t*-student para amostras independentes após terem sido verificados os pressupostos de Normalidade e Homogeneidade. É importante assinalar que o pressuposto da Homogeneidade foi violado na subescala Novas Possibilidades ($p=0,024$), e por isso, utilizou-se o teste *t*-student com correção Welch.

Os resultados demonstraram que apenas existem diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino na subescala Força Pessoal do CPT, onde as mulheres apresentaram valores mais elevados.

Tabela 5. Comparação de Médias entre Sexo (Feminino e Masculino) e CPT

Variáveis	Sexo	<i>M</i>	<i>DP</i>	t-student	<i>p-value</i>
CPT	Feminino	61,42	28,720	0,721	0,471
	Masculino	57,93	32,314		
Relação com os Outros	Feminino	24,78	8,785	0,101	0,919
	Masculino	24,64	8,372		
Novas Possibilidades	Feminino	16,16	6,437	0,754	0,454 ^a
	Masculino	15,25	7,494		
Força Pessoal	Feminino	15,61	5,280	2,019	0,045
	Masculino	13,80	6,200		
Mudanças Espirituais e Existenciais	Feminino	17,95	7,872	-0,413	0,680
	Masculino	18,50	8,886		
Apreciação da Vida	Feminino	11,80	3,876	1,696	0,091
	Masculino	10,70	4,174		

Nota. CPT= Crescimento Pós-Traumático; *M*= Média; *DP*= Desvio Padrão; ^a t-student com correção Welch.

Em relação à Faixa Etária, realizou-se o teste Anova One-way, de modo a comparar as diferenças entre as cinco faixas etárias no CPT. Os pressupostos de normalidade e homogeneidade foram verificados, sendo que o pressuposto de homogeneidade foi violado na variável do CPT ($p=0,048$). Neste caso, procedeu-se ao uso do teste da Anova One-Way com correção Welch.

Verifica-se, na Tabela 6, que a variável Faixa Etária não demonstra diferenças significativas no CPT. A única diferença significativa que se observou, é relativa à dimensão Mudanças Espirituais e Existenciais ($F(4,261)= 3,159$; $p=0,015$). Com o intuito de compreender quais as faixas etárias onde se apresentam estas diferenças, efetuou-se o teste Post-Hoc de Tukey. Foi então possível perceber, que as diferenças estatisticamente significativas se encontravam entre a faixa etária dos 25 aos 34 anos e a faixa dos 50 aos 54 anos de idade ($p= 0,021$), como demonstrado na Tabela 7. Isto revela que as pessoas que se encontram entre os 50 e os 64 anos ($M= 20,82$; $DP= 8,113$), têm, em média, níveis mais altos de CPT, na subescala Mudanças Espirituais e Existenciais, quando comparadas com as pessoas que têm entre 25 e 34 anos ($M= 16,27$; $DP= 7,589$).

Tabela 6. Comparação de Médias entre Faixa Etária e CPT

Variáveis	F	p-value
CPT	1,832	0,160 ^a
Relação com os Outros	1,271	0,282
Novas Possibilidades	0,741	0,565
Força Pessoal	0,600	0,663
Mudanças Espirituais e Existenciais	3,159	0,015
Apreciação da Vida	0,947	0,437

Nota. CPT= Crescimento Pós-Traumático; ^a Anova One-Way com correção Welch.

Tabela 7. Comparação de Médias entre Faixa Etária e dimensão Mudança Espiritual e Existencial – Teste Post-Hoc de Tukey

Faixa Etária (I)	Faixa Etária (J)	DM (I-J)	p-value	Intervalo Confiança	
				Inferior	Superior
[18-24]	[25-34]	0,843	0,968	-2,77	4,45
	[35-49]	-1,560	0,757	-5,16	2,04
	[50-64]	-3,707	0,101	-7,83	0,42
	[65+]	-7,217	0,529	-19,98	5,55
[25-34]	[35-49]	-2,403	0,349	-5,98	1,17
	[50-64]	-4,550	0,021	-8,66	-0,44
	[65+]	-8,059	0,414	-20,82	4,70
[35-49]	[50-64]	-2,147	0,602	-6,24	1,95
	[65+]	-5,657	0,741	-18,41	7,10
[50-64]	[65+]	-3,509	0,945	-16,43	9,41

Nota. I= Grupo 1; J= Grupo 2; DM = Diferença de Médias entre grupos (I-J).

Relativamente ao Tempo do Falecimento, foi realizado o teste Anova One-Way após verificação dos pressupostos de normalidade e homogeneidade. Posto isto, constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas, no CPT, particularmente nas subescalas Novas Possibilidades ($F(6,261)= 3,478$; $p=0,003$) e Força Pessoal ($F(6,261)= 2,566$; $p=0,020$), e diferenças marginalmente significativas no CPT total ($F(6,261)= 2,027$; $p=0,063$) (Tabela 8). De modo a determinar a existência de diferenças entre grupos foi realizado um teste Post-Hoc de Tukey. Constatou-se que as diferenças existentes se encontram entre as perdas que ocorreram há menos de 6 meses e há mais de dois anos. Estas diferenças ocorreram nas dimensões Novas Possibilidades (Tabela 9) e Força pessoal (Tabela 10), bem como no CPT (Tabela 11), sendo esta última uma diferença marginalmente significativa. Para além disso, observa-se, na dimensão Novas Possibilidades, que as pessoas que experienciaram uma perda há mais de 3 anos ($M= 17,58$; $DP= 6,795$), há 4 ou 5 anos ($M= 17,05$; $DP= 7,414$) e há mais de 5 anos ($M= 17,92$; $DP= 5,265$) revelam maiores valores de CPT, quando comparadas com pessoas que perderam um ente querido há menos de 6 meses ($M= 12,48$; $DP= 6,091$). Ainda,

conclui-se que quem é enlutado há mais de três anos ($M= 17,12$; $DP= 5,111$) demonstra, em média, níveis mais elevados de CPT, na dimensão Força Pessoal, em comparação com pessoas que se encontram em luto há menos de 6 meses ($M= 12,79$; $DP= 5,222$).

Tabela 8. Comparação de Médias entre Tempo do Falecimento e CPT

Variáveis	F	<i>p-value</i>
CPT	2,027	0,063
Relação com os Outros	0,894	0,500
Novas Possibilidades	3,478	0,003
Força Pessoal	2,566	0,020
Mudanças Espirituais e Existenciais	1,499	0,179
Apreciação da Vida	1,900	0,081

Nota. CPT= Crescimento Pós-Traumático.

Tabela 9. Comparação de Médias entre Tempo do Falecimento e dimensão Novas Possibilidades – Teste Post-Hoc de Tukey

Tempo de Falecimento (I)	Tempo de Falecimento (J)	DM (I-J)	<i>p-value</i>	Intervalo Confiança	
				Inferior	Superior
Há menos de 6m	Entre 6m e 12m	-1,838	0,888	-6,34	2,66
	Há mais de 1A	-3,271	0,264	-7,56	1,02
	Há mais de 2A	-4,805*	0,011	-8,93	-0,68
	Há mais de 3A	-5,102*	0,019	-9,70	-0,50
	Há cerca de 4A ou 5A	-4,571*	0,035	-8,96	-0,19
	Há mais de 5A	-5,446*	0,019	-10,36	-0,53

Nota. I= Grupo 1; J= Grupo 2; DM = Diferença de Médias entre grupos (I-J); m= Meses; A= Ano(s).

Tabela 10. Comparação de Médias entre Tempo do Falecimento e dimensão Força Pessoal – Teste Post-Hoc de Tukey

Tempo de Falecimento (I)	Tempo de Falecimento (J)	DM (I-J)	<i>p-value</i>	Intervalo Confiança	
				Inferior	Superior
Há menos de 6m	Entre 6m e 12m	-1,626	0,857	-5,37	2,12
	Há mais de 1A	-2,777	0,243	-6,35	0,80
	Há mais de 2A	-3,643*	0,030	-7,08	-0,21
	Há mais de 3A	-4,326*	0,016	-8,16	-0,49
	Há cerca de 4A ou 5A	-2,309	0,496	-5,96	1,34
	Há mais de 5A	-2,934	0,338	-7,03	1,16

Nota. I= Grupo 1; J= Grupo 2; DM = Diferença de Médias entre grupos (I-J); m= Meses; A= Ano(s).

Tabela 11. Comparação de Médias entre Tempo do Falecimento e CPT – Teste Post-Hoc de Tukey

Tempo de Falecimento (I)	Tempo de Falecimento (J)	DM (I-J)	<i>p-value</i>	Intervalo Confiança	
				Inferior	Superior
Há menos de 6m	Entre 6m e 12m	-7990	0,902	-28,17	12,19
	Há mais de 1A	-14,131	0,309	-33,37	5,11
	Há mais de 2A	-17,801	0,068	-36,29	0,69
	Há mais de 3A	-17,954	0,135	-38,59	2,68
	Há cerca de 4A ou 5A	-16,007	0,195	-35,67	3,66
	Há mais de 5A	-18,100	0,186	-40,13	3,93

Nota. I= Grupo 1; J= Grupo 2; DM = Diferença de Médias entre grupos (I-J); m= Meses; A= Ano(s).

Preditores do CPT

De seguida, com o intuito de analisar a existência de uma relação preditora entre a QR próxima, QR conflituosa, Sexo, Faixa Etária, Tempo do Falecimento e o CPT, procedeu-se a uma Regressão Linear Múltipla, após a verificação dos pressupostos. Os resultados obtidos demonstram que apenas a relação de proximidade ($\beta = 0,176, p = 0,004$) e o tempo do falecimento ($\beta = 0,139, p = 0,023$) têm um impacto significativo no CPT. As restantes variáveis restantes que não demonstraram ser significativas, tendo sido removidas do modelo. O modelo final ($R^2_{ajustado} = 0,053$; $Z(2,265) = 8,462$; $p < 0,001$), apresentado na Tabela 12, explica 5,3% da variância do CPT. Ainda, foi realizada uma regressão linear entre a QR próxima e o CPT. Os resultados, demonstrados na Tabela 12, revelam que a QR próxima ($R^2_{ajustado} = 0,033$; $Z(1,267) = 10,273$; $p = 0,002$) explica 3,3% da variância do CPT.

Tabela 12. Regressão Linear Múltipla do CPT

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2	
	β	<i>p-value</i>	β	<i>p-value</i>
Qualidade da Relação Próxima	0,176	0,004	0,192	0,002
Tempo do Falecimento	0,139	0,023		
% de variância explicada	5,3		3,3	

Nota. β = Coeficiente Padronizado; Modelo 1: Qualidade da relação próxima e tempo do falecimento (variáveis independentes); Modelo 2: Qualidade da relação próxima (variável independente).

Discussão

A presente investigação procurou analisar o CPT na população em luto, nomeadamente o impacto da variável qualidade da relação no CPT do enlutado, mas

também a influência das variáveis sociodemográficas – Sexo e Faixa Etária – e do Tempo do Falecimento no CPT.

Relativamente à QR e ao CPT, de um modo geral os resultados demonstraram uma associação entre a proximidade da relação e o CPT. Apesar de não existir evidência empírica consistente sobre a QR e o CPT, o que a teoria nos indica vai ao encontro dos resultados obtidos. Um estudo de Armstrong e Shakespeare-Finch (2011) concluiu que a perda de um parente de primeiro grau relacionava-se com um maior crescimento da pessoa enlutada. Similarmente, Pereira et al. (2024) verificaram que o grau de parentesco é um fator decisivo no ajustamento ao luto. Efetivamente, a perda de alguém implica o rompimento de laços afetivos que nos podem fazer sentir desconectados de nós próprios (Hall, 2014). Assim sendo, quando esse alguém nos é próximo, a probabilidade de ocorrer um processo de luto mais desafiante, com fortes sentimentos de angústia, é maior. Um processo de luto com estas características envolve igualmente um maior desafio às crenças centrais da pessoa em luto e conseqüente reconstrução, o que potencia a ocorrência de CPT (Calhoun et al., 2010), e que poderá explicar os resultados obtidos.

Em contrapartida, o conflito relacional não demonstrou uma associação significativa com o CPT. No entanto, observaram-se correlações significativas entre a relação de conflito e algumas das subescalas do CPT, mais precisamente a Apreciação da Vida, Novas Possibilidades e Força Pessoal. Efetivamente, não se esperava que a relação de conflito não estivesse correlacionada com o CPT, dado que uma relação de conflito implica, de certa forma, a existência de proximidade. A existência de discordância e sentimentos de tensão e stress continuados, indica a presença de um vínculo emocional, o que faz, portanto, que a perda seja sentida como significativa. O que também pode ser uma explicação para as correlações significativas observadas neste estudo. Além disso, os assuntos inacabados, a culpa e os remorsos podem ser elementos que promovam uma reflexão acerca das relações interpessoais e da força pessoal. Isto é, a pessoa enlutada pode desenvolver capacidades que lhe permitam lidar com sentimentos complexos, não depender emocionalmente de outrem, reavaliar os seus valores e limites nos relacionamentos, bem como ser mais autoconsciente e confiante. Adicionalmente, a vivência do luto pode proporcionar ao enlutado uma reflexão sobre a brevidade da vida, que esta é importante e que até os momentos mais pequenos devem ser apreciados, mas também uma reflexão sobre quais são as suas prioridades, o quê que lhe faz sentido, o que é que deixou de fazer sentido, levando-o a uma redescoberta pessoal.

Por último, realizou-se a análise dos diferentes níveis de CPT nas variáveis sexo, faixa etária e tempo do falecimento. Em relação ao sexo, apenas foram observadas diferenças na dimensão Força Pessoal, com as mulheres a revelarem níveis mais altos de CPT. A evidência existente a este respeito é contraditória, visto que há estudos que apontam para uma maior tendência para ocorrer CPT nas mulheres (Oginska-Bulik & Kobylarczyk, 2017; Vishnevsky et al., 2010), como também há estudos que revelam o contrário (Anderson et al., 2016; Taku et al., 2015).

No que concerne a faixa etária, o presente estudo revelou diferenças na dimensão Mudanças Espirituais e Existenciais, onde os participantes dos 50 aos 54 anos apresentaram níveis mais elevados de CPT quando comparados com os participantes dos 25 aos 34 anos de idade. Em relação à idade do enlutado e ao CPT, é importante referir que a literatura existente é inconsistente (Michael & Cooper, 2013). Por exemplo, Manne et al. (2004) realizaram uma investigação, que contemplava uma ampla amostra de idades (20 aos 70 anos), onde observaram uma relação inversa entre a idade e o CPT. Já Milam et al. (2004) postularam um maior CPT em pessoas mais velhas devido à sua maturidade cognitiva, o que demonstra ser importante na procura de benefícios aquando da ocorrência de um evento traumático.

De facto, a maturidade cognitiva pode ser uma das razões que explica os resultados obtidos. Outra possível explicação, baseia-se nos estudos acerca da espiritualidade, onde a idade revela uma associação positiva com a espiritualidade. A título de exemplo, Fowler (1981) verificou que o aumento da idade estava relacionado com um maior desenvolvimento da fé, caracterizado por um sentido de transcendência pessoal. Congruentemente, uma investigação de Wink e Dillon (2002) revelou maiores níveis de espiritualidade em adultos mais velhos. Ou seja, indivíduos mais velhos parecem estar mais abertos aos aspetos espirituais e em maior contacto com o seu sentir espiritual. Adicionalmente, a literatura demonstra que pessoas mais velhas apresentam uma maior crença existencial de que a vida tem um sentido (Reker, 2005). Isto, juntamente com a evidência de que a espiritualidade e a religiosidade contribuem para o processo de ressignificação da perda (Michael et al, 2003; Wortmann & Park, 2009), processo esse essencial ao desenvolvimento do CPT, pode explicar o facto dos participantes dos 50 aos 54 anos de idade percecionarem mais mudanças positivas ao nível espiritual e existencial.

No que concerne ao tempo do falecimento, observaram-se diferenças nos níveis de CPT. Curiosamente, os testes post-hoc revelaram um padrão de diferenças entre a ocorrência de uma perda há menos de 6 meses (associada a menores níveis de CPT), e de uma perda há mais de 2 anos (associada a maiores níveis de CPT). É importante referir no que toca a esta matéria, a literatura é contraditória. Contudo, existem estudos que referem uma associação entre o tempo de falecimento e o CPT (Yilmaz & Zara, 2016; Wolchik et al., 2009), sendo que a presente investigação verificou também um impacto direto entre o tempo do falecimento e o CPT.

Relativamente ao período de menos de 6 meses após o evento traumático, a evidência sugere que dificilmente a pessoa enlutada irá experienciar mudanças positivas (Helgeson et al., 2006; Pat-Horenczyk et al., 2016; Sawyer et al., 2010). Isto faz todo o sentido, dado que o processo de luto (normal) no período que se segue à perda, encontra-se numa fase mais aguda, sendo caracterizado por uma maior intensidade e uma maior sintomatologia associada à perda (Zisook & Shear, 2009), o que dificulta a perceção de mudanças positivas. Esta sintomatologia, nomeadamente a angústia e o sofrimento psicológico, reflete a presença de ruminação intrusiva característica da resposta inicial ao trauma (Tedeschi et al., 2018). Alguns autores defendem que a ruminação intrusiva não está associada ao CPT (Taku et al., 2021; Tedeschi et al., 2017). Outros postulam que provavelmente existe uma associação negativa entre estas variáveis (Cann et al., 2010; Platte et al., 2023). E, portanto, é improvável que uma pessoa experiencie crescimento nos primeiros 6 meses de luto. O que pode explicar o facto de todas as diferenças observadas envolverem o tempo do falecimento de há menos de 6 meses, com menores níveis de CPT.

Em relação ao período de há mais de 2 anos após a perda, um estudo de Helgeson et al. (2006) concluiu que o marco dos dois anos estava associado a uma relação mais forte entre o CPT e menores níveis de depressão, assim como maior afeto positivo. Além disso, a investigação referente ao ajustamento ao luto indica que, geralmente, as pessoas regressam ao seu funcionamento normal no período de 2 anos (Bonanno, 2005; Coifman & Bonanno, 2010). Este regresso a um estado de equilíbrio psicológico é o que, possivelmente, lhes permite fazer uma retrospectiva mais “fundamentada” do que vivenciaram e enquadrar essa experiência no seu mundo de significados, possibilitando-lhes a capacidade de perceber mudanças positivas. E, portanto, faz sentido considerar que estas pessoas que passaram por um acontecimento traumático, necessitaram de pelo

menos 2 anos para transitarem de um estado composto por pensamentos intrusivos, que provocam sofrimento e angústia, para um estado de procura de significado, em que estão presentes pensamentos mais deliberados que permitem a reconstrução de crenças centrais funcionais. Sendo assim expectável que dois anos após a perda, já se verifiquem níveis mais fortes de CPT, no qual o individuo consiga perceber mudanças positivas em diversas áreas da sua vida, o que pode explicar os resultados obtidos.

Limitações e Futura Investigação

Como mencionado, a presente investigação foi realizada no sentido de colmatar algumas carências empíricas em relação ao CPT no luto. No entanto, é necessário haver cautela na interpretação dos resultados obtidos, dado que foram identificadas limitações. Uma das limitações deste estudo prende-se com o facto de a amostra não ser representativa da população portuguesa, visto que os participantes são maioritariamente do sexo feminino com uma média de idades de 36 anos. Isto dificulta a generalização dos dados para a população portuguesa.

Relativamente à recolha dos dados, não foram recolhidas informações acerca do contexto cultural e social dos participantes. Futuramente, seria relevante investigar o papel deste fator na relação entre o CPT e a QR, uma vez que a literatura valida a importância da componente sociocultural no que diz respeito ao CPT, e ao modo como interagimos com o mundo e os outros. Houve também uma limitação em relação ao questionário sociodemográfico, sendo que a questão referente ao parentesco não foi clara para todos os participantes. Consequentemente, não foi possível incluir a variável parentesco no estudo. Dada à evidência empírica relativa a esta variável, o processo de luto e o CPT, seria pertinente que investigações futuras comparassem o parentesco e a QR nos diferentes níveis de CPT no contexto do luto. Outra limitação identificada assenta no facto de se ter confiado, exclusivamente, na capacidade de recordação dos participantes. Seja pelo viés de memória ou pela confusão devido a traumas subsequentes, o risco de enviesamento torna-se maior. De forma a colmatar esta limitação, seria adequado a realização de estudos longitudinais que acedam à QR antes de acontecer a perda.

No que toca aos instrumentos adotados, todos estes consistiam em instrumentos de autopreenchimento. Este aspeto leva a um aumento da probabilidade de enviesamento, sendo que se trata de medidas que implicam subjetividade, podendo ocorrer

desejabilidade social. Por último, é necessária cautela na interpretação dos resultados apresentados, devido ao instrumento usado para avaliar a QR. Os itens deste instrumento, relativos à dimensão Proximidade, para além de acederem ao nível de proximidade relacional, também acedem a uma determinada dependência emocional e prática, da pessoa enlutada em relação ao ente querido. Já os itens referentes à dimensão Conflito podem não ser muito fiáveis, dado que apresentam um valor de consistência interna relativamente baixos ($\alpha < 0,70$). Deste modo, sugerimos que estudos futuros se foquem nas questões desta investigação, mas com um instrumento que apresente valores de consistência interna mais elevados na dimensão Conflito.

Implicações Clínicas

Mesmo considerando as limitações acima apontadas, esta investigação não deixa de deter um contributo para a literatura, no que diz respeito ao CPT no contexto do luto. De facto, existem vários estudos que se debruçam sobre esta matéria, contudo a componente relacional raramente pertence ao interesse empírico. É a partir deste pressuposto que resulta a principal contribuição da presente investigação. Isto é, aumentar e melhorar o conhecimento sobre o CPT no luto e quais os fatores que possivelmente o influenciam.

Ainda, pretende-se também com esta investigação dar um contributo clínico, nomeadamente para a prevenção e para a intervenção em cuidados de saúde. Concretamente, este estudo salienta a necessidade de ser realizada uma intervenção no sentido de facilitar a elaboração dos aspetos relacionais da pessoa enlutada. E, portanto, tenciona-se que os profissionais de saúde tenham em conta a qualidade da relação antes da morte, durante o luto antecipatório de modo a que haja um melhor ajustamento à perda.

Referências

- Anderson, D., Prioleau, P., Taku, K., Naruse, Y., Sekine, H., Maeda, M., Yabe, H., Katz, C., & Yanagisawa, R. (2016). Post-traumatic Stress and Growth Among Medical Student Volunteers After the March 2011 Disaster in Fukushima, Japan: Implications for Student Involvement with Future Disasters. *The Psychiatric quarterly*, 87(2), 241–251. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9381-3>
- 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>
- Barbosa, A. (2016). O Luto em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, I. Galriça Neto, P. Pina & F. Tavares, Manual de cuidados paliativos (pp.533-630). Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Bennett, J. (2016). Limb loss: The unspoken psychological aspect. *Journal of vascular nursing*, 34(4), 128-130.
- 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.
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current directions in psychological science*, 14(3), 135-138.
- 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.
- Bottomley, J. S., Smigelsky, M. A., Floyd, R. G., & Neimeyer, R. A. (2019). Closeness and conflict with the deceased: Exploring the factor structure of the quality of relationships inventory in a bereaved student sample. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 79(4), 377-393.
- Bottomley, J. S., & Neimeyer, R. A. (2021). Quality of Relationships Inventory-Bereavement Version (QRI-B). In *New Techniques of Grief Therapy* (pp. 87-93). Routledge.
- Büchi, S., Mörgeli, H., Schnyder, U., Jenewein, J., Hepp, U., Jina, E., Neuhaus, R., Fauchère, J. C., Bucher, H. U., & Sensky, T. (2007). Grief and post-traumatic

- growth in parents 2-6 years after the death of their extremely premature baby. *Psychotherapy and psychosomatics*, 76(2), 106–114. <https://doi.org/10.1159/000097969>
- Bugen, L. A. (1977). Human grief: A model for prediction and intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47(2), 196.
- Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature. *Complicated grief*, 145-161.
- 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.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Solomon, D. T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma*, 15(3), 151-166.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(2), 137-156.
- 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.
- Carqueja, E. (2017). *Luto: um processo dinâmico. Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos*. (1ª ed.). Pactor.
- Cleiren, M. P. H. D., Diekstra, R. F., Kerkhof, A., & Van Der Wal, J. (1994). Mode of death and kinship in bereavement: focusing on " who " rather than " how ". *Crisis*, 15(1), 22-36.
- Coifman, K. G., & Bonanno, G. A. (2010). When distress does not become depression: emotion context sensitivity and adjustment to bereavement. *Journal of abnormal psychology*, 119(3), 479.
- Cormio, C., Romito, F., Giotta, F., & Mattioli, V. (2015). Post-traumatic growth in the Italian experience of long-term disease-free cancer survivors. *Stress and health*, 31(3), 189-196.

- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death studies, 30*(5), 403-428.
- Dibble, J. L., Levine, T. R., & Park, H. S. (2012). The Unidimensional Relationship Closeness Scale (URCS): reliability and validity evidence for a new measure of relationship closeness. *Psychological assessment, 24*(3), 565.
- Doka, K. J., & Martin, T. L. (2011). *Grieving beyond gender: Understanding the ways men and women mourn*. Routledge.
- Drapeau, C. W., Lockman, J. D., Moore, M. M., & Cerel, J. (2018). Predictors of posttraumatic growth in adults bereaved by suicide. *Crisis*
- Dyregrov, A., Frykholm, A. M., Lilled, L., Broberg, A. G., & Holmberg, I. (2003). The Göteborg discotheque fire, 1998. *Scandinavian Journal of Psychology, 44*(5), 449-457.
- Eckerd, L. M., Barnett, J. E., & Jett-Dias, L. (2016). Grief following pet and human loss: Closeness is key. *Death Studies, 40*(5), 275-282.
- Engelkemeyer, S. M., & Marwit, S. J. (2008). Posttraumatic growth in bereaved parents. *Journal of Traumatic Stress, 21*(3), 344-346.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. Norton.
- Freud, S. (1917). *Mourning and Melancholia*. Essential Papers on Depression/ New York University Press.
- Floyd, F. J., Mailick Seltzer, M., Greenberg, J. S., & Song, J. (2013). Parental bereavement during mid-to-later life: pre-to postbereavement functioning and intrapersonal resources for coping. *Psychology and aging, 28*(2), 402.
- Fowler, J. (1981). *Stages of faith*. Harper & Row.
- Gerrish, N. J., Neimeyer, R. A., & Bailey, S. (2014). Exploring maternal grief: A mixed-methods investigation of mothers' responses to the death of a child from cancer. *Journal of Constructivist Psychology, 27*(3), 151-173.
- 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.
- Hall, C. (2014). Bereavement theory: Recent developments in our understanding of grief and bereavement. *Bereavement Care, 33*(1), 7-12.

- Hardison, H. G., Neimeyer, R. A., & Lichstein, K. L. (2005). Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. *Behavioral sleep medicine*, 3(2), 99-111. https://doi.org/10.1207/s15402010bsm0302_4
- 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.
- Herberman Mash, H. B., Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (2013). Complicated grief and bereavement in young adults following close friend and sibling loss. *Depression and anxiety*, 30(12), 1202-1210.
- Hogan, N. S., & Schmidt, L. A. (2002). Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. *Death studies*, 26(8), 615-634.
- Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2011). Separation and traumatic distress in prolonged grief: The role of cause of death and relationship to the deceased. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 254-263.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Hurst, R., & Kannangara, C. (2022). Post-traumatic growth from grief—a narrative literature review. *Mental Health and Social Inclusion*, 28(3), 261-273.
- Hyde, J. S. (2014). Gender similarities and differences. *Annual review of psychology*, 65(1), 373-398.
- Instituto Nacional de Estatística (2024, setembro). *Óbitos (N.º) por Local de residência (NUTS - 2024), Sexo, Grupo etário e Dia do óbito*. Anual. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0012101&selTab=tab0
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15, 30-34.
- Johnsen, I., & Afgun, K. (2021). Complicated grief and post-traumatic growth in traumatically bereaved siblings and close friends. *Journal of Loss and Trauma*, 26(3), 246-259. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1762972>
- Kállay, É. (2007). Posttraumatic growth: A brief review. *Psychology Review*, 24, 76-98.
- Katsiferis, A., Bhatt, S., Mortensen, L. H., Mishra, S., & Westendorp, R. G. (2023). Sex differences in health care expenditures and mortality after spousal bereavement:

- A register-based Danish cohort study. *Plos one*, 18(3), e0282892.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282892>
- Kelly, G., Morris, R., & Shetty, H. (2018). Predictors of post-traumatic growth in stroke survivors. *Disability and Rehabilitation*, 40(24), 2916-2924.
- Klass, D., & Walter, T. (2001). Processes of grieving: How bonds are continued. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 431–448). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10436-018>
- Klingspon, K. L., Holland, J. M., Neimeyer, R. A., & Lichtenthal, W. G. (2015). Unfinished business in bereavement. *Death Studies*, 39(7), 387-398.
- Kübler-Ross, E. (1973). *On death and dying*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203010495>
- Levi-Belz, Y. (2017). Relationship with the deceased as facilitator of posttraumatic growth among suicide-loss survivors. *Death Studies*, 41(6), 376-384.
- 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>
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K., & Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death studies*, 34(8), 673-698.
- Maccallum, F., Lundorff, M., Johannsen, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2023). An exploration of gender and prolonged grief symptoms using network analysis. *Psychological Medicine*, 53(5), 1770–1777.
<https://doi.org/10.1017/S0033291721003391>
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística - com utilização do SPSS* (3ª ed.). Edições Sílabo.
- Mash, H. B. H., Fullerton, C. S., Shear, M. K., & Ursano, R. J. (2014). Complicated grief and depression in young adults: Personality and relationship quality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(7), 539–543.
- Michael, C., & Cooper, M. (2013). Post-traumatic growth following bereavement: A systematic review of the literature. *Counselling Psychology Review*, 28(4), 18–32.

- Michael, S. T., Crowther, M. R., Schmid, B., & Allen, R. S. (2003). Widowhood and spirituality: Coping responses to bereavement. *Journal of women & aging, 15*(2-3), 145-165. https://doi.org/10.1300/J074v15n02_09
- 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>
- Milman, E., Neimeyer, R. A., Fitzpatrick, M., MacKinnon, C. J., Muis, K. R., & Cohen, S. R. (2017). Prolonged grief symptomatology following violent loss: The mediating role of meaning. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(sup6), 1503522.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death studies, 24*(6), 541-558.
- Ogińska-Bulik, N. (2015). The relationship between resiliency and posttraumatic growth following the death of someone close. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 71*(3), 233-244.
- Ogińska-Bulik, N., & Kobylarczyk, M. (2019). The experience of trauma resulting from the loss of a child and posttraumatic growth—the mediating role of coping strategies (loss of a child, PTG, and coping). *OMEGA-Journal of Death and Dying, 80*(1), 104-119.
- Packman, W., Horsley, H., Davies, B., & Kramer, R. (2006). Sibling bereavement and continuing bonds. *Death studies, 30*(9), 817-841.
- 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)
- Pat-Horenczyk, R., Saltzman, L. Y., Hamama-Raz, Y., Perry, S., Ziv, Y., Ginat-Frolich, R., & Stemmer, S. M. (2016). Stability and transitions in posttraumatic growth trajectories among cancer patients: LCA and LTA analyses. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 8*(5), 541.
- Pereira, M., Moreira, A., & Neto, D. D. (2024). From Grief to Growth: The Role of Coping Strategies, Kinship and Cause of Death. *OMEGA - Journal of Death and Dying. <https://doi.org/10.1177/00302228241259647>*
- Platte, S., Wiesmann, U., Tedeschi, R. G., Taku, K., & Kehl, D. (2023). A short form of the posttraumatic growth and posttraumatic depreciation inventory-expanded

- (PTGDI-X-SF) among German adults. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(5), 838.
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., & Maciejewski, P. K. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in *DSM-V*. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 165–186). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14498-008>
- Reker, G. T. (2005). Meaning in life of young, middle-aged, and older adults: Factorial validity, age, and gender invariance of the Personal Meaning Index (PMI). *Personality and Individual Differences*, 38(1), 71-85.
- Rubin, S. S., Bar Nadav, O., Malkinson, R., Koren, D., Goffer-Shnarch, M., & Michaeli, E. (2009). The Two-Track Model of Bereavement Questionnaire (TTBQ): Development and validation of a relational measure. *Death Studies*, 33(4), 305–333. <https://doi.org/10.1080/07481180802705668>
- Ryan, A. P., & Ripley, J. (2023). Factors Contributing to Posttraumatic Growth Following Bereavement. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 88(2), 749-764. <https://doi.org/10.1177/00302228211051528>
- Sattler, D. N., Boyd, B., & Kirsch, J. (2014). Trauma-exposed firefighters: Relationships among posttraumatic growth, posttraumatic stress, resource availability, coping and critical incident stress debriefing experience. *Stress and Health*, 30(5), 356-365.
- Sawyer, A., Ayers, S., & Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 436-447.
- Schwartz, L. E., Howell, K. H., & Jamison, L. E. (2018). Effect of time since loss on grief, resilience, and depression among bereaved emerging adults. *Death studies*, 42(9), 537-547.
- Servaty-Seib, H. L., & Pistole, M. C. (2007). Adolescent grief: Relationship category and emotional closeness. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 54, 147–167.
- Shakespeare-Finch, J., & Barrington, A. J. (2012). Behavioural changes add validity to the construct of posttraumatic growth. *Journal of traumatic stress*, 25(4), 433-439.

- Smigelsky, M. A., Bottomley, J. S., Relyea, G., & Neimeyer, R. A. (2020). Investigating risk for grief severity: Attachment to the deceased and relationship quality. *Death studies*.
- Stirling Moorey, & Greer, S. (2011). *Oxford Guide to CBT for People with Cancer*. Oxford.
- Stein, C. H., Petrowski, C. E., Gonzales, S. M., Mattei, G. M., Majcher, J. H., Froemming, M.W., Greenberg, S. C., Dulek, E. B., & Benoit, M. F. (2017) A matter of life and death: Understanding continuing bonds and post-traumatic growth when young adults experience the loss of a close friend. *Journal of Child and Family Studies*, 27(3), 725–738. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0943-x>
- 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. (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, 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., & Van den Bout, J. (2013). *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals*. Routledge.
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2015). Core beliefs shaken by an earthquake correlate with posttraumatic growth. *Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy*, 7(6), 563.
- Taku, K., Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Krosch, D., David, G., Kehl, D., Grunwald, S., Romeo, A., Di Tella, M., Kamibeppu, K., Soejima, T., Hiraki, K., Volgin, R., Dhakal, S., Zięba, M., Ramos, C., Nunes, R., Leal, I., Gouveia, P., ... Calhoun, L. G. (2021). Posttraumatic growth (PTG) and posttraumatic depreciation (PTD) across ten countries: Global validation of the PTG-PTD

- theoretical model. *Personality and Individual Differences*, 169, Article 110222.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110222>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9, 455-471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). " Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., & Calhoun, L. G. (2017). The posttraumatic growth inventory: A revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 11-18.
- Tedeschi, R. G., & McNally, R. J. (2011). Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans? *American Psychologist*, 66(1), 19.
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge.
- Utz, R., & Nordmeyer, K. (2007). Feminism, aging and the life course perspective. A review essay. *The Gerontologist*, 47(5), 705–716.
<https://doi.org/10.1093/geront/47.5.705>
- van Eersel, J. H., Taris, T. W., & Boelen, P. A. (2019). Development and initial validation of the job loss grief scale. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(4), 428-442.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1619703>
- Vegsund, H. K., Reinfjell, T., Moksnes, U. K., Wallin, A. E., Hjemdal, O., & Eilertsen, M. E. B. (2019). Resilience as a predictive factor towards a healthy adjustment to grief after the loss of a child to cancer. *PloS one*, 14(3), e0214138.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214138>.
- 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.
- Wink, P., & Dillon, M. (2002). Spiritual development across the adult life course: Findings from a longitudinal study. *Journal of adult development*, 9, 79-94.
- Wolchik, S. A., Coxe, S., Tein, J. Y., Sandler, I. N., & Ayers, T. S. (2009). Six-year longitudinal predictors of posttraumatic growth in parentally bereaved

- adolescents and young adults. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 58(2), 107-128.
- Worden, J. W. (2015). Theoretical perspectives on loss and grief. *Death, dying, and bereavement: Contemporary perspectives, institutions, and practices*, 91-103.
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer publishing Company.
- Wortmann, J. H., & Park, C. L. (2008). Religion and spirituality in adjustment following bereavement: An integrative review. *Death studies*, 32(8), 703-736. <https://doi.org/10.1080/07481180802289507>
- Yilmaz, M., & Zara, A. (2016). Traumatic loss and posttraumatic growth: The effect of traumatic loss related factors on posttraumatic growth. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 17(1), 5–11. <https://doi.org/10.5455/apd.1188311>
- Yu, W., He, L., Xu, W., Wang, J., & Prigerson, H. G. (2016). How do attachment dimensions affect bereavement adjustment? A mediation model of continuing bonds. *Psychiatry Research*, 238, 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.030>
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World psychiatry*, 8(2), 67.

ANEXOS

ANEXO A. Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Nome: _____

Idade: _____

Nacionalidade: _____

Residência (Distrito): _____

Identidade de Género: Mulher Homem Outro Qual? _____

Estado Civil:

Solteiro(a) Casado(a)/União de Facto Divorciado(a) Viúvo(a)

Separado(a) Outro Qual? _____

Filhos: _____ Idades: _____

Nº Membros do Agregado Familiar: _____

Habilitações Literárias completas:

Sem escolaridade 1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo Ensino Secundário

Licenciatura Mestrado Doutoramento Outra. Qual? _____

Situação Profissional:

Empregado(a) Desempregado(a) Reformado(a) Outro _____

Profissão: _____

Religião:

Sem religião Agnóstico Cristã Católica Cristã Protestante Judaica

Cristã Ortodoxa Hindu Budista Islâmica Espírita

Outra Qual? _____ Prefiro não responder

Parentesco com ente-querido:

Cônjuge Filho(a) Pai/Mãe Irmão/Irmã Avô/Avó Neto(a)

Sogro(a) Genro/Nora Tio(a) Primo(a) Outro _____

Há quanto tempo faleceu o seu ente-querido? _____

Já experienciou o luto de outro ente-querido anteriormente? Sim Não

ANEXO B. Inventário de Crescimento Pós-Traumático Expandido (PTGI-X)

Inventário de Crescimento Pós-Traumático – PTGI-X

(Santos, Ramos, & Leal, escala em processo de validação)

Indique para cada uma das afirmações abaixo o grau em que esta mudança ocorreu na sua vida como resultado do seu diagnóstico VIH, utilizando a seguinte escala:

- 0 = **Não experimentei** esta mudança como resultado da perda que experienciei
 1 = **Experimentei esta mudança num grau muito pequeno** como resultado da perda que experienciei
 2 = **Experimentei esta mudança num grau pequeno** como resultado da perda que experienciei
 3 = **Experimentei esta mudança num grau moderado** como resultado da perda que experienciei
 4 = **Experimentei esta mudança num grau elevado** como resultado da perda que experienciei
 5 = **Experimentei esta mudança num grau muito elevado** como resultado da perda que experienciei

	0	1	2	3	4	5
1. Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida						
2. Tenho um maior apreço pelo valor da minha vida						
3. Desenvolvi novos interesses						
4. Tenho uma maior perceção de que posso contar comigo próprio/a						
5. Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais						
6. Entendo mais claramente que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade						
7. Estabeleci um novo rumo para a minha vida						
8. Sinto-me mais próximo/a das outras pessoas						
9. Estou mais disposto/a para demonstrar as minhas emoções						
10. Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades						
11. Sou capaz de fazer coisas melhores com a minha vida						
12. Estou mais disponível para aceitar o resultado das coisas						
13. Consigo apreciar melhor cada dia						
14. Estão disponíveis novas oportunidades que de outra forma não teriam estado						
15. Tenho mais compaixão para com os outros						
16. Empenho-me mais nas minhas relações						
17. É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança						
18. Tenho uma fé religiosa mais forte						
19. Descobri que sou mais forte do que pensava que era						
20. Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas						
21. Aceito melhor ter que necessitar dos outros						
22. Tenho uma maior sensação de harmonia com o mundo						
23. Sinto-me mais conectado com toda a existência						
24. Sinto-me mais capaz de enfrentar questões sobre a vida e a morte						
25. O sentido da vida está mais claro para mim						

ANEXO C. Escala da Qualidade da Relação (EQR)

Escala da Qualidade da Relação

Indique para cada uma das afirmações abaixo como era a sua relação com o seu ente querido utilizando a seguinte escala:

- 1 = Não era nada assim a relação com o meu ente querido;
- 2 = Era um pouco assim a relação com o meu ente querido
- 3 = Era às vezes assim a relação com o meu ente querido
- 4 = Era muito assim a relação com o meu ente querido
- 5 = Era sempre assim a relação com o meu ente querido
- 6 = Não sei/não quero responder como era a relação com o meu ente querido



	Nada					Muito	NS/ NR
	1	2	3	4	5	6	
1. A relação com o seu ente querido era próxima?							
2. A relação com o seu ente querido era marcada por muitas discussões e conflitos?							
3. Sentia que gostava muito do seu ente querido, apesar de estarem muitas vezes zangados							
4. A relação com o seu ente querido o/a fazia sentir-se acarinhado/a							
5. Precisava dele(a) para aspetos práticos (ajudar nas lides domésticas ou realizar pagamentos ou tratar de assuntos burocráticos)?							
6. Conversavam sobre o que sentem intimamente?							
7. Precisava de estar perto dele/a para se sentir bem							
8. Sentia que para viverem bem tinha que fazer tudo à maneira do seu ente querido							
9. Se sentia magoado/a com coisas que o seu ente querido fazia ou dizia?							
10. Sentia que só o seu ente-querido é que se preocupava consigo							
11. Sentia que a presença dele/a o/a fazia sentir-se seguro/a							
12. Sentia que a presença dele/a lhe trazia conforto							

ANEXO D. Consentimento Informado

Consentimento Informado

Esta investigação tem como objetivo estudar os mecanismos de ajustamento psicológico de pessoas em luto, particularmente como é que são capazes de encontrar significado na perda do ente-querido. Pretende-se com esta investigação contribuir para uma melhor perceção do processo de ajustamento ao luto em Portugal.

Este projeto de investigação, efetuado no âmbito do doutoramento em Psicologia Clínica no Ispa – Instituto Universitário, da responsabilidade da Dra. Margarida Ferreira de Almeida (Ispa – Instituto Universitário), com a orientação da Professora Doutora Isabel Leal (William James Center for Research, Ispa – Instituto Universitário) e a coorientação da Prof. Doutora Catarina Ramos (Egas Moniz School of Health and Science) e Prof. Doutora Alexandra Coelho (Ispa – Instituto Universitário), é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (referência 2023.00702.BD). Este estudo tem a colaboração das alunas de mestrado do Ispa – Instituto Universitário: Catarina Martins, Joana Costa e Maria Larcher Almeida.

Este estudo destina-se a pessoas que tenham experienciado a perda de um ente-querido nos últimos 5 anos. Caso a perda tenha ocorrido há menos de 3 meses, e não se sente confortável, aconselhamo-lo a não participar no preenchimento deste questionário. Para a realização deste projeto de investigação solicita-se a sua participação no preenchimento de um questionário com a duração aproximada de 20 minutos. A participação é voluntária, podendo, a qualquer momento, recusar-se a participar se assim o desejar, sem que isso tenha quaisquer consequências. Assegura-se ainda que, a sua identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com esta investigação, garantido a confidencialidade e anonimato de todos os dados recolhidos.

Caso tenha alguma questão adicional, poderá contactar a investigadora responsável: Margarida Ferreira de Almeida (margarida.almeida@ispa.pt).

*Tomei conhecimento do carácter voluntário da participação no estudo bem como da possibilidade de a qualquer momento poder desistir da minha participação, sem que este facto possa ter qualquer dano ou prejuízo para mim.

Sim

Não

ANEXO E. Parecer da Comissão de Ética



Comissão de Ética de Investigação
ISPA - Instituto Universitário de Ciências
Psicológicas, Sociais e da Vida
Rua Jardim do Tabaco, 34,
1149-041 Lisboa
Telefone: (351) 218 811 700
Fax: (351) 218 860 954

COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER – Referência D-072-12-23

Título do projeto: Encontrar Significado na Perda: Meaning-Making e Crescimento Pós-Traumático no Ajustamento ao Luto

Investigador responsável: Margarida Ferreira de Almeida | Isabel Leal

Instituição/Curso: ISPA – Instituto Universitário

O protocolo do estudo apresenta objetivos relevantes. Foram descritos adequadamente os métodos e procedimentos a adotar e estes respeitam os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à ética em investigação.

Assim, o parecer da Comissão de Ética do Ispa-Instituto Universitário é favorável à realização do estudo em epígrafe.

Qualquer alteração futura aos procedimentos descritos do estudo que possam colidir com os critérios éticos de investigação com seres humanos ou animais não humanos constantes nos referidos regulamentos, exigem uma reapresentação do pedido de apreciação a esta Comissão.

Comissão Ética do Ispa – Instituto Universitário

(Assinatura P'lo Presidente da CE)

Lisboa, 7 de dezembro de 2023.

ANEXO F. Folheto Informativo do Luto



ENCONTRAR SIGNIFICADO NA PERDA

MEANING-MAKING E CRESCIMENTO PÓS-
TRAUMÁTICO NO AJUSTAMENTO AO
LUTO

Projeto de investigação no âmbito do
Doutoramento em Psicologia Clínica.

Investigadora Responsável:
Dra. Margarida Ferreira de Almeida
margarida.almeida@ispa.pt



Encontrar Significado na Perda



@encontrarsignificadonaperda

O QUE É O LUTO ?

**RESPOSTA NATURAL
A QUALQUER PERDA.**

**PROCESSO ÚNICO E
PESSOAL.**

**CONJUNTO DE
REAÇÕES
EMOCIONAIS,
FÍSICAS, SOCIAIS E
COMPORTAMENTAIS.**

Reações **NORMAIS** ao Luto

Tristeza, saudade, ansiedade,
desinteresse, desânimo, vazio,
impaciência, irritabilidade

Choro, agitação, alteração no apetite e
no sono.

Dores de cabeça e musculares,
fraqueza, boca seca, fadiga, tremores,
pressão no peito, aperto na garganta.

Tendência ao isolamento, dificuldade
em trabalhar, e em tomar decisões,
dificuldade na concentração e
memória, confusão, atordoamento.

PERTURBAÇÃO DE LUTO PROLONGADO

**PERSISTÊNCIA DE
SINTOMAS (> 6 meses)**

Sufrimento físico e emocional;
Sentimento de revolta, de choque e atordoamento;
Sensação desagradável de voltar a passar pela experiência repetidas vezes;
Dificuldade em aceitar a morte e evitamento de recordações;
Sentimentos de amargura, culpa, desconfiança;
Incapacidade para experienciar prazer e prosseguir com a vida;
Dificuldade em se concentrar, retomar a atividade profissional e outras tarefas da vida diária.

Caso se identifique com esta persistência de sintomas

PROCURE AJUDA

Linhas de Crise

Consultas de Apoio no Luto

Grupos Terapêuticos

SNS 24 
808 24 24 24

fct

 **WJCR**
WILLIAM JAMES
CENTER FOR RESEARCH

 **Ispa**