

1120

DM  
SANT/JC.1

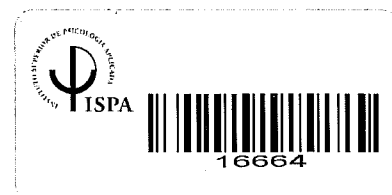
# INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica  
Edição de 2002/2004

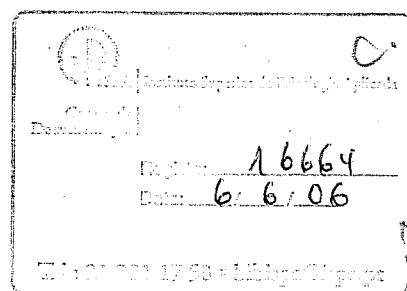
## **Ansiedade face à morte em idosos: Influência de variáveis sócio-demográficas e do bem-estar subjectivo**

Joana Cardo Pinto Da Costa Alves Dos Santos  
Nº 11335

ORIENTADOR: Prof. Doutor António Diniz  
*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*



2005



Para a minha avó,

Para os meus pais e,

Para todos aqueles que continuam a  
conseguir saber viver sorrindo...

## **Agradecimentos**

Desejo agradecer,

Ao meu marido e à minha analista, todo o apoio de retaguarda que permitiram que este trabalho seguisse o seu rumo;

Ao Prof. Doutor António Diniz, orientador deste trabalho, por todo o seu entusiasmo, dedicação e incansável disponibilidade;

À minha irmã Gabriela pela disponibilidade e interesse na revisão de texto;

Aos amigos de longa data que me incentivaram a continuar nos momentos mais difíceis;

À equipa de tradução (Sandra, Isabel e Rosa), que traduziram um instrumento utilizado neste trabalho;

Às instituições que me receberam, permitindo a realização deste trabalho: Centro de dia de Odivelas, Centro de dia de Loures, Centro de dia da Póvoa de Sto. Adrião, Centro de dia do projecto Alkantra em Lisboa, Lar da Sta. Tecla, Lar da minha avó, Lar S. Romão, Casa de repouso de Montemor, e Lar das orquídeas;

A todos os idosos que colaboraram nesta investigação, com quem muito aprendi; e

A todos aqueles que mostraram interesse no meu trabalho e me incentivaram na prossecução do mesmo.

## Resumo

A partir de temas como, envelhecimento, sucesso no envelhecimento, bem-estar subjectivo e ansiedade face à morte, foi possível a criação de um modelo preditor de ansiedade face à morte em idosos (MPAMI). Pretendeu-se estudar a influência da idade (3ª idade vs 4ª idades), do género, da religião, da institucionalização e do bem-estar subjectivo sobre a ansiedade face à morte. A amostra foi constituída por 145 idosos, residentes no distrito de Lisboa (amostragem de conveniência), com idades compreendidas entre os 65 e 98 anos ( $M = 76$ ). Foram utilizados a *PANAS* (*Positive and Negative Affect Schedule* - PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988), a *Revised Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* (*R-PGCMS*; Lawton, 1975; Paúl, 1991; Costa, Diniz & Barrambana, 2004) e o *Death Anxiety Questionnaire* (*DAQ*; Conte, Weiner & Plutchik, 1982; Barros, 1998; Santos, Diniz & Costa, 2004). O primeiro estudo deste trabalho consistiu na validação do modelo que define a estrutura factorial da *PANAS*, recorrendo à análise factorial confirmatória. O segundo, consistiu em testar o MPAMI, recorrendo à análise de trajetórias (*path analysis*). Verificámos que os modelos estavam bem ajustados aos dados empíricos. Como principais resultados do teste do MPAMI salienta-se que o facto do corte etário considerado (80 anos de idade ou mais vs. menos de 80 anos) não se ter mostrado relevante para a generalidade dos critérios do modelo. No entanto, o ser mulher e o não estar casado foram factores que predisseram uma maior vulnerabilidade nalgumas variáveis do bem-estar subjectivo e também da ansiedade face à morte. A institucionalização apareceu como um factor de risco, contribuindo para uma diminuição da vivência de afectos positivos e para uma pior atitude face ao próprio processo de envelhecimento. A influência da religião revelou-se paradoxal; da mesma forma que ser católico suscita níveis mais altos de bem-estar subjectivo, também suscita maiores níveis de preocupação com a solidão na hora da morte. Por fim, a ansiedade face à morte foi menor quando existia uma atitude mais favorável face ao envelhecimento.

## Índice

Introdução.....	6
Parte I – Revisão da literatura/Formulação do problema.....	10
1 – Considerações sobre o envelhecimento.....	10
1.1 - A incompletude do desenvolvimento humano.....	10
1.2 - Terceira e quarta idades .....	13
1.3 - Demência e depressão na idade avançada.....	18
1.4 - Sucesso no envelhecimento.....	19
2 - Bem-estar subjectivo.....	23
2.1 - Operacionalização do bem-estar subjectivo.....	26
2.1.1 – Nível afectivo-conactivo ( <i>PANAS</i> ).....	26
2.1.2 – Nível cognitivo-comportamental ( <i>PGCMS</i> ).....	28
2.2 - Factores que influenciam o bem-estar subjectivo.....	30
2.2.1 - Idade.....	30
2.2.2 - Género.....	35
2.2.3 - Estado civil.....	37
2.2.4 - Religião.....	38
2.2.5 - Institucionalização.....	39
3 - Pensar a morte.....	42
3.1 – Medo da morte e ansiedade face à morte.....	49
3.2 - Operacionalização da ansiedade face à morte.....	55
3.3 - Factores que influenciam a ansiedade face à morte.....	59
3.3.1 - Idade.....	59
3.3.2 - Género.....	61
3.3.3 - Religião.....	62
3.3.4 - Institucionalização.....	65
4 - Modelo predictor de ansiedade face à morte em idosos.....	66
Parte II - Método.....	74
1- Participantes.....	74

2 - Instrumentos .....	74
2.1 - Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE).....	74
2.2 - <i>Mini-Mental State (MMS)</i> .....	75
2.3 - Escala de Afectos Positivos e Negativos ( <i>PANAS</i> ).....	75
2.4 - Escala de Ânimo de Lawton ( <i>PGCMS</i> ).....	77
2.5 - Questionário de Ansiedade Face à Morte ( <i>DAQ</i> ).....	78
3 - Procedimento.....	79
Parte III – Resultados e sua discussão.....	86
Estudo 1 – Validação factorial da <i>PANAS</i> .....	86
3.1.1 - Distribuição dos resultados nos itens.....	86
3.1.2 – Teste do modelo.....	88
3.1.3 - Discussão.....	90
Estudo 2 – Teste do modelo preditor de ansiedade face à morte.....	92
3.2.1 – Distribuição dos resultados nas variáveis.....	92
3.2.2 – Teste do modelo e seus resultados.....	93
3.2.3 - Discussão.....	99
Parte IV – Conclusão.....	106
Referências.....	111
Anexos.....	121

#### Índice de diagramas

Diagrama 1 – Modelo preditor de ansiedade face à morte em idosos.....	67
Diagrama 2 – Teste do modelo de medida dos afectos positivos.....	89
Diagrama 3 – Teste do modelo de medida dos afectos negativos.....	89
Diagrama 4 – Teste do modelo preditor de ansiedade face à morte em idosos.....	95

## Índice de tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos resultados nos itens da <i>PANAS hoje</i> .....	86
Tabela 2 – Distribuição dos resultados itens da <i>PANAS normalmente</i> .....	87
Tabela 3 – Distribuição dos resultados nas variáveis de métrica fraca.....	93
Tabela 4 – Distribuição dos resultados nas variáveis de métrica forte.....	93

## Índice de Anexos

Anexo I – Idosos em Portugal: caracterização sócio-demográfica.....	122
Anexo II - Quadro de posições sociais (De Castro & Lima, 1987).....	129
Anexo III - IACLIDE e Folha de resposta.....	131
Anexo IV – <i>MMS</i> .....	138
Anexo V - <i>PANAS</i> .....	142
Anexo VI - <i>PGCMS</i> .....	144
Anexo VII - <i>DAQ</i> .....	146
Anexo VIII – Questionário demográfico .....	149
Anexo IX – Repostas de autorização para a utilização dos instrumentos.....	151
Anexo X – Exemplo de pedidos de autorização às instituições para a realização do estudo.....	157
Anexo XI – Selecção de sinónimos dos itens da <i>PANAS</i> .....	159
Anexo XII – <i>PANAS</i> : distribuição dos resultados nos itens <i>PANAS hoje</i> .....	161
Anexo XIII - <i>PANAS</i> : distribuição dos resultados nos itens <i>PANAS normalmente</i> .....	169
Anexo XIV - Teste do modelo dos afectos positivos ( <i>PANAS normalmente</i> ) .....	177
Anexo XV - Teste do modelo afectos negativos ( <i>PANAS normalmente</i> ) .....	184
Anexo XVI - <i>Alpha</i> das escalas da <i>PANAS normalmente</i> .....	190
Anexo XVII - Distribuição dos resultados nas variáveis endógenas do modelo (excepto as dicotómicas.....	192
Anexo XVIII – Teste do modelo predictor de ansiedade face à morte em idosos.....	199

## Introdução

O olhar a morte é algo universal, inevitável, mas está sempre acompanhado de ansiedades, também elas inevitáveis; o fim da vida, como e quando vai ocorrer, a avaliação da vida passada. O pensar na morte é condição humana, mas nem todas as pessoas a pensam da mesma maneira. Este trabalho surgiu de um interesse pessoal e de uma motivação para compreender os idosos, que factores estão envolvidos no processo de envelhecimento e no enfrentar da morte.

Sabe-se que a população portuguesa está envelhecida, que o número de pessoas idosas está a aumentar desde as últimas décadas, que a esperança de vida, bem como o número de anos de vida, estão a aumentar (Gonçalves, 2004). Segundo as estimativas provisórias de população residente para 2003 (INE, 2004), existem em Portugal 1.377.057 pessoas com idades entre os 65 e os 80 anos, destes 600.038 são homens e 777.019 são mulheres. E, com mais de 80 anos, existem 384.339 idosos, destes 136.555 são homens e 247.784 são mulheres. Dadas as melhorias verificadas em termos da mortalidade, assistiu-se a um aumento da esperança de vida em cerca de 11 anos para os homens e em cerca de 13 anos para as mulheres, entre 1960 e 2001 (INE, 2002). Sabe-se, ainda, que embora as mulheres vivam mais anos, a esperança de vida sem incapacidade é bastante mais reduzida quando comparada com a dos homens. A população idosa do género feminino tem associado um maior número de incapacidades (INE, 2002; Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2003). Parece que viver sozinho é um factor mais comum entre a população idosa do que em qualquer faixa etária, particularmente no caso das mulheres, sobretudo viúvas (INE, 2003a). Devido à sobre-mortalidade masculina e do celibato definitivo, mais comum no género feminino, a proporção das pessoas idosas a viverem sós é bastante superior entre as mulheres (Gonçalves, 2004). Quanto à escolaridade, a população idosa detém, de modo geral, baixos níveis de instrução, e, dentro destes, as mulheres registam níveis mais baixos do que os homens (INE, 2002). A maioria dos idosos não trabalha (81%) e os que ainda trabalham lidam com a agricultura (INE, 2002; Paúl et al., 2003). Observa-se também um aumento bastante significativo da população mais idosa institucionalizada, entre

duas a três vezes mais, nos grupos de 85-89 anos e 90 ou mais (Gonçalves, 2003). A maioria da população idosa nas instituições de apoio social era viúva (59,6%), numa proporção de 65.3% de mulheres com 65 ou mais anos e 46.6% de homens. Este peso relativo aumenta proporcionalmente à idade, sendo de 69.9% na população entre os 85 e os 89 anos e de 74.5% da população com 90 ou mais anos (Gonçalves, 2003).

Para uma descrição sócio-demográfica mais detalhada da situação dos idosos em Portugal ver Anexo I. Assim, pareceu-me importante saber um pouco mais acerca da população idosa, saber como estas pessoas se sentem, e averiguar quais são os factores que podem predizer um melhor sentimento de bem-estar, de forma a tentar dar um contributo para a melhoria das condições de vida dos idosos em Portugal. É necessário começar a chamar a atenção da população em geral para a questão dos idosos e do envelhecimento, muitos vivem no “terror” de envelhecer, quando esta poderia ser a fase mais bela da vida. Este trabalho pretende ser um contributo para esta chamada de atenção, para desmistificação de mitos e estereótipos e para tentar perceber alguns factores que estão relacionados com o bem-estar subjectivo dos idosos e com a ansiedade face à morte.

Como vimos, a população idosa em Portugal caracteriza-se por baixos níveis de instrução, baixos rendimentos, isolamento físico e social, baixa participação social e cívica, a que se juntam as condições de saúde, de habitação e conforto desfavoráveis (INE, 2002). Estes dados parecem ser suficientemente notórios para a emergência de uma abordagem e uma aproximação à população idosa. É uma população que tem estado a crescer, marcando posição na nossa sociedade e sobre a qual existem poucos estudos, na medida em que provêm de uma mudança estrutural na população portuguesa que é relativamente recente e sobre a qual ainda nos estamos a adaptar. “Na verdade o mundo tem cada vez mais cabelos brancos. Mas que futuro para os idosos. A longevidade é uma bênção ou um *suave veneno*, um dom ou um *presente envenenado*?” (Barros, 1999, p. 324). Torna-se importante reflectir acerca do papel e dos benefícios de ter um idoso numa família, uma vez que este pode dar maior estabilidade ao lar; pode permitir uma benéfica interacção entre as diversas gerações; pode ser um factor decisivo, complementar na educação dos netos; e pode ser a memória da família e as raízes dos

mais novos. Dizem os africanos que “quando um velho morre, é uma biblioteca que arde” (Barros, 1999, p. 327).

Num recente estudo sobre o envelhecimento em Portugal (INE, 2002), é referido que ele assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança de vida. A este conceito está subjacente o conceito de envelhecimento biológico que a comunidade médica geralmente define como a alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, verificando-se conseqüentemente, um aumento gradual das probabilidades de morrer devido a determinadas doenças. Ainda neste contexto, podem verificar-se alterações a nível psicológico associadas às pessoas idosas (perdas de memória, dificuldades no raciocínio, etc.). As pessoas idosas, para além disto, também estão sujeitas a determinantes externos que podem desencadear algumas perturbações mentais ou comportamentais. Muitas vezes, os idosos estão a ser alvo de situações de discriminação social unicamente com base na idade, sendo também um grupo muito vulnerável à pobreza. Também não é raro encontrarem-se nos idosos situações deficitárias no que respeita a relações familiares ou sociais. O isolamento, conjuntamente com as inúmeras formas de exclusão social de que são alvo grande parte das pessoas idosas, condiciona o desenvolvimento de uma sociedade onde o envelhecimento possa ser vivido com maior qualidade de vida (INE, 2002).

A psicologia gerontológica preocupava-se somente com os aspectos cognitivos e dava mais relevância às perdas e aos défices. Mais recentemente, preocupa-se com temas relacionados com as relações dos idosos e com o ambiente que os rodeiam (Barreto, 1988). A terceira idade foi considerada por P. Baltes e M. Baltes (sd) como a época da sensatez e da sabedoria. Verificou-se, também, que os idosos sofrem algumas perdas na inteligência fluida, mas, para a maioria, essas perdas são relativamente pequenas e não interferem com os seus funcionamentos diários (Smith & Baltes, 2001). Mais ainda, em termos de bem-estar e de satisfação com a vida, as notícias são surpreendentemente boas (Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten & Kunzmann., 2001). Já para a quarta idade, as notícias são menos boas, no entanto existem alguns casos de envelhecimento com sucesso.

Na parte I deste trabalho, foram abordados os raciais teóricos, bem como os resultados empíricos que permitiram a criação de um modelo preditor da ansiedade face à morte e a interpretação dos resultados obtidos no teste do mesmo.

Na parte II, apresentam-se as questões relacionadas com o método utilizado neste trabalho. Descrevem-se as características da amostra, a forma como o estudo foi realizado, como e em que locais os dados foram recolhidos, e quais os instrumentos utilizados. Descreve-se, ainda, a forma como foi operacionalizada cada uma das variáveis do modelo preditor de ansiedade face à morte e justifica-se a adequabilidade dos procedimentos de estimação estatística usados neste estudo face à natureza métrica das variáveis

Na parte III, apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos nos dois estudos empíricos deste trabalho: validação factorial da *Positive and Negative Affect Schedule - PANAS* (Watson, Clark & Tellegen, 1988) e teste do modelo preditor da ansiedade face à morte.

Na parte IV, apresentam-se algumas inferências passíveis de retirar deste trabalho, discutem-se as suas limitações e propõem-se novos estudos nesta área.

## Parte I – Revisão da literatura/Formulação do problema

### 1 – Considerações sobre o envelhecimento

Envelhecer, biologicamente, é definido como um processo de deterioração, um período marcado por múltiplas perdas, mudanças e problemas que vão tomando lugar e afectando significativamente o indivíduo, principalmente quando este processo ocorre numa rápida sucessão de acontecimentos (Coleman & O’Hanlon, 2004).

Na experiência de envelhecer estão envolvidos factores biológicos e sociais. Envelhecer não é apenas um produto da inevitabilidade biológica, do processo psicológico, nem apenas um produto da história de vida de cada um e das circunstâncias presentes, é também fruto das atitudes, expectativas, preconceitos e ideais das sociedades e das culturas onde os idosos estão inseridos, se desenvolveram e envelheceram (Coleman & O’Hanlon, 2004).

Ao longo de uma vida ocorrem continuamente processos de crescimento e declínio, de ganhos e perdas. Assim, o envelhecimento/desenvolvimento é fruto dos factores ligados à idade (mudanças biológicas que ocorrem ao longo dos anos), dos factores ligados à História (tais como depressões económicas, guerras, epidemias, movimentos sociais) e dos acontecimentos significativos da vida (crises ou conflitos) (Vandenplas-Holper, 2000).

#### 1.1 - A incompletude do desenvolvimento humano

A escola dominante da psicologia do desenvolvimento do ciclo-de-vida foi desenvolvida ao longo dos últimos trinta anos na América do Norte e na Europa, começando por enfatizar as diferenças no envelhecimento, bem como as influências de factores sociais e históricos nas expectativas associadas à idade (Baltes, in Coleman & O’Hanlon, 2004; Dennefer, in Coleman & O’Hanlon, 2004; Maddox, in Coleman & O’Hanlon, 2004; Vandenplas-Holper, 2000). O pressuposto principal nesta perspectiva é que o desenvolvimento não está completo na idade adulta, mas sim que ele se estende ao longo de toda a vida, consistindo em processos adaptativos progressivos na aquisição, manutenção, transformação e atrito nas estruturas e funções psicológicas que nele estão envolvidas (Baltes, in Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999).

Desde o trabalho clássico de Tetens (1777, in Baltes, 1997) que se pensa que o desenvolvimento humano é essencialmente incompleto. Esta incompletude está relacionada com a arquitectura biológica e cultural ao longo do desenvolvimento. O desenvolvimento é visto como algo que foi mal planeado e que, por isso mesmo, tem vulnerabilidades inerentes que se vão tornando mais evidentes com o avançar da idade. A avaliação dos ganhos e das perdas permite definir graus de completude ou incompletude no desenvolvimento. A arquitectura do desenvolvimento ao longo da vida pode ser mais completa nalguns períodos da vida em que os indivíduos obtenham mais ganhos do que perdas, tendo sempre em conta que o que é considerado ganho ou perda pode mudar com a idade e envolve um critério subjectivo de avaliação. Parece que o plano de arquitectura biocultural da ontogenia é incompleto para as idades muito avançadas.

Baltes e Singer (2001) ilustram o princípio da co-construção bio-cultural e histórica, defendendo o aumento do poder relativo dos factores culturais ao longo do tempo de vida. No início da idade adulta, a plasticidade dos mecanismos cognitivos decresce enquanto que, com o avançar da idade, a pragmática cognitiva explora as oportunidades de cultura, de contextos e experiências inter-pessoais. Esta abordagem não exclui o facto de que os mais idosos (4ª idade) terem mais perdas devido à idade e que estas se tornem mais proeminentes e que afectem a pragmática cognitiva também. Segundo os autores, o objectivo geral da teoria do desenvolvimento é ilustrar como dentro dos limites oferecidos pela biologia e pela cultura, o sucesso no envelhecimento é possível pela orquestração de três processos comportamentais: selecção, optimização e compensação.

Apesar das evidências consideráveis do efeito negativo das doenças crónicas e de outras doenças no bem-estar psicológico na idade avançada (vd., e.g., Coleman & O'Hanlon, 2004), existem estudos, como o Estudo de Berlim (Smith & Baltes, 2001) e o Estudo Swedish Twins (Haynie et al., in Coleman & O'Hanlon, 2004), que também suportam a visão de que as pessoas muito idosas se adaptam bem às disfuncionalidades e às perdas. Estas descobertas sugerem fortemente que é um processo desenvolvimental de adaptação, subjacente à emergência de resiliência (a capacidade de ajustamento e de transformação da realidade que lhes permite continuar a sentirem-se vivos e agirem prosperamente se não melhor do que em anos anteriores), que leva os muito idosos a

aceitarem as perdas mais facilmente. Isto não quer dizer que todos os muito idosos alcancem um elevado nível de serenidade. A variação é o facto mais evidente ao longo do envelhecimento até à morte.

A psicologia do ciclo-de-vida aborda também o tema do sucesso no envelhecimento, que se refere a possibilidades óptimas de vida físicas, psicológicas e sociais, numa experiência de envelhecimento onde a saúde, actividades e papéis realizados estão em melhores condições do que os que são encontrados na população em geral (Coleman & O'Hanlon, 2004). Dentro deste esquema de pesquisa, os investigadores do ciclo-de-vida procuram descobrir as formas, nestes adultos, que podem não apenas equilibrar e compensar os problemas ou as mudanças, mas também funcionar como potenciadores do bem-estar nos últimos anos de vida (Baltes, 1987; Baltes & Baltes, 1990). Podemos considerar que um envelhecimento com sucesso é um envelhecimento onde está presente um sentimento de bem-estar subjectivo. A morte é encarada, depois de uma vida cheia e activa, como um relógio que apenas pára de bater (Baltes, 1991). Há ganhos e perdas em todas as fases da vida e a velhice é encarada, desta forma, apenas como mais uma fase do ciclo-de-vida (Baltes, 1987; Coleman & O'Hanlon, 2004).

Existem, no entanto, modelos com perspectivas menos optimistas do envelhecimento. O modelo da patologia da idade avançada, que assume uma visão bastante mais pessimista para o idoso, definindo o envelhecimento como um período onde é esperado que a fragilidade da saúde aumente, que baixem os níveis de funcionamento psicológico e social incluindo também, o envelhecimento com demência. Segundo Kastenbaum (in Coleman & O'Hanlon, 2004), o envelhecimento é como uma "habituação" a um decréscimo da atenção aos estímulos repetitivos da sua própria vida. O que é reconhecido como envelhecimento ou velhice é a emergência da tendência de uma sobre-adaptação às suas próprias rotinas e expectativas, mais do que uma adaptação flexível ao ambiente. Para outros autores, não só uma saúde mental pobre mas, também, uma saúde geral pobre restringem a possibilidade de contactos sociais e causam dependência dos outros (dor e falta de mobilidade). Estes aspectos têm um efeito adverso na satisfação com a vida, resultando mesmo, muitas vezes, em insatisfação (Rudinger & Thomae, 1990).

## 1.2 – Terceira e quarta idades

A distinção entre idosos mais novos e idosos mais velhos foi introduzida por Bernice Neugarten, e pelo trabalho histórico de Peter Laslett (in Baltes, 2003). De facto Bernice Neugarten (in Coleman & O’Hanlon, 2004), um dos psicólogos pioneiros do desenvolvimento do envelhecimento, a partir de dados de disfuncionalidade, fez a distinção entre novos idosos (65-75 anos) e velhos-idosos (75 em diante). Segundo Barros de Oliveira (1999), podemos distinguir dois grupos de idosos, considerando a terceira idade a partir dos 65 até aos 75 ou 80 anos (seriam os idosos novos) e a quarta idade, a partir dos 80 anos (velhos ou idosos velhos). Acresce que em 1992, a Comissão das Comunidades Europeias analisou um questionário europeu “Idades e Atitudes” e sentiu necessidade de acrescentar uma nova designação “quarta idade”, que teria início a partir dos 75 ou mais anos (INE, 2002).

Tal como acontece com a maioria dos fenómenos evolutivos humanos, estas noções não correspondem a períodos com limites claros de idades, estando sujeitas a alterações decorrentes da evolução do saber científico. A terceira e quarta idades são, assim, períodos dinâmicos sujeitos, por isso mesmo, a evoluções e variações (Baltes, 2003). A isto acresce que a experiência de envelhecer é relativa às particularidades das sociedades e dos períodos históricos. Assim, não há idade cronológica fixa que marca a passagem de um estágio para o outro (Dittmann-Kohli, in Coleman & O’Hanlon, 2004). Existem diferenças no envelhecimento, consoante estejamos a referir-nos a países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, marcando deste modo uma contingência histórico-cultural. Nos países em vias de desenvolvimento, a velhice começa e acaba mais cedo do que em países desenvolvidos (Baltes & Smith, 2003).

Temos duas formas de definir a terceira e quarta idades, uma baseada na população e outra nos indivíduos (Baltes & Smith, 2003). Ambas as formas são necessárias para aperfeiçoar a distinção e direccionar as nossas interpretações; para aferir a descontinuidade e as diferenças qualitativas entre estes grupos etários. A definição que assenta numa abordagem mais individualizada consiste em estimar o alcance máximo de vida esperado para cada indivíduo e comparar com a média da população. Ela baseia-se nas evidências, excluindo doenças específicas que têm prevalência no começo na idade muito avançada, para que o alcance máximo de vida varie entre 80 a 100 anos. A partir

deste ponto de vista, a transição para a quarta idade pode ter início em idades bem diferentes pois os cálculos são individuais. Na definição que é baseada nos dados demográficos da população, a transição da terceira para a quarta idade está relacionada com a idade em que 50% do grupo de nascimentos já não estão vivos. Assim, nos países desenvolvidos, a transição etária da terceira para a quarta idade situa-se entre os 75-80 anos. Já nos países em vias de desenvolvimento, a idade de transição é mais precoce. Uma versão diferente, mas ainda baseada nos dados demográficos, consiste num critério de delimitação de 50% e exclui as pessoas que morreram em idades jovens. Falamos então, em transição da terceira para a quarta idade na idade onde 50% das pessoas que alcançaram os 50 ou 60 anos tenham morrido. Nos países desenvolvidos, a quarta idade começa aos 80-85 anos. Esta definição é mais recente e normalmente utilizada com base em evidências empíricas em países desenvolvidos.

Acresce, ainda, que em muitos estudos (e.g., Smith & Baltes, 1998; Baltes & Mayer, 2001; Levinson, in Coleman & O'Hanlon, 2004) a quarta idade é tida como começando a partir dos 80 anos.

Como já foi referido, os dados demográficos de países desenvolvidos sugerem que a quarta idade é a faixa etária que mais rapidamente está a crescer. Esta faixa etária é relativamente recente e necessita ainda de ser mais estudada, pois apresenta características e factores com elas relacionados que a distinguem da terceira idade. Explicitando essas características e factores, quanto à terceira idade, os dados recentes de gerontologia apontam para descobertas muito positivas (Baltes & Smith, 2003).

(1) – Verifica-se um aumento continuado da esperança de vida nos países desenvolvidos, claramente relacionado com as melhorias ambientais e com melhorias das condições de vida sociais e tecnológicas dos idosos mais velhos.

(2) - Sabemos que em países desenvolvidos a maioria das pessoas mantêm o seu nível de inteligência ou de realização mental até por volta dos 70 anos (Schaie, in Baltes & Smith, 2003)

(3) – Alguns estudos (e.g., Crimmins & Hayward, in Baltes & Smith, 2003) sugerem que nos últimos trinta anos as pessoas idosas, em países desenvolvidos, terão ganho aproximadamente 5 “bons” anos de vida: uma pessoa hoje com 70 anos é comparável a uma de 65 anos à trinta anos atrás. Este progresso na esperança de vida e a

melhoria das capacidades físicas e mentais não são fruto de um aperfeiçoamento genético mas sim de esforços sociais e culturais contemporâneos: melhor envolvimento material, práticas médicas mais avançadas, melhoria da condição financeira da pessoas idosas, melhor educação e serviço dos *media* e melhoria dos recursos psicológicos (como a leitura, a escrita). Estes factores ajudam as pessoas idosas a atingirem o máximo de vida esperado com uma melhor saúde e com mais condições de vida.

(4) - Uma das facetas mais positivas da mente da terceira idade é o facto de apresentar altos níveis de inteligência emocional e de sabedoria. Como inteligência emocional entende-se a capacidade para compreender as causas das emoções e formas de controlá-las e de as usar efectivamente na resolução de problemas e desenvolver estratégias de as controlar e evitar situações de conflito emocional ou de modelar as suas consequências. Como sabedoria entende-se um sistema de conhecimento avançado no que diz respeito a pragmáticas fundamentais da vida, acerca do significado da vida e da sua finitude (Baltes & Staudinger, 2000; Happé, Winner & Brownell, 1998; Helmuth, 2003; Staudinger, 1999).

(5) – Existe uma capacidade reguladora adaptativa no nível subjectivo (auto-plasticidade). Ela consiste num ajustamento psicológico às mudanças nas condições de vida à custa de mecanismos que os idosos utilizam para “educar” o seu sentimento de bem-estar, de satisfação com a vida, ou para manter um sentimento de controlo positivo e optimismo. Trata-se de uma habilidade que consiste em regular o impacto subjectivo das perdas de saúde, uma capacidade de transformar a realidade (Borchelt et al., in Baltes & Smith, 2003; Staudinger, Freund & Maas, 2001). Esta capacidade parece manter-se intacta durante a velhice, apesar dos declínios da saúde corporal inevitáveis. As pessoas idosas conseguem a melhor discrepância entre avaliações subjectivas da sua saúde e o estado clínico objectivo em que se encontram. O poder de plasticidade do próprio e a habilidade de transformar as crenças parece ser uma das melhores formas de adaptação interna e uma boa arma para o bem-estar nos idosos.

Entretanto, os dados de gerontologia apontam para descobertas menos boas para a quarta idade (Baltes & Smith, 2003; Lindenberger & Baltes, 1997). Viver mais, nesta faixa etária, significa ou pode significar um factor de risco para a dignidade humana.

(1) – Existem perdas bastante grandes no potencial cognitivo e na habilidade para aprender.

(2) - Os dados referentes ao funcionamento subjectivo, à personalidade e à emocionalidade, evidenciam também perdas, no entanto alguns aspectos da emoção e do bem-estar não decrescem com a idade avançada.

(3) – Verifica-se uma prevalência muito elevada de casos de demência na quarta idade. Quase 50% das pessoas acima dos 90 anos sofre de demência.

(4) - Os indicadores referentes a perfis de funcionamento dão-nos conta de altos níveis de fragilidade, de disfuncionalidade e de multimorbilidade.

(5) - A dignidade humana e os direitos humanos tornam-se muito críticos nesta fase.

No Estudo de Berlim (Smith & Baltes, 1998), as observações comportamentais permitiram concluir que a maioria das pessoas viviam com esforço acumulado, 80% tinham experiências de perdas em três a seis áreas pelo menos (visão, audição, força, capacidade funcional, doenças, cognição). Verificou-se, ainda, o aumento sistemático das perdas da adaptabilidade psicológica, aumento das perdas do lado positivo da vida (felicidade, contactos sociais), e que o perfil de funcionamento dos dois anos antes da morte, em pessoas com 85 anos ou mais, é muito negativo, com perdas nas funções cognitivas e identitária (maior solidão e dependência psicológica). Então, a idade muito avançada, os indivíduos podem esperar ter de lidar com o declínio da saúde e com a eminência da morte, com questões de aumento de dependência, devida a fragilidades físicas, ao declínio cognitivo e a mudanças na rede social (Smith & Baltes, 1998). Estas mudanças surgem quando, ao nível social, se vai tendo comparativamente menos suportes estruturais e, ao nível individual, se vai tendo menos capacidades adaptativas e desenvolvimentais (Baltes, 1997). A idade muito avançada parece criar situações limite para a resiliência psicológica com patamares acima do exigido e *stress* que previsivelmente afecta as estratégias de adaptação e a gestão, manutenção da vida, começa a falhar.

Smith e Baltes (1997, 2001) estudaram os perfis de funcionamento psicológico na idade avançada e muito avançada. No Estudo de Berlim (Smith & Baltes, 2001) foram identificados nove subgrupos de idosos com padrões de funcionamento diferentes nos domínios de inteligência; *self* e personalidade; e relações pessoais. Quatro destes

subgrupos reflectiam vários padrões de funcionamento desejáveis (47% da amostra) e cinco padrões de funcionamento menos desejáveis (53% da amostra). Muitos (69%) dos participantes com idades entre os 70 e 84 anos encontram-se num grupo com um alto estatuto funcional, desejável. Para indivíduos com mais de 85 anos, apenas 25% se encontram em grupos desejáveis. Então, à medida que a idade aumenta, avança a probabilidade de pertencerem a subgrupos indesejáveis. O risco relativo estimado de pertencer a um grupo com um perfil menos desejável é mais alto para indivíduos acima dos 85 anos comparado com indivíduos entre os 70 e 84 anos. Ficou, pois, claro que a idade avançada está associada ao aumento do indesejável. Ficou também claro que alguns dos indivíduos mais velhos mostraram retratos fora do vulgar de “envelhecimento com sucesso”. Assim, os dados deste estudo vão de encontro à ideia de que a idade muito avançada se constitui como um grupo psicologicamente distinto (4ª idade), sendo consistente com o modelo incompleto de arquitectura no desenvolvimento do ciclo-de-vida (Baltes, 1997). Os muito idosos parecem estar numa fase da vida de grande exigência a nível das capacidades individuais adaptativas e reguladoras. Indivíduos com mais de 85 anos têm de lidar com altos níveis de impotência, incapacidade, co-morbidez e muitas perdas sociais (in Smith & Baltes, 1997). Indivíduos com 70 anos, por outro lado, são em geral relativamente mais saudáveis, socialmente mais activos e intervenientes e mais envolvidos na comunidade (in Smith & Baltes, 1997).

Fica claro, assim, que a quarta idade não é a simples continuação da terceira idade, é um período onde existe uma elevada prevalência de disfuncionalidade e de redução de potencial para a realização da função adaptativa (Baltes & Smith, 1997). Para além da disfunção física, existe também o aumento acelerado da mortalidade psicológica durante a quarta idade. De facto, cada vez mais e mais pessoas vivem para além dos 80, 90 e até 100, período onde os estragos do “Inverno da vida” (Baltes & Baltes, sd) se tornam mais evidentes, uma vez que as consequências negativas se tornam mais gerais e flagrantes. A quarta idade pode começar dramaticamente, sendo este acontecimento vivido como um grande golpe, ou pode revelar-se num gradiente mais gentil, aproximar-se ano após ano, mês após mês, e as capacidades e as energias irem diminuindo.

### 2.3 - Demência e depressão na idade avançada

No Estudo de Berlim (Helnrchen et al, 2001), quase metade dos participantes com 70 anos ou mais tinham distúrbios psiquiátricos e menos de um quarto apresentavam efectivamente doenças psiquiátricas. A doença psiquiátrica mais frequente é a demência e ataca 14% das pessoas com 70 anos ou mais. A prevalência de demência abaixo dos 65 anos é de 6%. Tudo indica poder afirmar-se que o número de casos de demência aumenta com a idade. De acordo com o modelo teórico que provém de 22 estudos, a prevalência específica da demência é aproximadamente duplicada em cada cinco anos, em média a um ritmo de 5.6 % entre 75-79 anos, a 10.5% entre 80-84 anos e 39% na primeira metade da décima década (Black et al., in Coleman & O'Hanlon, 2004). As conclusões de 8 estudos europeus mostram que um aumento num ritmo de prevalência de 40% para 70%, entre as idades de 90 a 95 anos (Holman et al., in Coleman & O'Hanlon, 2004). Ainda, no Estudo de Berlim (Helnrchen, et al, 2001), mais de 40% dos participantes com mais de 90 anos estavam demenciados. Parece, ainda, que um baixo nível de educação funciona como um factor de risco, pois aumenta a probabilidade de demência. Em casos de demência, observa-se um decréscimo das actividades práticas ou instrumentais, há um aumento do período de sono e uma redução do tempo passado fora de casa. As diferenças encontradas na idade avançada aumentam principalmente por causa das diferenças entre aqueles que continuam mentalmente saudáveis, apesar da idade muito avançada (um terço dos idosos), e aquele em elevado número mentalmente doentes, principalmente os que sofrem de demência (Helnrchen et al., 2001).

A demência é caracterizada por uma perda gradual das qualidades fundamentais do *homo-sapiens*: intencionalidade, autonomia, formas independentes de vida, identidade pessoal, coerência. Estas qualidades são fundamentais para definir a dignidade humana e a oportunidade dos indivíduos exercerem os seus direitos de forma consciente (Helnrchen et al., 2001). Devido a estas características, a demência tem-se tornado o motivo mais determinante para a institucionalização dos idosos. Demência significa que a capacidade para aplicar a inteligência, que foi adquirida durante a vida de uma forma automática e à qual eles estão habituados, torna-se menos efectiva. Na prática, a demência é usualmente caracterizada em termos de alterações cognitivas, especialmente na memória e no distúrbio de aprendizagens. No entanto, a alteração de personalidade é

um aspecto importante da doença (Coleman & O'Hanlon, 2004). Quanto ao tratamento das demências é muito limitado por causa das suas causas, tão complexas, sendo muito difícil adequar especificamente uma medicação num futuro próximo. Mas algumas pistas existem que indicam ser importante fazer uma compreensão da experiência subjectiva da demência, uma vez que é insuficiente caracterizar a demência puramente em termos de falência cognitiva.

A segunda doença mais frequente, no Estudo de Berlim (Helnrchen et al, 2001), foi a depressão, que afectava 9% da população do estudo, parecendo não ter relação com a idade, nem com casos de demência.

Estas características descritivas diferenciais quanto à idade marcam pré-condições e consequências da morbidez psiquiátrica na idade avançada, a qual distingue um processo contínuo de envelhecimento "normal" e descontinuo devido a manifestações de doença ou envelhecimento patológico (Helnrchen et al., 2001). A grande questão é saber se as doenças mentais na idade avançada são apenas extensões quantitativas de um envelhecimento normal associado com o aumento de queixas somáticas e de esquecimentos, ou se demência e depressão são referidos como fenómenos qualitativamente diferentes (Helnrchen et al., 2001).

#### 1.4 - Sucesso no envelhecimento

O conceito de sucesso no envelhecimento advém de uma visão optimista do envelhecimento e esta visão optimista influenciou a pesquisa e a acção, direccionando-as para os aspectos positivos do envelhecimento (Baltes, 1987; Baltes & Baltes, 1990). Envelhecer com sucesso, à primeira vista parece representar uma contradição. Envelhecer conjuga um quadro de perda, declínio e aproximação da morte, enquanto que sucesso conjuga ganhos e um balanço positivo. Assim, esta associação parece quer intelectual, quer emocionalmente um paradoxo. Mas, num segundo olhar, entender o envelhecimento como podendo ser de sucesso permite-nos considerar se não existirão formas de sucesso na idade avançada, podendo estas, eventualmente, ser diferentes das de fases anteriores da vida.

Já Cícero (in Baltes & Baltes, 1990) dizia que a idade avançada não era uma fase de declínio e perdas, mas antes uma fase de acalentar muitas oportunidades de mudanças

positivas e funcionamento produtivo. Dizia, ainda, que o envelhecimento era um fenómeno variável e plástico, oferecendo assim uma imagem positiva da idade avançada e do envelhecimento. Cícero introduziu a distinção entre idosos normais e doentes e defendia que não se deve confundir velhice com doença.

O sucesso no envelhecimento é entendido como sendo uma aproximação multi-criterial: uma combinação entre vitalidade pessoal, resistência, flexibilidade adaptativa, autonomia, controlo, integridade e acesso a um bom ambiente pessoal. Baltes e Baltes (sd) sugerem a inclusão neste constructo de indicadores do funcionamento biológico (longevidade e saúde biológica), de funcionamento psicológico (saúde mental) e de aspectos positivos do ser humano (eficiência cognitiva, competência social e produtividade, controlo pessoal e satisfação com a vida). Outros autores têm proposto definições do sucesso no envelhecimento baseados apenas em critérios individuais como a ausência de deterioração cognitiva, independência de terceiras pessoas para o seu funcionamento diário ou a não necessidade de serviços de apoio (Roos & Havens, in Cerrato & Trocóniz, 1998).

Os indicadores de sucesso são muito complexos e contemplam aspectos qualitativos, bem como quantitativos. Os critérios subjectivos de avaliação, embora não exclusivos, são muito úteis, na medida em que a mente humana é extremamente plástica, adaptativa e apta a compensar (in Baltes & Baltes, 1990), e que através de vários mecanismos, ela consegue adaptar-se com sucesso às avaliações subjectivas e objectivas apesar das condições adversas.

MacArthur (in Wong, 2000) defende que envelhecer com sucesso consiste na capacidade de manter um menor risco de doença associada à incapacidade e manter um alto funcionamento mental e físico e de conseguir um encontro activo com a vida. Ter um significado positivo e um objectivo na vida vai permitir acrescentar anos à própria vida, bem como acrescentar vida a esses anos. Sem um claro sentido do significado e da finalidade face ao declínio físico, a longevidade pode se tornar num fardo insuportável. A longevidade não pode ser alcançada em detrimento da qualidade de vida.

As pessoas necessitam de desenvolver uma atitude positiva da vida para manterem a satisfação com a vida numa época de perdas e doenças. Schulz, bem como Wong (in Wong, 2000), defendem que o significado pessoal se torna a maior fonte de satisfação

com a vida e de crescimento pessoal na idade avançada. Neste sentido, o sucesso no envelhecimento envolve uma revisão da vida, uma interiorização psicológica (Jung, in Baltes & Lang, 1997), uma aceitação e uma resolução da própria vida, de forma a alcançar a paz psicológica e a aceitação da morte (Erikson, in Baltes & Lang, 1997). O sucesso no envelhecimento deve-se mais ao significado subjectivo do que à idade cronológica.

O sucesso no envelhecimento é uma expressão genérica de uma competência adaptativa. Esta capacidade adaptativa é uma capacidade generalizada para responder com resiliência às alterações do corpo, da mente e do ambiente. O sucesso no envelhecimento é visto como uma competência adaptativa (latente e biológica), tendencial à espécie, para criar novas experiências e ser pró-activo e não apenas reactivo (Baltes & Singer, 2001).

Deste modo, o sucesso no envelhecimento está normalmente associado à relativa maximização de ganhos e minimização das perdas (Baltes & Carstensen, in Baltes 1997). Esta articulação é explicada na meta-teoria de Selecção, Optimização e Compensação (SOC; M. e P. Baltes, 1997) e fornece um protótipo de estratégia de um envelhecer com sucesso na adaptação aos constrangimentos e perdas na idade avançada, otimizando favoravelmente os resultados para o próprio. A selecção significa a redução do número de objectivos e da estruturação das prioridades relativas. Com o crescimento das restrições dos seus poderes, os indivíduos optarão por seleccionar apenas os interesses e obrigações mais recompensadores, aqueles em que se podem obter melhores resultados sem grande esforço. A optimização diz respeito aos meios para realizar resultados desejados (conseguir alcançar altos níveis de funcionamento). Reflecte o modo como as pessoas se ocupam nos comportamentos para enriquecer, aumentar e ampliar as suas reservas gerais e maximizar as suas escolhas ao longo da vida com atenção à qualidade e quantidade (Baltes & Baltes, 1990). Estratégias de optimização podem ser entendidas em níveis físicos, psicológicos e sociais (Coleman & O'Hanlon, 2004). Por fim, a compensação, que se refere à activação ou aquisição de novos meios para neutralizar as perdas e os declínios em meios que consigam manter um dado nível de funcionamento (Baltes & Baltes, 1990).

As estratégias SOC foram significativamente correlacionadas com as medidas de bem-estar subjectivo, emoções positivas e ausência de solidão. O modelo SOC está focalizado no significado pessoal atribuído aos diferentes campos de acção na idade avançada. Assim, o sucesso no envelhecimento é definido pelo conhecimento dos objectivos pessoais e pelo desenvolvimento de estratégias individualizadas para realizar e aperfeiçoar tarefas e comportamentos (Coleman & O'Hanlon, 2004). Estudos empíricos suportam a associação entre este processo e o bem-estar (Freund & Baltes, 1998, 1999). O modelo SOC estava positivamente relacionado com a satisfação com a idade, falta de agitação, ausência de perturbação emocional e de solidão social. De facto, o sucesso no envelhecimento está relacionado com o bem-estar subjectivo, uma vez que só num envelhecimento sentido com sucesso, onde se aceita o próprio processo de envelhecimento com as perdas inevitáveis que lhe estão associadas, podem ser experimentado bem-estar subjectivo.

Existem outros modelos, como "o modelo do *stress* aplicado à idade avançada" que enfatiza a capacidade do próprio se adaptar e de lidar com as mudanças ou situações difíceis que podem aparecer na idade avançada (Cerrato & Trocóniz, 1998). O paradigma de *stress* e adaptação, bem como a teoria do controlo, suportam que as pessoas muito idosos normalmente encontram formas de evitar os problemas e aceitar as dificuldades dos que eles não conseguem evitar (Aldwin et al., in Coleman & O'Hanlon, 2004). Um argumento similar a Brandtstadter é apresentado por Heckhausen e Schulz (in Coleman & O'Hanlon, 2004; Vandenplas-Holper, 2000) que defendem que o aumento dos constrangimentos provocados pela idade no exercício do controlo primário são compensados pelo investimento aumentado no exercício do controlo secundário, tais como retirada e re-avaliação positiva. O equilíbrio entre atitudes adaptativas e contra-adaptativas tem sido a chave nas concepções filosóficas da sabedoria e de um viver com sucesso (Kamlah, in Brandtstadter & Baltes-Gotz, 1990; Schopenhauer, in Brandtstadter & Baltes-Gotz, 1990). Sentir o impacto de acontecimentos aversivos, incontroláveis, tipicamente acumulados no fim da adultícia, pode, em vez de inibir, instigar a otimizar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas na idade avançada. A alteração compensatória de um estilo de adaptação assimilativo para um mais acomodativo pode ajudar a

estabilizar o equilíbrio subjectivo entre os ganhos e as perdas ao longo da vida (Brandtstadter & Baltes-Gotz, 1990).

As estratégias que são empregues para evitar efeitos prejudiciais e desagradáveis de uma situação indutora de *stress* (Lazarus & Folkman, in Cerrato & Trocóniz, 1998; Vandenplas-Holper, 2000) têm sido classificadas de vários modos. Neste sentido, em vez da crença popular de que os idosos adoptam uma atitude passiva, resignada face às adversidades e às dificuldades das circunstâncias de vida, sabe-se agora que eles tendem a usar estratégias de *coping*, que alteram ou redefinem o significado e a importância das situações difíceis, mostrando que eles não se resignam passivamente a eles mesmos necessariamente, mas sim, pelo contrário, respondem efectivamente, alterando preferências e prioridades (Pearlin & Mullan, in Cerrato & Trocóniz, 1998). A percepção do controlo nas circunstâncias importantes das suas vidas tem uma influência crucial no modo como as perdas são percebidas e subsequentemente compensadas. Uma percepção apropriada do controlo é descrita positivamente na adaptação aos acontecimentos negativos, embora a perda de controlo seja descrita com sentimentos de falta de esperança que podem ter um impacto negativo no funcionamento psicológico (Fry, in Cerrato & Trocóniz, 1998). Este modelo também enfatiza que só sabendo lidar com as situações de *stress* inerentes à idade avançada se podem manter os níveis de bem-estar subjectivo.

## 2 - Bem-estar subjectivo

O termo bem-estar é um termo difuso, muito utilizado em diversos sentidos, e que, por isso, necessita de uma definição apropriada. Trata-se de um conceito que normalmente aparece ligado e associado a outros como satisfação com a vida, afectos positivos, crescimento pessoal, satisfação com as relações sociais e autonomia (Kunzmann et al., 2000; Wagner, Schutze, & Lang, 2001). O bem-estar subjectivo na idade avançada e as suas variações como o estado de espírito, satisfação com a vida, adaptação e saúde mental são dos temas mais antigos e mais estudados na gerontologia (Liang, Kenneth, & Bollen, 1983). Segundo Coleman e O'Hanlon (2004), o bem-estar subjectivo tem como características associadas: uma atitude positiva acerca de si, incluindo os seus aspectos menos favoráveis e mais complexos; ter confiança, satisfação

e relações importantes com os outros; ter auto-determinação e independência e capacidade de resistir a pressões sociais; ser competente na manutenção do ambiente, tornando-se útil e usando as oportunidades circundantes; e, ter objectivos na vida, sentido de direcção e de continuidade no desenvolvimento com crescimento e expandindo-se a si próprio. No entanto, a conceptualização e formas de medida deste conceito acolhem muita controvérsia. A questão central está na dimensionalidade existente na mensuração do bem-estar subjectivo. Quase todas as perspectivas estão de acordo quanto ao facto de ser um fenómeno multifacetado, mas não se encontram de acordo quanto aos mecanismos que lhe estão subjacentes e ao modo como é possível medir e estudar o fenómeno.

Existem dois grandes grupos de posições quanto ao que constitui o bem-estar na idade avançada. Um deles refere o bem-estar em termos de fontes materiais e de condições de vida. Esta directriz está relacionada com ciências como a sociologia e a economia, bem como no âmbito da medicina interna e nalgumas áreas da saúde mental. Pretende-se, segundo este ponto de vista, determinar um conjunto de critérios objectivos das normas sociais: pré-requisitos físicos, materiais e condições de vida que possam contribuir para um envelhecimento com sucesso e para uma “boa vida” na idade avançada (Smith et al., 2001). Há estudos que defendem que o estatuto sócio-económico, o rendimento, as propriedades pessoais e a educação afectam a satisfação pessoal (Rudinger & Thomae, 1990). Segundo Pinquart e Sorensen (2000), um elevado estatuto sócio-económico, com níveis de educação e estatuto ocupacional elevados, bem como um rendimento elevado, contribuem para o bem-estar, uma vez que, 1) permitem uma avaliação positiva da vida e aceitar que o passado valeu a pena; 2) permitem melhorar a actual qualidade de vida; 3) permitem aumentar o leque de possibilidades, para utilizarem em diferentes situações, para compensar as possíveis perdas; 4) permitem, ainda, a prevenção de factores de *stress* (um comportamento mais saudável) (George, in Cerrato & Trocóniz, 1998) e uma alta eficácia adaptativa (Stokes & Maddox, in Cerrato & Trocóniz, 1998). Assim, parece que pessoas com um elevado estatuto sócio-económico podem mais eficazmente protegerem o seu bem-estar subjectivo das consequências adversas dos factores *stressantes* da vida. Assim, os idosos com elevado estatuto socio-económico (especialmente com rendimento elevado), com

boa integração social (boa qualidade de relacionamentos sociais) e com elevada competência (ser capaz de manter uma vida independente e activa), reportam boa satisfação com a vida, elevada auto-estima e elevada felicidade. Parece, entretanto, que o estatuto sócio-económico é mais importante para o bem-estar nos novos idosos do que para os muito idosos (Pinquart & Sorensen, 2000). Outras pesquisas têm demonstrado que, no caso de haver baixos recursos materiais, a pressão económica contribui para um baixo bem-estar subjectivo (Pearlin et al., in Pinquart & Sorensen, 2000).

O segundo grupo de posições enfatiza a importância da experiência de vida subjectiva e individual. Está relacionado, primeiramente, com a psicologia, mas também foi seguida por ciências como a sociologia e no âmbito da medicina. Desta forma, define-se bem-estar em termos das avaliações individuais da vida e das experiências emocionais (positivas ou negativas) associadas às circunstâncias de vida. Isto, porque condições de vida objectivamente equivalentes podem ser interpretadas de forma diferente por pessoas com histórias de vida diferentes. Parece que as condições de vida objectivas só são subjectivamente ajuizadas, pois pouco interferem com a avaliação individual de bem-estar subjectivo (Smith et al., 2001). No entanto, existem autores que chegam a defender que uma avaliação subjectiva do bem-estar pode ser enganadora se só se utilizarem indicadores subjectivos, uma vez que a mente humana tem o poder de transformar a realidade (Baltes & Baltes, 1990).

O modelo de Campbell e colaboradores (in Smith et al., 2001) parece enquadrar estas duas directrizes e coloca o bem-estar subjectivo como uma função directa ou indirecta do efeito das variáveis sócio-estruturais e demográficas, das condições de vida objectivas e das avaliações das experiências subjectivas de domínios específicos dessas condições. Os efeitos específicos das condições de vida objectivas no bem-estar subjectivo são filtrados através das avaliações subjectivas dessas condições. As condições de vida objectivas têm um mínimo efeito directo no bem-estar subjectivo, podendo ter, no entanto, um efeito indirecto substancial porque influenciam o modo individual de avaliação dessas condições. Assim, o juízo do domínio de satisfação reflecte a operação complexa de diferentes valores e sistemas motivacionais. O juízo de bem-estar parece assentar em relações de atribuição, em preferências pessoais e em processos de comparação social.

Estudos relacionados com o bem-estar subjectivo encontraram, na maioria dos participantes, com idades compreendidas entre os 20 a 70 anos, uma satisfação positiva, apesar de existirem diferenças nas suas condições de vida objectivas. Sentir emoções agradáveis e/ou desagradáveis e satisfação com a vida depende, muitas vezes, mais da personalidade do que das circunstâncias de vida ou de factores monetários (Diener & Lucas, 1999). Converse e Rodgers concluíram que todos os factores demográficos (idade, género, rendimento, raça, educação e estado civil) juntos contam menos de 20% na variância do bem-estar. Outros estudos, feitos nos EUA, encontraram que factores como fortuna (Diener et al., in Diener & Lucas, 1999), interesses físicos (Diener, Wolsic & Fujita, in Diener & Lucas, 1999) e mesmo saúde objectiva (Okun, & George, in Diener & Lucas, 1999) correlacionam mal com o bem-estar subjectivo. Mesmo quando os efeitos dos acontecimentos de vida específicos são examinados, a personalidade tem um papel por detrás deles. Vários autores (Diener & Lucas, 1999; Isaacowitz & Smith, 2003) defendem que a personalidade tem uma relação forte e consistente com o bem-estar e que alterações no ambiente têm apenas influência a curto termo no bem-estar, tendo apenas um efeito pequeno no bem-estar a longo termo. Os factores de personalidade são também fortes preditores para os afectos positivos e negativos (Isaacowitz & Smith, 2003). Há quem defenda (Costa & McCrae, in Isaacowitz & Smith, 2003) que estas descobertas ajudam a fundamentar a argumentação de que a personalidade é o mais forte preditor do bem-estar em qualquer idade.

## 2.1 - Operacionalização do bem-estar subjectivo

### 2.1.1 - Nível afectivo-conectivo (*PANAS*)

O bem-estar subjectivo pode ser considerado como a maneira positiva ou negativa com que as pessoas experimentam as suas vidas (Simões, 1992a). As avaliações individuais dessas experiências podem incluir juízos acerca da satisfação com a vida e juízos de avaliação afectiva de estados de espírito/humor e emoções. Tratam-se, pois, de juízos relacionados com aspectos e ligação imediata ao ambiente (afectivo-conectivo). Se uma pessoa classifica a sua vida como satisfatória, ela frequentemente experimenta afectos agradáveis e pouco frequentemente afectos desagradáveis e considera ter um elevado bem-estar subjectivo. No entanto, a satisfação com a vida, a presença de afectos

agradáveis e a ausência de afectos desagradáveis ocorrem dentro do mesmo indivíduo, apesar destes componentes serem separadamente investigados.

Os afectos positivos e negativos fazem parte dos componentes afectivos e emocionais do bem-estar subjectivo (Diener et al., in Terracciano, McCrae, & Costa Jr, 2003). Assim, apesar da satisfação com a vida, os afectos agradáveis e afectos desagradáveis estarem relacionados, eles estão empiricamente separados e tem de ser estudados individualmente para se obter um quadro completo do bem-estar (Lucas & Suh, in Diener & Lucas, 1999). Outros autores contestam a independência dos afectos e consideram que eles devem aparecer correlacionados (Crawford & Henry, 2004). Como já vimos, o bem-estar subjectivo é definido de um modo multidimensional, uma vez que podemos observar ao longo da vida perdas e ganhos em diferentes áreas. Podemos considerar que a presença de afectos positivos e ausência de afectos negativos são dois componentes do bem-estar subjectivo. Estes dois tipos de afectos estão em extremos opostos de um *continuum* (Diener & Larsen, in Kunzmann et al., 2000; Lawton et al., in Kunzmann et al., 2000).

Existem muitas escalas que medem os afectos positivos e negativos, mas apresentam, muitas vezes, uma fraca precisão e uma validade convergente discriminante pobre ou são demasiadamente exaustivas nas suas dimensões (Simões, 1992a). Como escalas que ultrapassam essas limitações, temos a *Affective Balance Scale* (Bradburn, in Simões, 1992b), que deriva da Escala de Equilíbrio Esperado (Staats, in Simões 1992b; Staats et al., in Simões 1992b) e é constituída por dez itens; cinco avaliam a afectividade positiva e outros cinco a afectividade negativa. Temos, ainda, a *PANAS (Positive and Negative Affect Schedule*; Watson, Clark, & Tellegen, 1988), que é o instrumento utilizado com mais frequência para aceder aos afectos positivos e negativos.

Quanto a esta última escala, Watson e colaboradores (1988) referem que os afectos positivos reflectem o quanto a pessoa se sente entusiasmada, activa e alerta. Um resultado elevado na subescala de afectos positivos revela um estado de alta energia, muita concentração e uma ocupação de alegria, de prazer, enquanto que um valor baixo na escala de afectos positivos é caracterizado por tristeza e letargia. Em contraste, os afectos negativos reflectem uma dimensão geral subjectiva de angústia, de pouca alegria ou prazer. Um baixo resultado na subescala de afectos negativos remete para um estado

de acalmia e de serenidade. Estes dois factores representam dimensões de estados afectivos, mas Tellegen (in Watson et al., 1988) demonstrou que esses estados são mais relatados como correspondendo a traços afectivos de dimensões emocionalmente positivas e negativas. Acresce que traços de afectos positivos e negativos correspondem, aproximadamente, a factores de personalidade dominantes de extroversão e ansiedade/neuroticismo, respectivamente. A *PANAS* pode cumprir, pois tanto o objectivo de avaliação de estados afectivos quanto de traços, uma vez que pode considerar-se que instruções de tempo como hoje, há uma semana, e neste momento, são referentes a estados, e que instruções como geralmente e no último ano a traços. Os autores da prova (Watson et al., 1988) sugerem também que um baixo valor de afectos positivos e um alto de afectos negativos (ambos de traço e de estado) são respectivamente os melhores preditores de características de depressão e de ansiedade.

#### 2. 1. 2 – Nível cognitivo-comportamental (*PGCMS*)

Este nível refere-se mais ao grau de contentamento face à avaliação da vida passada e presente (Simões, 1992a). A análise dos estados internos das pessoas idosas é algo que há muito se tem praticado, utilizando escalas morais (Cumming et al., in Lawton, 1975), escalas de atitude (Burgess et al., in Lawton, 1975) ou índices de satisfação com a vida (Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961). Segundo Neugarten e colaboradores (1961), existem dois pontos de vista nessa análise. Um, que se centra no comportamento individual e utiliza critérios sociais de sucesso ou competência, considerando que uma melhor e maior participação social irá se caracterizar por um melhor bem-estar. O outro que se centra mais ao nível interno, às vivências internas do bem-estar como avaliações que o próprio faz do seu passado, do seu presente, da sua satisfação e da sua felicidade. Estes autores referem que existem alguns exemplos de escalas informados sob este último ponto de vista, como a *Your Activities and Attitudes*, mas a maioria das escalas usadas em estudos posteriores abordam ambos os pontos de vista referidos. Neste caso, temos o *Chicago Attitude Inventory* ou a *Cavan Adjustment Rating Scale*. Mais recentemente, foi criado o *Morale Index* e, depois a *Life Satisfaction Ratings (LSR)*. Esta última derivou em duas escalas auto-administráveis: *Life Satisfaction Index (LSIA)* e *Life Satisfaction Index (LSIB)* (Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961). Existe ainda outra

escala de satisfação com a vida (*Satisfaction With Life Scale; SWLS*), elaborada por Diener e colaboradores (in Simões, 1992a). Esta escala foi adaptada para Portugal por Neto e colaboradores (in Simões, 1992a).

Enquanto que a generalidade destes instrumentos tomam a satisfação com a vida como um constructo unidimensional, Lawton (1975) criou outra forma de medida, partindo do pressuposto de que a natureza do constructo satisfação com a vida era multidimensional, mais do que unidimensional, e que as escalas, para se tornarem mais úteis, deveriam ter um formato de resposta mais simples. Criou, então, a *PGCMS (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale)*, inicialmente com 22 itens, com uma forma de resposta dicotómica, indicadores de seis factores: atitude face ao envelhecimento do próprio, agitação, solidão-insatisfação, aceitação do seu estado actual, optimismo e insurgência. Este modelo com 22 itens e seis factores foi substituído por outro onde a escala passou a ser constituída por 17 itens dicotómicos repartidos pelos factores solidão-insatisfação (seis itens), atitude face ao envelhecimento do próprio (cinco itens) e agitação (seis itens). A escala avalia, pois, três aspectos do bem-estar subjectivo dos idosos: (1) o primeiro, que corresponde a uma avaliação subjectiva do ambiente e do apoio das redes sociais, que resultam ou não, num sentimento de solidão e insatisfação; (2) o segundo, que remete para uma análise da vida passada e presente; (3) o terceiro, que está relacionado com manifestações comportamentais de ansiedade, à sua ausência, ou a um estado intermédio.

O bem-estar subjectivo na idade avançada e as suas variações como o estado de espírito, satisfação com a vida, adaptação e saúde mental são os temas mais antigos e mais estudados na gerontologia (Liang et al., 1983). No entanto, como já vimos, a conceptualização e formas de medida acolhem muita controvérsia. A questão central está na dimensionalidade existente na medida do bem-estar subjectivo. George (in Liang et al., 1983) descobriu que informações acerca de estruturas dimensionais do bem-estar subjectivo têm sido sistematicamente ignoradas em muitos estudos. Nestes estudos tem-se calculado apenas a soma de todos os itens nessa medida e interpretam os resultados como se fosse unidimensional. Ignorando-se a dimensionalidade do bem-estar subjectivo, pode estar-se a ter consequências graves na construção da teoria e na pesquisa empírica. Considerando a multidimensionalidade do construto, um único

resultado pode estar direccionado apenas para uma dimensão ou pode ser confundido com partes de dimensões contra-balanceadas (Bollen & Grandjean, in Liang et al., 1983).

## 2.2 - Factores que influenciam o bem-estar subjectivo

### 2.2.1 - Idade

Em relação ao bem-estar subjectivo em idades muito avançadas os dados parecem ser controversos. Será que os mais velhos são mais vulneráveis ao declínio do bem-estar subjectivo? E se não, como é que numa etapa da vida, com tantas perdas e declínios, conseguem manter-se os níveis de bem-estar? Surpreendentemente, há evidência empírica que sugere que o bem-estar subjectivo é relativamente estável ao longo da idade adulta e que não são visíveis decréscimos na idade muito avançada (Kunzmann et al., 2000; Smith et al., 2001). Smith e colaboradores (2001) dedicaram-se ao estudo do bem-estar subjectivo em indivíduos dos 70 aos 100, pois pensavam que apesar de o risco de perdas ou de uma saúde débil poder estar aumentado no período de idade muito avançada (85 a 100), os muito idosos podiam apresentar satisfação para com a vida. De acordo com os resultados obtidos, a satisfação com a vida futura esperada e a experiência de emoções positivas podem decrescer a partir dos 70 anos. Este decréscimo foi encontrado, mas apresentando uma correlação relativamente pequena para o bem-estar subjectivo. A idade não apareceu correlacionada com as experiências de afectos negativos, satisfação com a vida passada, ou com a presente. Ser idoso, com idade muito avançada, aparentemente, representa apenas um pequeno risco para baixar o sentimento geral de bem-estar mas, no entanto, representa um risco um pouco mais elevado de experimentar afectos positivos. Outro grupo de investigadores consideram que em idades muito avançadas, tal como em outras idades menos avançadas, os indivíduos deviam relatar um elevado bem-estar (vd. Smith et al., 2001). Segundo Lawton (in Smith et al., 2001), mesmo indivíduos debilitados e acamados manejam de forma bem sucedida e obtêm prazer das suas vidas por encontrarem “centros de controlo” à volta de suas camas ou cadeiras. Estes “centros de controlo” consistem em telefone (para contacto social), televisão ou rádio (para informação e participação social), recordações pessoais

(para recordarem e reviverem momentos bons do passado); estes centros são usados para que obtenham e mantenham diferentes experiências positivas de vida.

A ausência de uma relação forte entre a idade e o bem-estar subjectivo, apesar do aumento dos riscos e perdas com o avançar da idade, parece ser um paradoxo (Kunzmann et al., 2000). Parece existir, também, um paradoxo quanto à estabilidade do bem-estar subjectivo apesar das perdas associadas à idade e do avançar da idade (Kunzmann et al., 2000). Uma vez que, nem todas as pessoas são confrontadas com todos os riscos típicos da idade avançada, nem se confrontam, nestas idades, com mais perdas do que as noutras alturas da vida, a relação entre o bem-estar e a idade pode ser surpreendente. Muitas pessoas, mesmo na última fase das suas vidas, referem que sentem, mais do que as perdas e a escassez das fontes de bem-estar, ganhos e acontecimentos positivos. Então, a idade avançada e o envelhecer podem até causar uma melhoria e um aumento nos níveis de bem-estar subjectivo. Como explicação para isso, Cartensen (in Kunzmann et al., 2000) defende que com o avançar da idade as pessoas se tornam mais motivadas para regular as próprias experiências emocionais, maximizando os afectos positivos e minimizando os negativos. Labouvie-Vief (in Kunzmann et al., 2000) refere que se for possível envelhecer sem experimentar perdas e acontecimentos negativos como os declínios na saúde e no funcionamento físico, pode experimentar-se um aumento nos níveis de bem-estar emocional. Esta é também a opinião de Kunzmann e colaboradores (2000), defendendo que, uma vez controlados os efeitos desfavoráveis de um pobre funcionamento físico, o aumento da idade está associado a uma elevação dos afectos positivos e a uma diminuição dos negativos. Se fosse possível envelhecer sem ter de enfrentar problemas de saúde, melhorariamos o sentimento de bem-estar subjectivo à medida que ganhávamos mais competência emocional. Esta ideia parece ser uma utopia pois é quase impossível manter-se saudável até aos últimos dias de vida, uma vez que a associação entre a idade e um pobre funcionamento de saúde é fortíssima ( $r = .84$ ). Parece, pois, que é o processo das perdas de saúde associadas à idade e as limitações no funcionamento físico, mais do que a idade em si, que causa uma diminuição no bem-estar. Assim, o verdadeiro problema da idade avançada é a pobreza da sua saúde física, pois o funcionamento físico condiciona as interacções dos idosos com o mundo externo, tal como estar com os amigos ou participar em actividades de

prazer, comprometendo as auto-avaliações do próprio (in Kunzmann et al., 2000; Herzog, Markus, Franks, & Holmberg, 1998).

No entanto, outros autores defendem que parece haver um declínio associado à idade muito avançada que soterra os indivíduos, fazendo moderar as suas expressões de bem-estar (Atchley, in Smith et al., 2001). Neste sentido, pesquisadores apontam para uma possível implicação de um estereótipo negativo existente na idade muito avançada, que cria uma imagem de perda (particularmente ao nível da saúde física e mental), com o crescimento da doença, da dor, da morte e um decréscimo da alegria de viver (Heckhausen, Dixon, & Baltes, in Smith et al., 2001).

Quanto à relação entre a idade e a vivência de afectos positivos e negativos, Malatesta e Kalnok (in Kunzmann et al., 2000) não encontraram diferenças relativas à idade na incidência e na intensidade dos afectos negativos quando comparados três grupos de idades diferentes (com médias de 26, 46 e 65 anos). Shmotkin (in Kunzmann et al., 2000) também concluiu que a idade e os afectos negativos não estavam correlacionados. Diener e Suh (in Kunzmann et al., 2000) também não encontraram um declínio consistente no afecto negativo, numa amostra bastante grande, recolhida em 43 países e com idades entre os 20 e aos 99 anos. Outros estudos transversais sugerem, no entanto, que há um declínio nos afectos negativos associado à idade. Barrick e colaboradores (in Kunzmann et al., 2000) observaram que os participantes com idades superiores a 69 anos experimentavam afectos negativos menos frequentemente do que participantes mais novos. Gross e seus colaboradores (in Kunzmann et al., 2000) também sugerem um declínio nos afectos negativos, pelo menos nas mulheres. Foi também encontrada uma correlação negativa entre a idade e os afectos negativos no estudo de Vaux e Meddin (in Kunzmann et al., 2000) com indivíduos com uma média de idades de 70 anos. Os idosos relatam menos frequentemente afectos negativos no geral do que jovens adultos, mas apenas acima dos 60 anos. Segundo Kunzmann e seus colaboradores (2000), as diferenças encontradas referentes à idade tiveram uma magnitude muito pequena quando comparadas com a variação substancial individual nos afectos positivos e negativos em qualquer grupo de idades.

Também foram realizados estudos longitudinais que analisaram as relações entre a idade e os afectos negativos. Costa, McCrae e Zonderman (in Kunzmann et al., 2000),

numa amostra com indivíduos dos 25 aos 74, encontraram que os participantes mais velhos experimentam menos frequentemente afectos negativos do que participantes mais jovens, e não foram observadas alterações longitudinais ao longo do tempo de estudo. Stacey e Gatz (in Kunzmann et al., 2000) estudaram indivíduos dos 15 aos 86 anos ao longo de 14 anos e encontraram que os participantes mais velhos experimentavam menos frequentemente afectos negativos do que participantes mais jovens. No entanto, foram encontradas diferenças longitudinais: os afectos negativos mantêm-se intactos no grupo dos mais velhos (64 a 86 anos), mas decrescem ao longo do tempo no grupo dos mais novos. Mas Ferring e Filipp (in Kunzmann et al., 2000) defendem que participantes muito idosos (75 a 92 anos) experimentam afectos negativos mais frequentemente do que participantes mais novos (65 a 75 anos) e não encontraram diferenças longitudinais.

Assim, como vimos, alguns estudos apontam para níveis estáveis de afectos negativos, outros para que os afectos negativos decrescem com a idade e apenas um estudo (transversal) indicou que os afectos negativos aumentam na idade muito avançada. Então, os afectos negativos mantêm-se estáveis ou declinam com a idade, parecendo pouco provável que eles aumentem durante a idade adulta e mesmo durante a idade avançada, quando as perdas e os acontecimentos negativos se tornam mais frequentes. Assim, algumas destas evidências apoiam a ideia do paradoxo da estabilidade do bem-estar subjectivo apesar das perdas. Existem ainda outras evidências que aumentam a possibilidade de o bem-estar subjectivo poder até melhorar com a idade, com a ideia de que as pessoas podem experimentar menos frequentemente afectos negativos à medida que envelhecem (Kunzmann et al., 2000).

Quanto aos afectos positivos, as evidências contrastam com as anteriores. Vários estudos transversais com amostras de grande dimensão apontam para que os idosos experimentam afectos positivos menos frequentemente do que os indivíduos de meia-idade ou jovens-adultos (in Kunzmann et al., 2000). Por exemplo, o estudo de Diener e Suh (Kunzmann et al., 2000), com indivíduos de idades entre os 20 e os 99 anos, onde se concluiu que os afectos positivos declinam consistentemente ao longo da idade adulta e na idade avançada. No entanto, outros estudos transversais sugerem que há alguma estabilidade nos afectos positivos ao longo da idade. Gross e colaboradores (in Kunzmann et al., 2000), através de um estudo com uma amostra de pequena dimensão

(com idades entre os 20 e 70 anos) e de um outro com uma amostra maior (com media de idades de 66 anos), verificaram que o afecto positivo felicidade se mantém estável ao longo da idade adulta. Charles e colaboradores (in Isaacowitz & Smith, 2003) encontraram uma pequena descida nos afectos positivos ao longo da idade e concluíram que os afectos negativos declinam antes dos 60 anos. Carstensen e colaboradores (in Isaacowitz & Smith, 2003) encontraram que os idosos estão mais propensos a ter estados emocionais positivos e a continuar a não experimentar estados emocionais negativos depois de serem jovens-adultos.

Costa e colaboradores (in Kunzmann et al., 2000) realizaram um estudo longitudinal, num período de 10 anos, e descobriram que os participantes idosos experimentavam afectos positivos menos frequentemente do que os participantes mais novos, mas não se verificava um declínio ao longo do tempo. Com conclusões semelhantes, noutra estudo Stacey e Gatz (in Kunzmann et al., 2000) verificaram que os afectos positivos mantinham-se estáveis nos participantes mais novos (15 aos 64 anos), mas diminuíanos nos idosos (65-86 anos). Ferring e Filipp (in Kunzmann et al., 2000) encontraram o mesmo padrão de resultados quando investigaram apenas pessoas idosas num intervalo de tempo de dez meses. Na vertente comparativa transversal do estudo, os afectos positivos eram mais baixos na idade muito avançada (75 aos 92 anos) do que na idade avançada (65-75 anos). Na vertente comparativa longitudinal, verificou-se que as pessoas muito idosas experimentam um decréscimo dos afectos positivos, enquanto que estes afectos mantêm-se estáveis nos idosos mais novos.

Sistematizando, nos estudos transversais que utilizaram amostras heterogéneas e pessoas acima dos 70 anos, verificamos que há uma relação negativa entre a idade e os afectos positivos. Na maioria destes estudos foi evidente que os afectos positivos declinam consistentemente ao longo da idade adulta e avançada. No entanto, os estudos longitudinais contrariam esta tendência.

Numa recente meta-análise, com 286 estudos, sobre preditores do bem-estar subjectivo em indivíduos idosos (Pinquart & Sorensen, 2000) constatou-se que o grupo dos mais idosos revelou valores mais baixos de afectos positivos do que os idosos mais novos e não foram encontradas diferenças nos dois grupos quanto aos afectos negativos. Também no estudo de Kunzmann e colaboradores (2000), com idosos com idades

compreendidas entre 70 e 103 anos, a idade esteve negativamente associada com os afectos positivos e não mostrou qualquer relação significativa com os afectos negativos.

Concluindo, podemos dizer que várias evidências empíricas sugerem que o paradoxo da estabilidade do bem-estar subjectivo, apesar das perdas, pode ser limitado aos afectos negativos, não sendo ser generalizável para os afectos positivos (Kunzmann et al., 2000).

### 2.2.2 - Género

As teorias que estudam diferenças de género na idade avançada são dispersas e, de alguma forma, contraditórias (Smith & Baltes, 1998). Um conjunto dessas teorias, mais de cariz sociológico, remete para o facto de as diferenças de género estarem relacionadas com a história de vida e com o contexto de vida. Outro, para o facto de os géneros apresentarem diferenças em termos de perfis funcionais e em termos de bem-estar subjectivo. Várias teorias sociológicas acerca do decurso da vida defendem que o estatuto e a oportunidade de vantagem ou desvantagem associados com o ser homem ou mulher se acumulam ao longo da vida, dando-nos uma perspectiva das diferenças relacionadas com o género na idade avançada (in Smith & Baltes, 1998). Diferenças consideráveis entre géneros têm sido documentadas, por exemplo, em factores de história de vida associados com a educação, trabalho, estatuto social, vida familiar e finanças (e.g., Moen, in Smith & Baltes, 1998). Um baixo nível de educação e poucas oportunidades de ganhos financeiros têm um impacto negativo nas mulheres idosas, nas suas vidas diárias e nos seus níveis sociais e de participação (Mayer & Wagner, in Smith & Baltes, 1998). Diferenças objectivas nos contextos de vida em homens e mulheres idosos podem também explicar diferenças no funcionamento psicológico. Diferenças na socialização podem levar a compreender diferenças entre os géneros quanto aos objectivos e valores e por conseguinte nas fontes do bem-estar subjectivo.

Outro grupo de teorias, referidas por Smith e Baltes (1998), sugere-nos que algumas diferenças de género podem ser encontradas no funcionamento psicológico na idade avançada. Estas teorias dão menos importância às condições objectivas de vida e maior ênfase à importância dos estereótipos do género e às expectativas sociais. Outras defendem que o estado de saúde e a perda do estatuto social, mais do que o papel do

género, modelam a visão subjectiva individual do idoso acerca da sua vida. Saúde e estados cognitivos podem ser mais centrais do que o estereótipo de género para as expectativas sociais que guiam as interacções com os idosos.

Um terceiro grupo de teorias prediz que, pelo menos para as dimensões características do funcionamento psicológico, se deviam observar padrões semelhantes de diferenças e semelhanças entre os géneros na idade avançada, tal como foram encontradas em jovens-adultos e em pessoas de meia-idade (in Smith & Baltes, 1998).

Smith e Baltes (1998) referem que existe, ainda, outra particularidade. Quando ambos os géneros estão representados em estudos realizados com pessoas com idade avançada, os homens estão na maioria das vezes muito menos representados do que as mulheres. Esta diferença é proporcional à falta de equilíbrio entre géneros encontrada na população idosa. Deste modo, as questões acerca da variável género e das suas diferenças é normalmente ignorada. Para os idosos, o género é uma variável que conduz a diferenças na fragilidade física e nas condições de vida, tendo consequências no funcionamento psicológico. A comparação entre homens e mulheres em idade muito avançada tem de considerar os efeitos da sobrevivência selectiva. Tanto os homens como as mulheres muito idosos são “sobreviventes” do seu grupo de nascimento. Mas, os homens idosos e, sobretudo, muito idosos, podem representar mais positivamente a selecção de subgrupos dos seus grupos de nascimento comparado com as mulheres. Isto porque, se analisarmos com atenção, é difícil descobrir um meio de comparar homens e mulheres na idade avançada sem termos homens pertencentes a um grupo selectivamente mais positivo. A partir dos 70 anos, os homens que sobrevivem representam, proporcionalmente, um grupo mais selectivo do seu grupo de nascimentos do que as mulheres que sobrevivem. A extensão dos efeitos da selecção natural (sobrevivência selectiva) representa, pois, uma explicação alternativa para as diferenças observadas. Suspeita-se que a composição estrutural das amostras de idosas e idosos sejam diferentes por causa dos diferenciais populacionais de género na longevidade.

No estudo de Smith e Baltes (1998) foram encontradas diferenças nos contextos de vida entre homens e mulheres. Homens idosos têm um maior e mais positivo suporte que mulheres. Em média, as mulheres apresentam um tipo de vida mais desfavorecido do que os homens, menos anos de educação, menores rendimentos e mais frequentemente

casos de demência. Mais mulheres do que homens vivem sozinhas ou em instituições e é mais provável não terem filhos. Este padrão que foi encontrado no Estudo de Berlim é consistente com os padrões referidos por grande parte dos sobreviventes mais velhos na América do Norte. Em áreas de bem-estar subjectivo encontraram-se pequenas diferenças significativas, o que está de acordo com a literatura (Smith et al., 2001). As mulheres idosas, no Estudo de Berlim, apresentaram valores mais baixos de bem-estar subjectivo do que os homens.

### 2.2.3 - Estado civil

A continuidade da vida familiar tem sido vista como o maior determinante do bem-estar na idade avançada, uma vez que a descontinuidade da vida familiar tem efeitos adversos na satisfação com a vida (Rudinger & Thomae, 1990). Por continuidade, entenda-se os que sempre foram solteiros ou casados e, por descontinuidade, os que são viúvos ou divorciados. No Estudo de Berlin (Smith et al., 2001), as grandes diferenças na satisfação com a vida presente, com a vida passada e com o sentimento global de bem-estar, foram encontradas em pessoas idosas casadas *versus* divorciadas. Em relação à satisfação esperada quanto ao futuro, a maior diferença foi encontrada entre casados *versus* não casados. Estes resultados confirmam o que já tinha sido encontrado em estudos anteriores: pessoas casadas geralmente descrevem um mais alto bem-estar subjectivo do que as pessoas não casadas (Smith et al., 2001). Quanto à perda do cônjuge, ela tem sido considerada como sendo um acontecimento traumático, a mais grave ameaça à saúde, ao bem-estar e à produtividade durante a meia-idade e idade avançada (Coleman & O'Hanlon, 2001; Wortman & Silver, 1990). Ultrapassar com sucesso o período de viuvez é uma característica importante da experiência de envelhecer.

Entretanto, também foram encontradas diferenças de géneros quanto ao estado civil na idade avançada. Especialmente o facto de que mais mulheres idosas do que homens ficam viúvas, podendo isto estar associado com diferenças na depressividade, sentimentos de solidão e bem-estar (Smith & Baltes, 1998).

#### 2.2.4 - Religião

Tradicionalmente, a religião é tida como uma ajuda que dá significado ao envelhecimento. O significado pessoal e a espiritualidade estão relacionados com a interpretação subjectiva dos acontecimentos da vida (Coleman & O'Hanlon, 2004). No caso dos idosos, a religião e a espiritualidade permitem-lhes experimentar as suas vidas como cheias de significado, apesar das alterações na qualidade de vida. Quando a capacidade para exercitar outras formas de controlo diminuem, a religião permite aos idosos continuar o controlo através do significado e adquirir paz de espírito (McFadden, in Coleman & O'Hanlon, 2004).

A literatura histórica e científica sugere que temas como a espiritualidade e significado de vida tornam-se mais salientes nas pessoas mais velhas. Estudos realizados nos EUA, na Grã-bretanha e noutros países da Europa ocidental revelaram que a idade está normalmente associada com as práticas religiosas e com a crença religiosa (Coleman & O'Hanlon, 2004). As pessoas idosas são menos propensas a verbalizar a voz do seu descontentamento com Deus ou com a igreja e suplicam a Deus como forma de lidar com os acontecimentos negativos (Coleman & McCulloch, in Coleman & O'Hanlon, 2004).

Estudos longitudinais sugerem que actividades religiosas não-organizadas, tais como rezar e ler textos religiosos, aumentam na idade avançada e/ou em compensação à descida de actividades religiosas públicas (Coleman & O'Hanlon, 2004). O investimento considerável de tempo e de energia que os idosos despendem a assistir a serviços religiosos é recompensado pelo aumento de equilíbrio emocional que os actos públicos de culto fornecem. Passar pela igreja ou mesmo antecipar a entrada pode ser suficiente para induzir um sentimento positivo. Muitos aspectos do cumprimento religioso em privado podem ser entendidos como uma extensão de pertença à comunidade adoradora (Coleman & O'Hanlon, 2004).

A adaptação religiosa é muitas vezes associada a pessoas que experimentam altos níveis de *stress*. Estas relatam mais favoravelmente bem-estar se, ao mesmo tempo, indicarem altos níveis de suporte espiritual (Coleman & O'Hanlon, 2004). Torna-se particularmente pertinente, para o tema da adaptação, o facto de as pessoas idosas usarem a religião e a espiritualidade no lidar com os problemas de vida. Nalguns estudos

americanos, a religião foi mencionada muitas vezes com valores mais altos do que outras estratégias, tais como obter suporte da família e amigos, obter ajuda profissional ou aceitar o problema (in Coleman & O'Hanlon, 2004).

Parece que o processo de adaptação à idade avançada é encorajado pelo aumento da aceitação destes produtos religiosos, incluindo uma perspectiva de vida vasta e menos egocêntrica, a aceitação de qualquer estagio de vida (exceptuando talvez o último dos últimos) e, quando isso acontece, a experiência de envelhecer excede as expectativas, ajudando a explicar o paradoxo do bem-estar subjectivo na idade avançada.

Entretanto, a pesquisa de Pargament e colaboradores (in Coleman & O'Hanlon, 2004) revelou que também existem sistemas de adaptação religiosos pouco adaptativos. Parece então existirem padrões mais positivos e mais negativos de adaptação religiosa. Uns, que enfatizam o sentimento de segurança na relação com Deus, a crença de que pode ser alcançado um significado na vida e o sentimento de ligação espiritual com outros; outros que enfatizam a visão de punição, de abandono ou ausência de Deus e expressões de raiva e descontentamento com Deus e com os outros. A religião pode ser mal compreendida, mas pode também ser mal utilizada e pode causar danos, prejuízos (Coleman & O'Hanlon, 2004). A experiência religiosa é muito complexa.

Muito mais forte do que a associação entre a religião e a idade, é a associação entre o género e a religião, pelo menos nas sociedades ocidentais (Coleman & O'Hanlon, 2004). Tanto nos idosos mais velhos, como nos mais novos, considerando também as novas formas de religião, as mulheres praticantes são em maior número do que os homens. Elas também participam mais em actividades religiosas como forma de dar significado às suas vidas e são mais propensas a usarem a religião como forma de lidar com as dificuldades da vida. Estas considerações são facilmente aceites se pensarmos que as mulheres são melhor socializadas em função de expressarem as suas emoções e os seus papéis de cuidadoras (Coleman & O'Hanlon, 2004).

#### 2.2.5 - Institucionalização

Um número considerável de estudos suportam opinião de que entrar numa instituição pode envolver uma redução no bem-estar (Cerrato & Trocóniz, 1998; Smith et al., 2001). No Estudo de Berlim (Smith et al., 2001), o factor institucionalização fez a

diferença. A institucionalização parece ser um factor de risco para o bem-estar. Noutros, foram encontrados dados que documentam valores muito altos de mortalidade em idosos institucionalizados (Cerrato & Trocóniz, 1998), sendo a depressão e a baixa auto-estima importantes preditores de mortalidade nas instituições (Coleman & O'Hanlon, 2004). O ambiente mais vezes descrito pelas pessoas idosas como o melhor é a sua casa. É este local que deve ser tido como o mais importante componente do bem-estar.

Os efeitos nocivos da institucionalização podem estar relacionados com o nível de percepção de controlo. Ficou claramente demonstrado que favorecer a sensação de controlo não influencia apenas o bem-estar, mas também a saúde e a longevidade (Cerrato & Trocóniz, 1998). Existem evidências que sugerem que um baixo controlo percebido é preditor de mortalidade (Cerrato & Trocóniz, 1998). Estudos realizados em instituições mostram que as pessoas idosas que estão preparadas para ser mais assertivas e combativas na defesa dos seus interesses são quem mais sobrevive. Passividade, incluindo a aceitação de como os outros o definem, leva a um precoce declinar e à morte (Coleman & O'Hanlon, 2004). O controlo e a participação da sua situação pessoal são parte fundamental da saúde psicológica, no geral, com clara evidência nos benefícios para o bem-estar. Rodin, Timko e Harris (in Coleman & O'Hanlon, 2004) sugeriram que os idosos podem ser particularmente vulneráveis às consequências negativas e à baixa percepção de controlo. As razões porque a percepção do controlo é um factor tão importante ainda não são suficientemente claras. Uma das explicações pode ser a de que um sentimento de controlo reduzirá o sentimento de ameaça associado com as situações de *stress* ou difíceis (Cerrato & Trocóniz, 1998). A adaptação, na idade avançada, tem sido vista como um processo dinâmico através do qual cada pessoa lida com as mudanças de uma forma activa, usando os vários recursos. Mesmo que sejam confrontados com situações insolúveis, o seu impacto pode ser reduzido através da reestruturação do seu significado, da avaliação do suporte social apropriado e da manutenção do sentimento de controlo sobre aspectos importantes de si mesmo (Cerrato & Trocóniz, 1998). A premissa do trabalho de Baltes, que a autonomia é o factor chave de bem-estar dos idosos institucionalizados, vai na linha da teoria de Deci e Ryan que enfatiza a autonomia como a base das necessidades humanas em todos os estadios de vida (Coleman & O'Hanlon, 2004). Também Smith e Baltes (1997)

demonstraram que uma elevada crença no controlo pelos outros pode co-existir com níveis médios de bem-estar nos idosos.

Além da percepção de controlo das suas vidas e da satisfação com o seu lar, o factor solidão parece ser importante, pois este pode ser sentido quer o idoso viva em casa ou numa instituição. A literatura distingue normalmente “viver sozinho” de “solidão”, bem como os aspectos sociais e emocionais da solidão (Smith & Baltes, 2001). Viver sozinho não significa obrigatoriamente solidão; para existir solidão, psicológica, ou emocional, tem de haver um sentimento de solidão emocional ou haver a percepção de um défice nas fontes sociais de ligação, de afecto, de calor humano e de conforto. Por outro lado, a existência de parceiros de interações sociais não garante necessariamente a ausência de solidão psicológica. Um indivíduo pode ter contactos sociais e ainda assim sentir solidão emocional. Este parece ser o padrão que caracteriza a idade muito avançada. Família e amigos mais novos podem satisfazer os requisitos sociais mas não satisfazem o desejo de um contacto chegado e íntimo com pares (Smith & Baltes, 2001). A literatura sugere, pois, que sentimentos de isolamento social e distância emocional de outras pessoas representam diferentes aspectos de solidão (Smith & Baltes, 2001). Uma pessoa que não tenha filhos ou que esteja institucionalizado está mais sozinho do que idosos que têm filhos ou que vivem em suas casas. Com a institucionalização existe uma acumulação de factores que contribuem tanto para o isolamento social como para o aumento do sentimento de solidão. O institucionalizado é muitas vezes viúvo ou solteiro, e tem comparativamente menos relações sociais e sente provavelmente mais frequentemente sentimentos de solidão e está menos física e mentalmente preparado para viver numa casa privada (Wagner et al., 2001), tendo um contacto muito reduzido com os outros, recebem apenas visitas oficiais num certo período de tempo.

Existem ainda outros factores nas instituições que não ajudam ao bem-estar do idoso; nas instituições também existem menos possibilidade de participarem em actividades, pois estão sujeitos, muitas vezes, àquele espaço físico e aos regulamentos da mesma. Para existir um envelhecimento com sucesso e um sentimento consequente de bem-estar subjectivo, é importante o idoso estar ocupado e desempenhar vários papéis importantes, na família, na sociedade e ter actividades e contactos sociais diversificados (Herzog et al., 1998; Lansford, Sherman & Antonucci, 1998). Mas, normalmente,

assiste-se a uma tendência de o idoso se isolar, e esse isolamento é uma das maiores causas da infelicidade, pois a satisfação deriva de uma auto-imagem positiva que resulta da constatação de que se consegue atingir os objectivos pessoais (Lawton, Moss, Hoffman & Winter, 2002) e da interacção social (Barreto, 1988).

Muitos teóricos do ciclo-de-vida (in Cantor & Sanderson, 1999) têm ainda enfatizado a importância da integração e da participação social para o bem-estar físico e emocional dos idosos, sendo, de facto, a satisfação com as relações sociais um dos mais factores preditores importantes do bem-estar na idade avançada, mais do que em idades mais precoces. Os relacionamentos pessoais têm um papel muito importante no processo de envelhecimento. Os relacionamentos são as fontes mais significantes de significado e alegria na idade avançada, incluindo bem-estar emocional, recuperação de doenças físicas e na proporção da mortalidade (Coleman & O'Hanlon, 2004).

### 3 - Pensar a morte

A morte é sempre um tema actual, porque faz parte da vida, e o pensar nela pode dar mais qualidade à própria vida. Já Freud escrevia em 1915, “se queres suportar a vida, prepara-te para a morte” (Freud, 1996a, p. 309). Morrer é uma condição humana e a reflexão sobre a mesma existe praticamente em todas as pessoas (Feifel, 1990). As pessoas idosas dedicam-se mais à memória do que à esperança (Aristóteles, in Morin, 1970), são mais serenos, conseguem compreender melhor a morte e a vida. “A velhice traz consigo essa sabedoria contemplativa” (Morin, 1970, p. 223). “A morte não é o oposto da vida, mas um acontecimento complementar que a define” (Schopenhauer; 2000, p. XIV). Só o Homem tem consciência da sua própria morte e o medo face à morte está presente desde o nascimento, por isso se torna tão importante estudar a ansiedade e a angústia de morte, a níveis consciente e inconsciente. A morte, como refere Barros (1998), parece-nos sempre demasiado prematura. Achamos que morreremos sempre antes de considerarmos que as nossas tarefas estavam concluídas. Morrer é sempre a coisa mais triste da vida (Morin, 1970).

Apesar de se considerar a morte como o tabu do séc. XX, na verdade, o tabu da morte sempre existiu. Freud afirmava, em 1913, que o tabu da morte e dos mortos esteve sempre presente nos povos “primitivos” (Maoris, povos da Polinésia, Melanésia e parte

de África): o receio do contacto com os mortos, o receio de infecção (Freud, 1996b). Na idade média mudou-se a concepção existente face à morte. Até então, a familiaridade com a morte era uma forma de aceitação da ordem da natureza. O homem submetia-se à morte, como uma das grandes leis da espécie, aceitava-a como justa (Ariés, 1989). As condições de vida eram bastantes difíceis e sobreviver já era algo de muito bom. Cada um sabia o que o esperava e aceitava a morte como uma coisa natural, sem desprezo, horror, orgulho ou desespero. Antes de morrer deveria mostrar-se arrependido pelos seus pecados, numa cerimónia pública importante; a morte era vivida num contexto familiar (Oliveira, 1999). Nos séculos XIV e XV, mudou-se a concepção, acreditava-se que cada homem revia toda a sua vida no momento da sua morte, avaliava todas as particularidades da sua vida, num único relance. Nesse instante dava à sua biografia, um sentido definitivo, a conclusão da sua vida sobre a qual podia surgir a salvação ou a condenação. Assim, a morte permitia a consciência da individualidade. Passava a existir uma ponderação mais pesada, interior e consciente da morte, sentida como morte de si próprio (Ariés, 1989; Oliveira, 1999). Na época moderna, a partir do séc. XVIII, o que é receado não é a sua própria morte mas a morte do outro, a separação da pessoa amada. Esta distância face à morte fez com que a morte passasse a ter uma carga mais dramática e exaltada (Oliveira, 1999).

Em oposição ao homem do séc. XIX, onde a morte aparecia em toda a parte (Oliveira, 1999), o homem actual emudeceu, comportando-se como se a morte não existisse. Durante milénios, o homem foi o senhor absoluto da sua própria morte e das circunstâncias da sua morte; hoje, deixou de o ser. Entendia-se como uma coisa normal que cada pessoa soubesse que ia morrer, quer se apercebesse disso, quer tivesse de lhe ser dito. O que devia ser conhecido passa a ser, nos nossos tempos, escondido. O que devia ser solene é escamoteado. Este costume exige que se morra na plena ignorância da sua morte, ficando privado dos seus direitos, principalmente do direito de conhecer a sua morte, de a preparar, de a organizar. Morre-se quase em segredo; esta clandestinidade é o efeito duma recusa absoluta de admitir a morte daqueles que se amam e ainda do apagamento social da morte. O importante passa a ser que a morte seja de uma forma que possa ser aceite ou tolerada pelos sobreviventes. Antes, falava-se da morte de um modo familiar. Hoje, falar da morte é provocar tensão emocional incompatível com a

regularidade da vida quotidiana. Não se comunica acerca da morte para evitar cenas demasiado emocionais e exaltadas. Assim, a morte deixou de ser falada com naturalidade, tornou-se num interdito, expandindo-se uma angústia difusa e anónima. Torna-se assim difícil, nesta sociedade, aceitar a morte, pois não estamos familiarizados com ela.

Como vimos, o encarar a morte tem sofrido muitas alterações: antes, morria-se em casa, quase ritualmente, hoje, morre-se “artificialmente/esterilizadamente”, no hospital, às escondidas da família. Admitimos poder morrer e providenciamos pelo futuro dos nossos entes queridos, mas na nossa prática diária agimos como se a morte só acontecesse aos outros, como se ela não existisse (Oliveira, 1999). O luto tende progressivamente a apagar-se e o culto dos cemitérios deixou de ter seguidores. Lida-se mal com a morte, negamo-la e fugimos dela. A morte, apesar de estar sempre presente, na realidade, é escondida e mantida como tabu. As razões porque se ilude, remove ou mesmo nega a morte na sociedade actual podem ser várias. Escondendo a morte, estamos de qualquer forma a esconder ou a desvalorizar a vida. Reflectir sobre a morte e deixarmo-nos confrontar com ela é um sinal de maturidade. Heidegger (in Barros, 1998) afirma que devemos cuidar da nossa própria morte, incorporando-a na nossa vida, vivendo-a antecipadamente. Apesar de todos estarmos sujeitos à morte, podemos assumi-la livremente, apropriando-nos dela e dando-lhe um sentido propriamente humano, nunca deixando porém de ser dramática. A consciência aprofundada da morte pode ajudar-nos a viver diferentemente, dando mais sentido à vida.

A maioria dos adultos nos EUA refere ter níveis moderadamente baixos de ansiedade de morte (Kastenbaum, 2000), isto pode ser interpretado à luz do imperativo social que impõem que mantenhamos as nossas ansiedades escondidas de nós mesmos e dos outros. Alguns estudos têm demonstrado que, face a mensagens com temas de morte, os sujeitos apesar de apresentam sinais físicos de *stress*, relatam não estar a sentir ansiedade. Isto quer dizer que estamos todos preocupados com a morte, mas estamos relutantes em admiti-lo. Alguns psicanalistas defendem que todos temos medo da morte e de morrer, no entanto, para algumas pessoas, esta ideia é tão insuportável que têm de negar para elas mesmas a existência de qualquer medo da morte. Para analisar realmente

a angústia de morte, devemos ir mais além das perguntas simples e superficiais, é necessário estudar o medo da morte de forma mais encoberta e indirecta (Belsky, 1999).

O sentimento de imortalidade simbólica pode dar sentido à vida e permitir uma defesa contra a ansiedade de morte (Leff, 1999). Segundo Spinoza (Schopenhauer, 2000, p. 117), “sentimos e experimentamos que somos eternos”. Parece que estamos preparados para aceitar a morte, que é uma coisa natural, inegável e inevitável, mas, no entanto, actuamos como se ela não existisse, tentando eliminá-la da vida, silenciá-la. Segundo a descrição de Freud, em 1915, fazemos isto porque não conseguimos imaginar a nossa própria morte e sempre que a tentamos perceber sabemos que ainda não é a nossa, que estamos de fora, pois parece impossível acreditarmos na nossa própria morte; a este propósito a escola psicanalista vem dizer que “no inconsciente cada um de nós está convencido da sua própria imortalidade” (Freud, 1996b, p. 299). O inconsciente não acredita na sua própria morte e comporta-se como se fosse imortal. Assim, o medo da morte está mais presente do que possamos imaginar. O nosso inconsciente está exposto a duas atitudes opostas: a que reconhece a morte como extinção da vida e a que nega a morte porque a considera irreal, entrando assim estas duas atitudes em conflito.

Podemos pensar que a aparente não ansiedade acerca da morte pode indicar: uma recusa/negação (uma zona crítica da realidade vista por estes como tendo de ser escondida, encoberta); uma falta de preparação para abordar este tema, pois ainda não chegou a altura de confronto com o inevitável; ou ainda a aceitação (cada morte pode ser integrada dentro de uma perspectiva de vida maturativa). A maturidade pode trazer naturalmente uma redução da ansiedade face à morte, mas esta maturidade não toma essencialmente a mesma forma e as mesmas características em todas as pessoas.

Segundo Kastenbaum (1992), os valores elevados ou baixos de ansiedade face à morte podem ser interpretados de diferentes modos: podem estar associados a um padrão psicológico, social e ao *stress* fisiológico; podem ser uma marca de psicopatologia ou de imaturidade; e, ainda, estarem relacionados com uma forma carpideira de apreciar a vida, uma atitude realçada em períodos de transição cultural ou de crescimento.

A morte pode também aparecer como uma coisa boa e desejada. “Pouco a pouco, extinguem-se na velhice as paixões e os apetites, junto com a susceptibilidade para seus objectos; os afectos não encontram mais nenhum estímulo, pois a força da representação

se torna cada vez mais fraca, suas imagens mais foscas, as impressões não aderem mais, transcorrendo sem vestígios, os dias passam sempre mais rápido, os acontecimentos perdem importância e tudo se empalidece (...) o ancião cambaleia de lá para cá, ou repousa num canto, apenas uma sombra, um fantasma de seu ser anterior” (Schopenhauer, 2000, p. 70). Acresce que Freud, em 1929, colocava a seguinte questão: “de que nos serve uma vida longa se ela se revela difícil e estéril em alegrias, e tão cheia de desgraças que só a morte é por nós concebida como uma libertação?” (Freud, 1996c, p. 95). Kalish (in Cavanaugh, 1997) também sugere que a maior razão para a reduzida ansiedade de morte na idade avançada é que o valor e a satisfação em viver já não são tão grandes.

Então, “pensar na morte pode conduzir-nos à auto-reflexão, não necessariamente à tristeza nem à depressão” (Oliveira, 1999, p.164). Pode ajudar-nos a viver melhor e a pensarmos o que queremos. Numa primeira abordagem, o medo e a ansiedade são termos que reenviam para pensamentos acerca da morte ou do morrer, mas as atitudes face à morte não têm de ser negativas. Infelizmente, não tem sido dado grande enfoque teórico a atitudes positivas face à morte, como a aceitação da morte (Vries, Bluck & Birren, 1993). Há uma tendência na literatura acerca da morte para interpretar a ausência de medo/ansiedade face à morte como um fenómeno de evitamento, negação. Simpson (in Vries et al., 1993) critica esta falta de importância dada às atitudes positivas face à morte e diz que nas escalas de ansiedade face à morte não há alternativa de encarar a morte de uma forma positiva. É que a aceitação da morte não é necessariamente o oposto da ansiedade face à morte. A aceitação e a ansiedade têm sempre sido vistas como opostas, mas juntas podem oferecer um caminho para uma melhor compreensão desta controvérsia (Kalish, in Cavanaugh, 1997).

A angústia de morte pode ser vivida com maior ou menor intensidade, desde um terror que paralisa qualquer capacidade de verbalização ou representação sobre ela até um trabalho de simbolização da aproximação do fim da vida (Charazac, 2004). Como resultado deste trabalho de simbolização da morte, pode chegar-se a uma aceitação da mesma. Segundo Berger (1995), os idosos são mais fortes do que se possa pensar à primeira vista. São capazes, muitas vezes, de fazer frente à sua própria morte e de a aceitar. Parece que o que mais se teme são os acontecimentos que envolvem a morte.

Tal como existem vários medos da morte e, segundo Kubler-Ross (1996)<sup>1</sup>, existem várias etapas no vivenciar da morte, também foi considerado haver níveis de aceitação da morte dependentes das crenças individuais e das atitudes face à mesma, bem como dos sentimentos acerca do falecimento. Tendo por base Cicirelli (2003), Tomer (2000) e Wong (2000), pode afirmar-se que existem três tipos de aceitação da morte. (1) Aceitação natural: o indivíduo caminha no sentido da aproximação a uma realidade inevitável da mortalidade pessoal, apesar do quanto isso possa ser sentido como desconfortável. Aceita a morte como natural no seu ciclo-de-vida. Primeiro, esta aceitação é feita a num nível cognitivo, passando depois gradualmente a ajustar-se à ideia a um nível afectivo, pois existe um desajustamento entre a aceitação cognitiva e a compreensão emocional da morte pessoal. (2) Aproximação à aceitação: parece ser o modo mais satisfatório de aproximação à morte, porque não apenas incorpora a ideia de completar a sua missão na vida, mas também se estende à importância da vida depois da morte. A fé da ressurreição e na vida eterna. Este tipo de aproximação da aceitação não é o mais acessível, realizável, nem o mais satisfatório, uma vez que provém da crença na vida após a morte. (3) Aceitação como fuga: a morte é vista como sendo mais atractiva do que a continuação da dor e do sofrimento na vida terrena. É uma aceitação muito diferente das outras duas porque é baseada em problemas de vida maiores do que o medo da morte. Mesmo a ideia de inferno após a morte torna-se mais tolerável do que a dor da vida na Terra. Noutras palavras, quando a vida é sentida como intolerável, o suicídio parece ser uma alternativa atractiva.

As formas de aceitação da morte estão relacionadas com o sucesso no envelhecimento. O encarar a morte como se encara o próprio processo de envelhecimento, dando significado à vida, afasta o medo da morte, mas também faz a vida tenha mais valor, apesar das circunstâncias negativas. É a atitude, mais do que a acção, que definitivamente determina se uma pessoa envelhece bem e morre bem (Wong, 2000). Surpreendente, foi o facto de que uma elevada aproximação de aceitação não

---

<sup>1</sup> A autora verificou em doentes com diagnóstico médico de patologia muito grave (“sentença” de morte) que existia um processo envolvendo: (1) Negação (achar que os médicos se enganaram no diagnóstico); (2) Raiva ou cólera (sentirem-se incompreendidos, podendo mesmo chegar a tornarem-se agressivos); (3) Negociação (tentar aceitar a realidade, podendo ocorrer uma re-aproximação do sagrado, esperando atrasar o inevitável); (4) Depressão (ter uma tristeza profunda, vivenciando antecipadamente o luto pela sua própria morte) e (5) Aceitação (encontrar a tranquilidade perdida).

predizer necessariamente um valor mais baixo de ansiedade de morte (Tomer & Eliason, 2000a). Apesar disto, podemos colocar a questão se alguma vez os idosos estarão verdadeiramente adaptados aos seus medos da morte e qual é o mecanismo para lidar com a aceitação de morte. Teme-se o desconhecido. Então, naturalmente, teme-se a morte. Parece ser mais fácil aceitar progressivamente a morte dos outros para mais tarde ir aceitando a própria morte. No entanto, nem todos aceitam a própria morte, pois para aceitar a morte tem de se ter feito as pazes com a vida (aceitar as escolhas e decisões feitas), senão a morte associa-se ao desespero. Parece que é necessário ter a percepção de que se viveu bem para aceitar morrer em paz. A forma como cada um reage à morte parece estar relacionado com a história de vida de cada um (Leff, 1999).

Estudos realizados com idosos concluíram que uma boa revisão auto-biográfica contribui para uma menor ansiedade face à morte (Fishman, 1992). Pessoas que tenham feito uma revisão da vida passada estão mais aptas a aceitar o passado, a viver com uma maior aceitação do presente e a ficar menos ansiosos acerca da eventualidade morte (Fishman, 1992). Parece que quanto mais as pessoas idosas conferem um sentido à sua vida menos têm medo de morrer. A recordação de acontecimentos positivos e negativos do passado toma a função de ajudar a preparar para a morte. Esta descoberta sugere que a revisão auto-biográfica tem um valor funcional no encarar inevitável da própria morte, pois permite uma maior aceitação dos seus acontecimentos do passado e contribui para uma menor ansiedade acerca da sua própria morte. Pessoas que tenham alcançado uma boa integridade do *ego* e tenham colocado a vida em perspectiva são menos ansiosos acerca da sua própria morte. Parece que o “segredo” está em saber encarar o futuro sem medos, deixar seguir o que pertence ao passado e viver o presente. A ansiedade face à morte está relacionada com o sentido da vida e com o bem-estar: indivíduos com altos níveis de ansiedade de morte viviam mais abatidos e menos satisfeitos com a vida; a preocupação acerca da morte e do morrer perturba a alegria de viver (Barros & Neto, 2004; Wong, 2000). Acresce, ainda, que existe uma correlação importante entre o medo da morte e a finalidade da vida (Papalia & Olds, in Berger, 1995).

### 3.1 – Medo da morte e ansiedade face à morte

Foi a partir das décadas de 50/60 que começou a abordar-se a morte em ciências como a sociologia, a etnologia e a psicologia. O tema da morte começou a ser abordado e os psicólogos não podiam ficar indiferentes ao estudo do comportamento humano frente à morte e ao morrer e muito especialmente no que respeita à ansiedade ou medo da morte (Barros, 1998, 2002). A psicologia do desenvolvimento passou também a estudar o desenvolvimento do adulto e do idoso (gerontologia) que se confrontam com a morte, mesmo numa situação normal. Muitos estudos foram realizados desde então, na tentativa de entender e explicar a ansiedade face à morte. Segundo Kastenbaum (2000), a ansiedade face à morte refere-se ao *stress* que é ocasionado pelo aumento da tomada de consciência da mortalidade pessoal. Este conceito engloba a angústia face à morte e ao morrer e, por vezes, é alargado à ansiedade acerca da morte dos outros, ou acerca do modo como os outros podem ser afectados pela própria morte. No entanto, o núcleo do conceito está relacionado com o confronto ontológico de que a vida tem de acabar.

Nem sempre foi unânime que as preocupações com a morte e o medo da morte são coisas normais e naturais e não manifestações patológicas. As preocupações normais com a morte são expressas de forma variada e o medo da nossa própria morte é independente de outros tipos de medos (Florian & Kravetz, 1983). O que mete medo na morte são as questões que ela suscita, as quais incidem directamente sobre o sentido da vida (Hennezel & Leloup, 2001). Haverá um além? Qual a nossa origem? Para onde vamos? De que temos medo quando temos medo da morte?

O medo da morte não é uma variável unitária e monolítica, podendo considerar-se que ela tem sub componentes (Feifel, 1990). O que causa medo pode ser diversificado: o momento da morte; o facto de se deixar de ser ou de desaparecer; medo do que acontecerá depois da morte; medo do sofrimento e da angústia que precede a morte; medo só da morte pessoal ou então da morte dos entes queridos. É importante, perceber a natureza do medo da morte, pois não é só mais um medo, é o maior medo da vida, que pode disfarçar-se em muitos outros medos (Barros, 1998). Muitos são os autores que falam dos vários medos da morte: medo do desconhecido, medo da solidão, medo de perder a família e os amigos, medo da perda do corpo físico, medo da perda do autocontrolo, medo da dor, medo da perda da identidade e medo da regressão (Cavanaugh,

1997). Ou ainda, segundo Irene Burnside (in Berger; 1995), existem seis medos mais frequentes: medo do desconhecido, medo da solidão e do isolamento, medo de perder a família e os amigos, medo de perder o controlo e a autonomia, medo de perder a identidade (auto-imagem) e medo de deixar o invólucro carnal. Entretanto, a morte do próprio pode ser caracterizada em quatro grandes preocupações: a boa ou má morte; a extensão do controlo que poderá exercer no estadio final da sua vida; a forma como a vida pode ser legitimada ou tomar sentido; e, a questão dos rituais funerários e do desejo de ser lembrado (Howarth, 1998).

Parece, então, que o que mais se teme são os acontecimentos que envolvem a morte. Temos, por exemplo, que, para algumas pessoas idosas, a rejeição, o isolamento, a solidão, a doença prolongada, a perda de papéis sociais, a perda de autonomia, a humilhação e a perda de dignidade são mais temíveis do que a morte (Berger, 1995).

A morte é uma situação que não tem precedente, apenas sofremos uma morte. Assim, frente à nossa morte voltamos à angústia avassaladora da infância diante do desconhecido e absoluto que éramos incapazes de dominar. Com a aproximação desta angústia, não só a morte mas também toda a vida que até então era parte de um mundo familiar se vai tornando progressivamente mais estranha e desconhecida. O que antes fazia sentido e era inquestionável passa agora a colocar questões; é então possível que se desenvolva, para além do medo, pânico dentro desta realidade em que o que era estável e seguro deixa de ser. O medo da loucura ou de uma invasão descontrolada das emoções pode ocorrer, uma vez que frente à morte, quando já não existe mais nenhum futuro para ser vivido, passa a ser inútil qualquer contenção emocional e os sentimentos podem libertar-se com uma intensidade nunca antes ocorrida (Earp, 1999).

Nunca devemos deixar de ter em conta que a angústia de morte engloba o medo consciente e inconsciente da morte (Belsky, 1999). O medo da morte é um fenómeno com um pressuposto duplo, uma vez que tem uma parte consciente, que pode ser verbalizada, e outra inconsciente, que não consegue ser dita. Esta aparente contradição entre o evitamento/aceitação da morte pessoal aparece como uma necessidade de adaptação muito poderosa (Feifel, 1990). Face à morte pessoal, a mente humana opera simultaneamente a vários níveis da realidade consciente e inconsciente. Há uma

tendência para evitar pensar na morte e a emergência do medo da morte enfraquece essa tendência (Vries et al., 1993).

Segundo McCoy, Pyszczynski, Solomon e Greenberg (2000), os primeiros sinais de que se está a envelhecer são normalmente pequenos e pouco evidentes para o próprio. Estas mudanças subtis parecem aumentar exponencialmente e o corpo começa a ter limitações. Para os mais velhos, a morte já não é um conceito abstracto para o futuro, mas uma crise concreta do presente. Que papel assume esta aproximação da morte na psicologia individual? Como o idoso lida com esta realidade inevitável de que os seus dias são contados?

Existem várias teorias e modelos que tentam responder a estas perguntas. Tomer e Eliason (2000b) apresentam um modelo compreensivo operacional, onde defendem que o aumento ou a diminuição da ansiedade face à morte depende dos processos protectores que cada um tenha.

Cicirelli (2003) propõe um modelo transaccional, no qual defende que o medo da morte nos idosos é previsível perto dos 80 anos, evocando a tensão que existe entre a necessidade de sobrevivência e a consciência do limite de tempo de sobrevivência. Os idosos percebem as médias culturais de longevidade e o seu próprio declínio físico e vão ganhando consciência da sua proximidade da morte ou do limite de sobrevivência que lhes resta. Este medo da morte convoca capacidades de adaptação, de reorganização cognitiva e emocional, para fazer decrescer o medo da morte e aumentar a aceitação da morte. Os idosos têm muitas capacidades de adaptação e necessitam delas se querem estar eficazmente preparados para o último período da vida. Adaptar-se aos medos da morte e aprender a aceitar a morte poderá envolver um importante processo de adaptação para lidar com este último estadio da vida. Johnson e Barer (in Cicirelli, 2003) acrescentam que os idosos com mais de 85 anos reconhecem o aumento da sua vulnerabilidade face à morte e normalmente desenvolvem mais uma atitude de aceitação à morte do que um medo da morte. No entanto, a aceitação da morte e a constatação de que a morte pode estar mais próxima não deixa de criar ansiedade. Na sua teoria de desenvolvimento, Erikson (in Cicirelli, 2003) identificou o último estadio da vida como uma crise da integridade do *ego versus* desespero. Os indivíduos que alcançam o sentido

de integridade do *ego* podem olhar para os seus anos passados com satisfação e também aceitando a sua inevitável mortalidade com tranquilidade.

A *TMT* (*Terror Management Theory*; Greenberg, Pyszczynski, & Solomon, in McCoy et al., 2000; Solomon, Greenberg, & Pyszczynski, in McCoy et al., 2000), inspirada no trabalho do antropólogo cultural Ernest Becker, propôs que o medo humano da morte resulta de uma capacidade somente humana de auto-reflexão. Os seres humanos são capazes de se conceber no passado, no presente e no futuro, trazendo nessa reflexão o conhecimento do inevitável desaparecimento. A *TMT* defende que o medo da morte resulta do conflito entre querer continuar a viver e, simultaneamente, saber que inevitavelmente vai morrer. Este paradoxo, do conhecimento da mortalidade pessoal acompanhado do desejo primário de continuar a viver, cria um potencial terror paralisante. A gestão deste terror torna-se como que uma necessidade de uma vida longa. Existem mecanismos de negar a morte, adaptados a certas estratégias defensivas, que nos protegem desse terror. A *TMT* defende que são utilizados sistemas partilhados de valores e crenças (a forma pessoal e cultural de ver o mundo) que impregnam de ordem e significado o mundo aleatório e caótico. Assim, a visão que temos do mundo fornece-nos um sistema predictivo de recompensas e punições que ajudam a perceber o mundo como controlável, confiável e justo (McCoy et al., 2000).

O envelhecer com sucesso pode permitir uma aproximação diferente à inevitabilidade do morrer. McCoy e colaboradores (2000) constataram um aumento paradoxal de bem-estar psicológico nos idosos, apesar do aumento da exposição a realidades de morte, e concluíram que tal como a proximidade da morte aumenta, também aumenta a deterioração do sistema de amortecimento da ansiedade. No entanto podem ainda ser utilizadas outras estratégias diferentes, que têm como resultado a aceitação da morte. De acordo com Wong (2000), as defesas psicológicas de negação, recalçamento e evitamento podem eventualmente falhar face à enorme evidência da idade e do morrer. Mais tarde ou mais cedo as pessoas necessitam de se aproximar de alguma forma de aceitação da morte, em vez de isso resultar num aumento do medo da morte. Neste contexto alguns autores salientam que na velhice não é apenas a perda que se evidencia, mas um processo adaptativo para lidar com o último estadió de vida (Cicirelli, 2003; McCoy et al., 2000; Wong, 2000).

Face a este medo da morte, muitas estruturas defensivas são erguidas (como negar a realidade, racionalização, isolamento, apoiar-se na religião, etc.). Estas defesas não são barreiras protectoras eficientes contra o medo da morte, pois os seus efeitos são muito complexos e persuasivos. Uma das formas de lidar com angústias tão intensas, segundo Freud (1996c), é através do deslocamento, da reorientação dos seus objectivos instintivos, pois ilude-se, desta forma, a frustração do mundo externo face aos nossos desejos instintivos. Ao criar uma vida de imaginação, considerando que a realidade é a única fonte de sofrimento e cortando com ela, recria-se um mundo no qual os aspectos mais insuportáveis são eliminados e substituídos por outros mais adequados aos nossos desejos. Normalmente, este mecanismo não é eficiente, pois a realidade é demasiadamente presente e forte e acaba por desconstruir esta vida de imaginação. A tentativa de obter uma certeza de felicidade e uma protecção contra o sofrimento através de uma remodelação delirante da realidade é feita por um número considerável de pessoas. No entanto, estas defesas têm claras limitações e é impossível negar com sucesso a inevitabilidade da morte. Normalmente, o medo da morte é afastado da consciência pela activação dos mecanismos que permitem este afastamento. No entanto, estes mecanismos defensivos tendem a quebrar quando a morte está mais presente, fazendo aparecer conscientemente o medo da morte. Quando o medo da morte emerge à consciência, os indivíduos podem usar imediatamente mecanismos de defesa, como por exemplo, negar a sua vulnerabilidade, distanciarem-se a eles mesmos ou usar várias distrações para lidar com esse assunto. No entanto, esta teoria ainda não foi aplicada e testada para idosos que estivessem muito vulneráveis à morte (Cicirelli, 2003).

As defesas amortecedoras utilizadas na meia-idade e no princípio da vida parecem tornar-se menos efectivas na gestão do medo da morte à medida que as pessoas vão envelhecendo. A natureza exacta e consensual da visão cultural que temos do mundo é inevitavelmente alterada com o envelhecer. Claramente, os idosos não encontram formas efectivas de escapar à inevitabilidade da morte, tornando-se esta inevitabilidade mais evidente à medida que se envelhece. Esta inevitabilidade da morte não é certamente uma coisa que as pessoas gostem de pensar muitas vezes. A negação torna-se muito mais difícil de manter com o avançar da idade, isto pode forçar-nos a tentar novas formas de abordar o problema. Talvez os idosos esteja apto a descobrir novas formas de lidar com

a morte que sejam mais efectivas do que a negação, tornando-os mais aptos a aceitar a realidade. O sucesso no envelhecimento está relacionado com a forma de encarar o inevitável e requer a transformação, do próprio sujeito, para o tornar mais apto a lidar com realidades diferentes que são enfrentadas em anos tardios. Aceitar a inevitabilidade da morte requer também uma transformação radical do próprio.

O estudo de Cicirelli (2003) permitiu avaliar aspectos qualitativos nos relatos acerca do medo da morte e constatou que os idosos, no geral, revelavam ter algum tipo de aceitação da morte. Em seguida apresentam-se as evidências. (1) Existência de medo: expressam medo da morte durante as entrevistas (“eu sinto-me apreensiva acerca da morte, eu acho que vou ter muitos medos”). (2) Adaptação: utilizam estratégias que ajudam a lidar com a inevitabilidade da aproximação da morte. (3) Negação e recalçamento: usam estas defesas como uma forma de lidar com a morte (“eu não tenho medo disso, porque eu não penso na morte”). Estas defesas reduzem temporariamente a ansiedade face à morte. Elas são úteis para aqueles que ainda não conseguem lidar com outras estratégias que permitem reduzir o medo da morte de uma forma mais permanente. (4) Conforto através da religião: falam de Deus e da vida depois da morte. Ver Deus como uma figura de ligação dá segurança incondicional, conforto e protecção (“saber que Deus existe dá-me conforto e antecipação de uma existência eterna, com a minha fé, morrer vai ser uma agradável experiência, eu não tenho medo”). (5) Ligação aos outros: obtêm conforto através dos relacionamentos com os outros. Muitos idosos relatam ter relações muito chegadas com membros das suas famílias e revelam o desejo de as manterem durante o tempo que lhes resta (“eu não quero que a morte me tire da minha família e dos meus amigos”). Para estes idosos, as relações com a família são importantes para o prosseguimento das suas vidas, mas também funcionam como uma forma de adaptação à morte. (6) Focar os problemas: alguns idosos parecem lidar com a proximidade da morte lidando directamente com os problemas práticos que lhes estão associados, pois julgam que ao resolvê-los estarão aptos para lidar com a aproximação da morte, ganhando assim um certo controlo sobre esses aspectos relacionados com a morte (“eu já tratei de todas as coisas para o meu funeral com os meus dois filhos”). (7) Generatividade: tentativa de dar alguma coisa de si mesmo às gerações futuras ou ajudar os outros em geral. Deixando alguma coisa de si aos outros ganham uma imortalidade

simbólica e assim exercem algum controlo sobre a morte (“quero ajudar as minhas crianças, preocupa-me a sua segurança”). (8) Reorganização cognitiva: alguns idosos parecem reorganizar os seus pensamentos de depreciação da vida para olhar para a morte como uma libertação. Algumas reorganizações de pensamento envolvem algum grau de desligamento da vida, traduzindo-se numa forma de aceitação da morte (“a morte não me assusta, só vejo na vida mais dor e sofrimento”).

Parece que o uso destas estratégias permite uma melhor adaptação a este último período de vida, aumentando a aceitação da morte. O uso da negação ou recalcamento como defesa contra o medo da morte é mais frequente nos jovens, enquanto que os idosos usam outras estratégias, tais como a religião, a ligação à família, a reorganização de pensamento, a focagem directa de problemas e a generatividade (Cicirelli, 2003). Os teóricos da *TMT* advertem que a negação parece ser um dos mecanismos de defesa mais severos, mas, no entanto, na idade avançada, a simples negação não é efectivamente suficiente, dado o indivíduo aproximar-se da inevitabilidade da morte. A reorganização emocional e cognitiva parece ser viável para ajudar os idosos a aceitar a morte e a prepararem-se mais eficazmente para viver nesta etapa de vida. Uma intervenção clínica nesta etapa da vida poderia ajudar os adultos que tivessem dificuldades em lidar com a morte, ajudando a facilitar a resolução desses medos e quem sabe aumentando a qualidade de vida neste últimos período de vida (Cicirelli, 2003).

### 3.2 - Operacionalização da ansiedade face à morte

A discussão principal em torno da avaliação do constructo de ansiedade face à morte centra-se na uni ou pluridimensionalidade do mesmo (Barros, 1998; Conte et al., 1982; Simões & Neto, 1994; Tomer, Eliason, & Smith, 2000). Um grande número de investigações onde se estudaram as qualidades métricas de provas que operacionalizam este constructo, tratam-no como unidimensional (Gesser, Wong & Reker, in Vries et al., 1993; Bengtson, Cuellar & Ragan, in Thorson & Powell, 1992; Kalish, in Thorson & Powell, 1992). Contudo, sabe-se que embora ele tenha sido considerado, inicialmente, como unidimensional, hoje em dia é tido como multidimensional (Cicirelli, 2000; Florian & Mikulincer, 1998). Contudo, os defensores da pluridimensionalidade não concordam entre si nem com o número de factores, nem com a sua designação,

propondo a existência de cinco ou mais factores. Esses factores remetem para o medo da própria morte, da morte de outros queridos, da morte de outros afastados, do evitamento, da negação e relutância face à morte, do medo da morte baseado em razões religiosas, somáticas, sociais, existenciais, do medo a nível consciente, semi-consciente (fantasia) e inconsciente. Além destas divergências, uns consideram o medo da morte como algo fixo, constante, quase como um traço de personalidade, enquanto que outros como dependente de influências ambientais, como um estado mais passageiro (Barros, 1998).

Um dos maiores problemas nestes estudos está relacionado com a fraca validade e fidelidade dos instrumentos utilizados, a ponto de alguns autores (Kasteubaum & Costa, in Barros 1998) porem em causa a utilidade dos questionários para avaliar esta variável. Uma vez que, como vimos, a sociedade ocidental tem como atitude face à morte mais comum a negação e o repúdio, pode duvidar-se de algumas respostas a nível consciente, apesar de, geralmente, se encontrarem correlações moderadas entre a ansiedade face à morte e a ansiedade em geral (Barros, 1998). Outra questão é a desejabilidade social, traduzida na maior ou menor sinceridade nas respostas, dado que o medo da morte é socialmente indesejável. Embora se tenham encontrado correlações negativas entre os questionários de medo da morte e de desejabilidade social, os resultados são inconclusivos (Barros, 1998).

Muitos estudos têm diferenciado entre o medo da morte e o medo do processo de morrer, dizendo que muitos sujeitos não temem a morte em si, mas o processo de morrer ou vice-versa (Vries et al., 1993). Collett e Lester (in Vries et al., 1993) defendem que para medir os medos da morte (medo da morte e medo do processo de morrer) se devem diferenciar as medidas, pois muitos destes medos dependem do estadio de vida que o sujeito se encontre e se trata de medos relacionados com a sua própria morte ou com a dos outros. O estudo de Vries e colaboradores (1993) revelou, tal como Collett e Lester (in Vries et al., 1993) e Kastenbaum (in Vries et al., 1993), que a morte era um conceito multidimensional, pois distingue especificamente o acontecimento da morte, o processo de morrer e a quem se refere (ao próprio ou aos outros). A morte é discutida mais frequentemente em termos mais complexos do que o morrer e isto pode suportar o que Kastenbaum e Costa (in Vries et al., 1993) defendem: que o conceito de morte é mais familiar para a maior parte das pessoas do que o conceito de morrer. A morte significa

coisas diferentes para a mesma pessoa em alturas diferentes de vida, e significa coisas diferentes para pessoas diferentes em alturas semelhantes (Vries et al., 1993). Parece que o conceito que uma pessoa tem da morte é mais um reflexo da sua história e experiência de vida do que fruto da pertença a um grupo etário específico. Alguns estudos apenas produzem medidas unidimensionais do medo da morte, da própria morte, o que significa que apenas podem apreciar acerca da intensidade da consciência individual da ansiedade de morte.

O instrumento mais utilizado tem sido a *Death Anxiety Scale (DAS)*, desenvolvida por Templer (in Thorson & Powell, 1992); Esta foi considerada inicialmente como um constructo único geral (Nehrke, in Thorson & Powell, 1992), passando, no entanto, posteriormente a ser considerada uma estrutura factorial multidimensional diversa (Lonetto & Templer, in Thorson & Powell, 1992). Esta escala foi revista, *Revised Death Anxiety Scale (R-DAS)*, por Thorson e Powell (1992), sendo considerada um instrumento multidimensional. Os factores nela considerados são: medo do isolamento e da imobilidade, medo da dor, medo da finalidade da morte e medo da decomposição.

A ansiedade face à morte pode, entretanto, ser concebida como um conceito multidimensional e hierárquico. Na *Fear of Personal Death Scale (FPDS)*, Florian e Kravetz (1983) identificaram 6 factores (perda do sentimento de preenchimento pessoal, perda da identidade social, consequências para a família e amigos, consequências transcendentais, aniquilação do *self* e punição no depois da morte), relacionados com as consequências intrapessoais, interpessoais e transpessoais da morte, podendo assim ser reagrupados em três componentes de ordem maior. Parece que o medo de perder o auto-desempenho/satisfação e medo de auto-aniquilação estão enquadrados no aspecto intrapessoal do medo da morte. Já o medo das consequências da sua morte nos familiares e amigos e o medo da perda de identidade social estão enquadrados no aspecto interpessoal. E, finalmente, o medo do desconhecido e o medo do castigo depois da morte, no aspecto transpessoal da morte.

Outra das provas mais utilizada foi desenvolvida por Conte e colaboradores (1982), o *Death Anxiety Questionnaire (DAQ)*. Inicialmente, o questionário era composto por 24 itens, construídos a partir de entrevistas com idosos e estudantes, que se pretendia cobrirem uma grande variedade de sentimentos relacionados com a morte e o morrer. O

estudo de validação da escala com uma amostra de estudantes e de idosos (institucionalizados e não institucionalizados) levou à redução do número de itens para 15. Através da análise factorial exploratória (AFE) em componentes principais (rotação *varimax*), foram encontrados cinco factores que remetiam para: o medo dos aspectos desconhecidos da morte; o medo do sofrimento no processo de morrer; o medo da solidão na hora da morte; os aspectos interpessoais da ansiedade face à morte; e, ainda, um outro factor que não conseguiram nomear. Entretanto, no estudo de validação do *DAQ* para idosos portugueses (Santos, Diniz & Costa, 2004) constatou-se que o instrumento apresenta uma estrutura factorial tri-dimensional e hierárquica. Os factores relevantes desta versão são: perdas (perda do próprio ser, das pessoas que ama, dos projectos, etc.), solidão (afastamento dos outros) e sofrimento (sofrimento pessoal e alheio).

Entretanto, Tomer e colaboradores (2000) advertem para o facto de as diferenças entre os vários instrumentos não estarem limitadas ao número de factores ou à existência ou não de uma estrutura hierárquica. A natureza dos factores é diferente de um instrumento para o outro, reflectindo diferenças entre as bases teóricas utilizadas, bem como a selecção específica dos itens. Cicirelli (2000) acrescenta que, até no mesmo instrumento, as dimensões identificadas pelos vários investigadores diferem no seu número e na sua denominação. No entanto, medos que reflectem preocupações acerca da vida para além da morte, preocupações com a dor e o sofrimento, o processo de morrer e a destruição do corpo, são comuns a vários instrumentos.

Por fim, segundo Neimeyer e Van Brunt (in Cicirelli, 2003), o medo ou ansiedade face à morte tem sido tomado como um conceito multidimensional. Mas embora se saiba da natureza multidimensional do medo da morte são poucos os estudos que com idosos examinam essas dimensões em separado, resultando assim uma dificuldade em determinar se os resultados diferem para os diferentes medos específicos da morte (Cicirelli, 2003).

### 3.3 - Factores que influenciam a ansiedade face à morte

#### 3.3.1 - Idade

A população em geral apresenta um nível baixo e moderado de ansiedade face à morte (Kasteubaum, 1992), mas será que a idade avançada pode ser um factor de risco para a ansiedade de morte? Muitos estudos foram realizados, mas alguns são pouco conclusivos e mesmo contraditórios.

Alguns estudos evidenciam diferenças na ansiedade de morte referentes à idade. O estudo de Barros (2002) concluiu que nas crianças e adolescentes domina uma certa ansiedade face à morte que diminui na idade adulta para subir de novo na velhice. Esta conclusão vai de encontro das outras investigações referidas por Kastenbaum e Aisenberg (in Barros, 2002). Mullins e Lopez (in Barros, 1999) compararam idosos com menos de 75 anos com idosos com mais de 75 anos e concluíram que estes últimos tinham mais ansiedade face à morte. No estudo de Barros (1999), no entanto, constatou-se que o grupo dos mais idosos (mais de 75 anos) apresentou uma visão mais optimista e com menos ansiedade face à morte do que o grupo de idosos mais novos (menos de 75 anos). Entretanto, Cicirelli (2003) refere que o medo da morte não aumenta nem diminui depois dos 60 anos.

Muitos são os estudos que consideram que a idade não tem relação com a ansiedade de morte (Cicirelli, 2003; Conte et al., 1982; Kasteubaum, 1992; Kasteubaum, 2000; Thorson & Powell, 1992). Vários autores referem que os mais velhos não têm mais medo da morte do que os jovens (Conte et al., 1982; Simões & Neto, 1994), existindo alguns estudos que sugerem, inclusive, que o medo da morte tende a ser mais alto nos jovens (Cicirelli, 2003; Vries et al., 1993; Thorson & Powell, 1992) do que nos jovens adultos ou pessoas de meia-idade (Fortner, Neimeyer, & Rybarczyk, 2000; Kastenbaum, 1992). Existem evidências que sugerem uma descida linear na ansiedade de morte começando na adolescência (Tomer & Eliason, 2000a) e outras que remetem mais para uma subida linear da ansiedade de morte que culmina na meia-idade (Tomer & Eliason, 2000a; Fortner et al., 2000). Mais ainda, outros estudos sugerem que a ansiedade face à morte continua a diminuir com a idade avançada, de tal forma que os mais idosos têm menos ansiedade face à morte do que o idoso mais novo (Fortner et al., 2000).

As ansiedades relacionadas com a morte aparecem em todas as idades (Stricherz & Cunnington, in Kastenbaum, 1992). Os adolescentes e os jovens pensam na morte com a mesma frequência do que os mais velhos (Belsky, 1999; Cavanaugh, 1997). O perigo da morte e os fantasmas da morte não têm idade, apenas seguem a maturação e o desenvolvimento das funções psíquicas (Charazac, 2004). Os mais velhos têm medo de ficar dependentes, num estado vegetativo, sem ajuda, desamparadas. A morte é vista como um resultado disto. Eles preferem uma morte rápida, no momento certo, do que uma longa e lenta deterioração. Hayslip e Panek (in Conte et al., 1982) descobriram que os idosos não temiam a morte *per se* mas o processo de morrer. Em geral, parece que a consciência das pessoas idosas está mais orientada para a morte, mais em sintonia com a condição de finitude da vida (Belsky, 1999). Segundo Kastenbaum (in Vires et al., 1993), todas as pessoas idosas tendem a salientar a preparação que elas estão a tentar fazer para a morte, apesar de muitos estudos relatarem que os idosos estão preocupados com as circunstâncias das suas mortes. Parece claro que os idosos estão expostos à morte mais vezes e pensam mais acerca disso (Keller et al., in Tomer et al., 2000).

Kimsey e colaboradores (in Conte et al., 1982) dizem que idosos saudáveis e membros activos de centros de idosos têm uma atitude optimista face à sua idade e à sua situação de vida. Como já vimos, uma velhice bem integrada permite uma capacidade para os idosos se acomodarem com a ideia de finitude. A idade, por si só, não é crucial para os níveis de ansiedade de morte. Parece que a ansiedade de morte está mais relacionada com o ajustamento da personalidade e com o sentimento de bem-estar do que com a idade (Conte et al., 1982). Factores de personalidade e de experiência de vida são determinantes para o medo da morte. A acumulação de experiências de vida ajuda a ter uma maior tolerância face à ambiguidade e à incerteza (Rybash et al., in Fortner et al., 2000) na idade avançada (Neugarten, in Fortner et al., 2000; Vandenplas-Holper, 2000). Os idosos encontram, eles próprios, recursos necessários a lidar mais eficazmente com a ansiedade face à morte do que os adultos mais novos. Este tipo de interpretação vai de encontro com as teorias de ciclo-de-vida, do envelhecimento com sucesso, com o paradigma da sabedoria de Berlim (Baltes & Staudinger, 2000), em que a sabedoria é entendida como uma especialidade em lidar com os assuntos incertos da vida e pressupõe a capacidade pessoal de encarar a morte com calma, segurança e confiança.

Munnich (in Barros, 2002) constatou que a atitude mais frequente face à morte era a aceitação ou o consentimento, particularmente por parte dos que atingiram uma certa maturidade psicológica, predominando atitudes mais negativas em pessoas mais imaturas. Rasmussen e Brems (in Barros & Neto, 2004) constataram que a maturidade psicológica era um melhor preditor da ansiedade face à morte do que a idade. Parece, pois, ser rejeitada a hipótese de as pessoas ficarem mais ansiosas com o avançar dos anos, uma vez que também parece que a ansiedade de morte é ajustada com o aumento da maturidade.

Hayslip e Panek (in Conte et al., 1982) sugerem que os mais jovens e idosos não diferem quanto ao medo consciente da morte, mas diferem no medo inconsciente da morte. Rhudick e Didner (in Conte et al., 1982) consideram que o medo da morte pode actualmente existir nas amostras de idosos, uma vez que os processos defensivos do ego são mobilizados para encobrir esse medo da consciência. No estudo realizado por Barros (1998), na readaptação da escala de ansiedade face à morte, conclui-se que os mais velhos sabem lidar melhor com a ansiedade face à morte ou disfarçar melhor os seus medos, podendo ainda ter se dado o caso de terem respondido de acordo com a desejabilidade social. Em provas de angústia mais consciente, os idosos demonstraram ter menos medo, mas num nível mais inconsciente demonstraram ter o mesmo medo dos outros, contrariando a ideia de uma aceitação que viria com a idade (Feifel & Branscomb in Belsky, 1999). Assim, parece que os idosos podem sentir diante da morte mais medo do que referem (Belsky, 1999).

### 3.3.2 - Género

Em relação ao factor género, os estudos e as explicações sugeridas são contraditórias, mas existe uma tendência para não se encontrarem diferenças entre homens e mulheres (Conte et al., 1982; Dikstein et al., in Conte et al., 1982; Fortner et al., 2000; Vries et al., 1993). Alguns pesquisadores descobriram valores mais altos de ansiedade face à morte nas mulheres, mas outros não (Cavanaugh, 1997). Quando as diferenças são observadas, as mulheres tendem a ver a morte em termos mais emocionais, enquanto que os homens a vêem de uma forma mais cognitiva (Cavanaugh, 1997).

Embora alguns estudos (Barros, 1999; Barros 2002; Fortner et al., 2000; Pollack, in Vries et al., 1993; Simões & Neto, 1994; Thorson & Powell, 1992) evidenciassem que o género feminino tem mais medo da morte, particularmente em áreas específicas, pensa-se que esta característica pode corresponder a uma idiossincrasia feminina. Kastenbaum (2000) refere que as mulheres nos EUA, bem como noutras nações, relatam normalmente níveis altos de ansiedade. Podem ser consideradas várias interpretações. As mulheres são muito ansiosas face à morte, talvez por se encontrarem mais próximas dos seus sentimentos ou menos inibidas a falar sobre eles. Ou ainda, talvez os homens não sejam suficientemente ansiosos (Kastenbaum, 1992). Não há diferenças no nível de ansiedade de morte entre géneros, mas as mulheres são mais propensas a tomarem consciência e a expressarem as suas preocupações. Regra geral, as mulheres exprimem com mais frequência e com mais facilidade do que os homens as suas emoções e sentimentos face à morte, mesmo que pensem nela com menos frequência (Berger, 1995). Podemos também pensar que existe uma diferença substantiva nas atitudes face à morte, mas essa diferença não é caracterizável como ansiedade de morte. Esta característica pode ser devida a padrões de socialização diferentes para cada género (Cavanaugh, 1997). Os homens parecem ficar desconfortáveis com os seus sentimentos acerca da vulnerabilidade da sua morte. As mulheres são encorajadas a expressar os seus sentimentos. As mulheres aparentemente representam a própria morte de uma forma mais ansiogénia do que os homens, mas simultaneamente elas têm uma melhor aceitação da própria morte (Cavanaugh, 1997).

Por fim, uma explicação para a ausência do efeito de género na idade avançada pode ser encontrada em teorias que sugerem que os idosos são menos diferenciados no que diz respeito à sexualidade, exibindo uma identidade sexual mais andrógena (Fortner et al., 2000).

### 3.3.3 – Religião

Em todos os períodos da Humanidade, em todas as culturas, a religião esteve sempre presente no sentido de ser um antídoto da certeza da morte. Segundo Hennezel e Leloup (2001), a religião corresponde às respostas que a Humanidade tentou dar às perguntas existenciais, através de um conjunto de práticas e de crenças.

Seja qual for a religião, ela tenta explicar, ao Homem, a vida e um mundo na qual a morte encontra uma explicação, tentando torná-la mais aceitável. Acontece, muitas vezes, ela incluir alguma forma de vida depois da morte, passando a morte a não ser um momento de extinção absoluta mas apenas uma passagem para um outro tipo de existência, negando desta forma a radicalidade da morte. Com isto, fica também diminuída a angústia frente à perspectiva da própria morte, tornando-se, assim, a morte mais aceitável (Earp, 1999). Essa vida futura é representada como a mais desejável, como a única que é verdadeira e válida, reduzindo a vida que termina com a morte a uma mera preparação para uma outra vida. Depois, esta ideia estendeu-se também às vidas passadas e ideias como a da vida perpétua ou da transmigração das almas ou, ainda da reencarnação, passaram a ser contempladas com a finalidade última de retirar à morte o seu significado de fim absoluto (Freud, 1996b). A interpretação da morte como passagem é cuidadosamente elaborada pelas religiões e continuamente difundida e reforçada pela cultura. Poderia ser, então, esperado que a crença religiosa provocasse uma baixa forte na ansiedade de morte, pois existe a expectativa de que quem acredita em algo tem uma vida magnífica depois da morte, mas também se pode pensar o contrário, que o medo do castigo pode intensificar a ansiedade de morte entre os crentes (Kastenbaum, 2000). Esta variável pode funcionar como um amortecedor contra a ansiedade face à morte (com ideias de salvação e de imortalidade), mas também pode ser uma fonte de especial preocupação (medo da condenação). A religião oferece uma perspectiva menos ameaçadora da morte, mas apenas para aqueles que se adaptem ao padrão moral que ela impõe. Assim, a função moralizadora e reguladora dos costumes e comportamentos ganha outra interpretação. Quem não mostrar uma conduta moralmente adequada não terá direito àquilo que a religião promete, mas antes a várias formas de infelicidade e castigo. A religião propõe a todos um caminho para a aquisição da felicidade e da protecção contra o sofrimento, depreciando o valor da vida e deformando o quadro do mundo real (Freud, 1996c). Podemos considerar que a adesão à religião católica, no mundo ocidental, se deve ao baixo valor dado à vida terrena, fazendo aguentar todos os sofrimentos nesta vida, na esperança que uma melhor há-de vir. Segundo Freud (1996c), a verdadeira fonte de religiosidade trata-se de um sentimento, de uma sensação de eternidade, algo ilimitado, sem fronteiras. Uma dimensão espiritual

ou religiosa nem sempre facilita as coisas, uma vez que pode até agravar a culpabilidade, pode fazer com que as pessoas se sintam culpadas das suas doenças - “não nos podemos negar que nalguns discursos religiosos dizem que a doença é um castigo de Deus” (Hennezel, & Leloup, 2001, p. 68). Assim, outra apreensão que pode vir associada com a morte é julgar que ela vem acompanhada de um julgamento, com a ocorrência de eventuais castigos. Esta concepção está associada a pessoas que têm uma concepção religiosa da vida. Para estas, a ideia de morte relaciona-se com as ideias de inferno ou de reencarnação (Earp, 1999). Não existe uma relação simplista entre estas coisas. A crença religiosa e as práticas diferem dentro do mesmo sistema de crenças e a rede emocional é idiossincrática. Relativamente a qual religião específica que está relacionada com a ansiedade face à morte, mais uma vez, os estudos não são claros nem conclusivos. Enquanto que Mehta (in Barros, 1999) provou, num estudo intercultural, que qualquer religião ajuda a enfrentar mais serenamente a velhice, Djénare (2001) acompanhou pessoas de várias religiões - cristãos, muçulmanos, judeus e ateus - e verificou que não existiam grandes diferenças nas reacções à morte.

Na maioria dos estudos realizados, não foi obtida nenhuma relação entre as variáveis religião e ansiedade face à morte (Fortner et al., 2000; in Kastenaum, 1992; in Simões & Neto, 1994). Outros estudos, no entanto, encontraram uma relação negativa (Neimeyer & Van Brunt, in Thorson & Powell, 1990). Nos estudos de Simões e Neto (1994) e de Barros (2002) foi encontrada uma relação positiva entre a ansiedade perante a morte e religião. Segundo Barros (2002), os estudos em relação à religião não apresentam resultados conclusivos. A religião, por si só, não faz baixar a ansiedade de morte (Kastenbaum, 2000). Parece que a relação existente depende do tipo de religiosidade e do medo específico de morte.

Segundo Florian e Kravetz (1983), emerge uma conclusão da investigação referente à crença religiosa e ao medo da morte: parece que o comprometimento activo à crença religiosa e à prática religiosa tendem a reduzir a intensidade manifesta de medo da morte. A devoção religiosa tende a aumentar o sentimento de significado e a permitir uma aceitação da morte (Tomer & Eliason, 2000b). Quem mais frequenta igrejas e se descreva a si mesmo como tendo uma crença profunda apresenta significativamente valores mais baixos de ansiedade face à morte (Templer, in Thorson & Powell, 1990).

Alternativamente, a crença religiosa é predadora de baixa ansiedade de morte; no entanto os comportamentos religiosos não são.

A crença religiosa, e não o comportamento religioso, parece estar relacionada com a ansiedade face à morte em idosos. Os idosos que apresentam elevados valores de motivação religiosa intrínseca têm baixos valores de ansiedade de morte, podendo também verificar-se o contrário (Thorson & Powell, 1990). Ou seja, devido à complexidade da variável, podem encontrar-se altos valores de ansiedade face à morte em pessoas muito religiosas. Também, níveis de crença inseguros são conhecidos como estando associados com a ansiedade de morte (Kalish & Reynolds, in Coleman & O'Hanlon, 2004).

Por fim, e quanto aos idosos, a crença religiosa e o acreditar numa vida para além da morte ajudam as pessoas a enfrentar a morte, mas elas continuam vulneráveis à preocupação com uma doença terminal ou com o efeito da sua morte nos outros. Buhler (in Belsky, 1999) descobriu que as pessoas idosas religiosas diziam ter menos medo da morte do que daquilo que ocorre depois da morte, mas não estavam imunes ao terror do processo de morrer. Pargament e colaboradores (in Coleman & O'Hanlon, 2004) têm realçado os benefícios da religião nos idosos: no lidar com a sua doença, bem como com as do cônjuge, no luto e na antecipação da sua própria morte.

#### 3.3.4 - Institucionalização

Hayslip e Panek apontam para relações entre o medo da morte e a institucionalização (in Simões & Neto, 1994). É esperado, segundo Simões e Neto (1994), que os resultados dos indivíduos institucionalizados e não institucionalizados difiram, pois muitas vezes os indivíduos institucionalizados são mais carenciados do ponto de vista dos recursos materiais e os mais desprovidos do ponto de vista dos laços de parentesco, sendo também os que evidenciam maior número de perdas interiores (diminuição das capacidades, etc.) e exteriores (parentes, amigos, etc.).

Os medos face à morte são mais frequentes nas pessoas que estão em instituições do que naquelas que têm o privilégio de morrer em sua casa no meio dos seus (Berger, 1995). Estudos indicam que a ansiedade face à morte é maior em pessoas que vivem em lares ou em casas de saúde do que os que vivem em contextos mais independentes.

Assim, parece que ser institucionalizado corresponde a valores relativamente altos de ansiedade face à morte em idosos (Fortner, et al., 2000). No mesmo sentido, existem evidências que apontam para que idosos acima dos 80 anos, quando estão em casas de saúde ou lares, revelam medo da morte quando o fim da vida está por perto (Cicirelli, 2003).

Rane-Szostak e Herth (in Barros, 1999) realizaram estudos sobre a solidão na velhice e concluíram que o idoso faz experiências de abandono e precisa mais do que nunca de afecto e apoio. A pessoa confrontada com a solidão sente que não é amada, nem escutada e desvaloriza-se a si mesmo e baixa a sua auto-estima, desinteressa-se pela vida, está mais atenta ao seu sofrimento íntimo, vai-se deixando morrer aos poucos ou até mesmo atentando contra a sua própria vida.

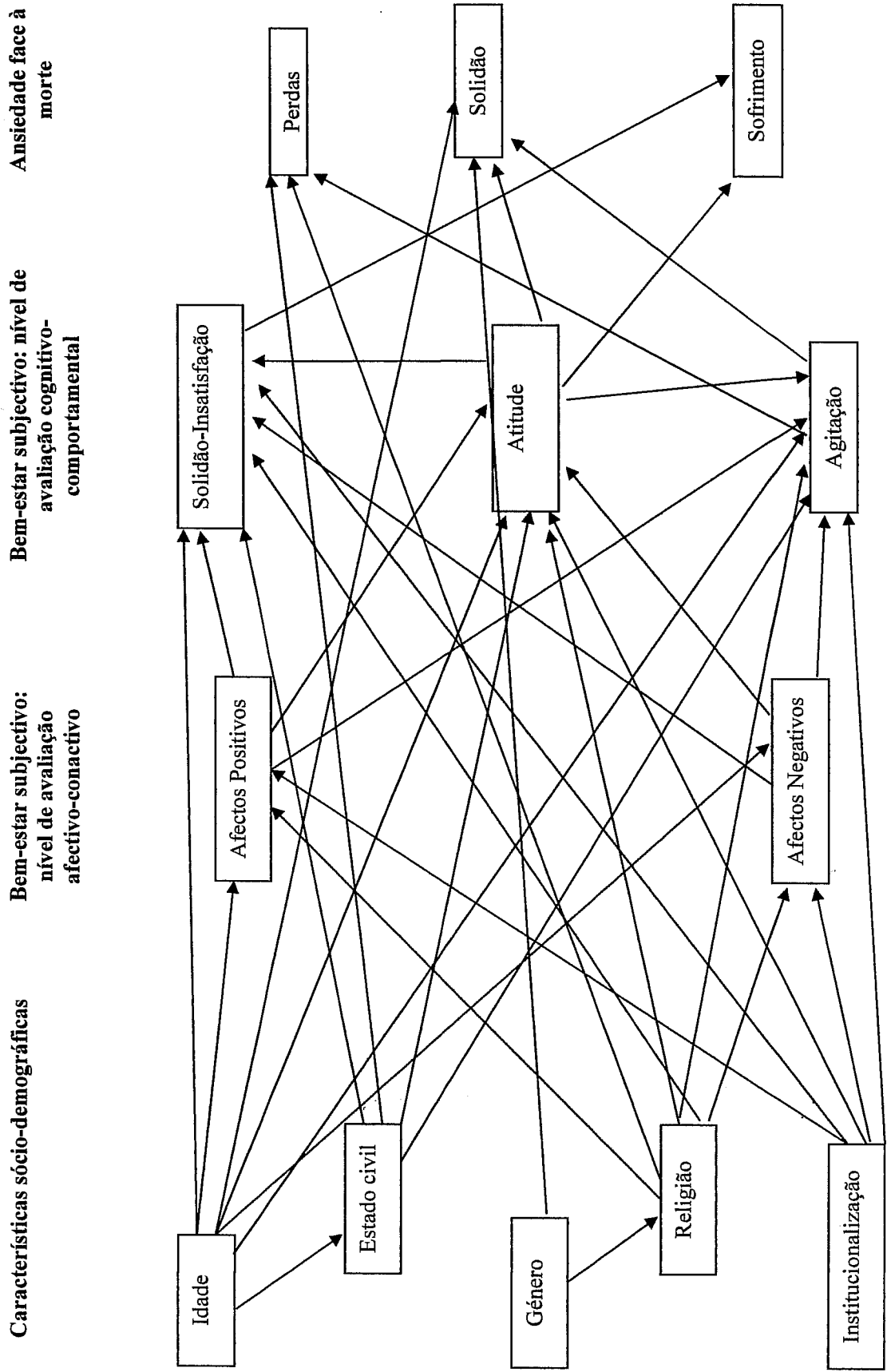
#### 4- Modelo preditor de ansiedade face à morte em idosos

Na revisão bibliográfica apresentada procurou-se sistematizar a informação produzida em termos de investigação teórica e empírica sobre: a situação dos idosos em Portugal; o envelhecimento; a terceira e quarta idades; o que caracteriza um envelhecimento com sucesso e um envelhecimento com doença associada; o bem-estar subjectivo e quais os factores que influenciam este bem-estar; e, finalmente, sobre a morte, mais concretamente sobre a ansiedade face à morte e quais os factores que a influenciam.

Esta sistematização permitiu elaborar um modelo preditor de ansiedade face à morte (Diagrama 1) e definir quais as variáveis e as trajetórias entre as mesmas que nele iriam ser contempladas.

A fundamentação da importância das variáveis sócio-demográficas como a idade (3ª e 4ª idades), género, institucionalização, estado civil (casados e não-casados) e religião (católicos e não-católicos) está fundamentada no corpo teórico deste trabalho. O mesmo acontece com o bem-estar subjectivo, com o seu nível afectivo-conactivo de avaliação (vivência de afectos positivos e negativos) (*PANAS*; Watson et al., 1988) e o seu nível cognitivo-comportamental de avaliação (atitude face ao envelhecimento do próprio, solidão-insatisfação e agitação) (*PGCMS-R*; Costa et al., 2004), e, por último, com a ansiedade face à morte (perdas, solidão e sofrimento) (*DAQ*; Santos et al., 2004).

Diagrama 1 – Modelo preditor de ansiedade face à morte em idosos



Contemplou-se a relação da variável idade com o estado civil, com o bem-estar subjectivo nos seus dois níveis de avaliação e, ainda, com a solidão na hora da morte.

A relação da idade com o estado civil (estarem casados ou não), justifica-se uma vez que se sabe que há medida que as pessoas envelhecem vão ficando frequentemente mais sujeitas à viuvez, tal como indicavam os dados do INE (2003a).

Tal como vimos, a relação da idade com o bem-estar, quer seja a nível afectivo-conactivo, quer a nível cognitivo-comportamental não é clara e definitiva. Alguns estudos apontam para níveis estáveis de afectos negativos ao longo da idade, outros indicam que os afectos negativos decrescem com a idade, e, ainda, outros que indicam que os afectos negativos aumentam na idade muito avançada (in Kunzmann et al., 2000). Já quanto aos afectos positivos, os resultados são bem diferentes: verifica-se que há uma relação negativa entre a idade e os afectos positivos. Na maioria destes estudos, foi evidente que os afectos positivos declinam consistentemente, numa tendência linear, ao longo da idade adulta e avançada (Kunzmann et al., 2000; in Isaacowitz & Smith, 2003; Pinquart & Sorensen, 2000). No entanto, alguns estudos longitudinais contrariam estas tendências. Costa e seus colaboradores (in Kunzmann et al., 2000) concluíram que não ocorria um declínio nos afectos positivos com o passar do tempo (dez anos). Noutros estudos longitudinais (in Kunzmann et al., 2000), sugeriu-se que os afectos positivos se mantinham estáveis durante a idade adulta, mas decresciam durante a idade muito avançada e avançada.

Quanto ao nível cognitivo-comportamental do bem-estar subjectivo, há evidências empíricas que sugerem que o bem-estar subjectivo é relativamente estável ao longo da idade adulta e não são visíveis decréscimos na idade muito avançada (in Kunzmann et al., 2000; Smith et al., 2001). Tal como vimos, e de acordo com o Estudo de Berlim (Smith et al., 2001), a idade não apareceu correlacionada com as experiências de afectos negativos, satisfação com a vida passada, ou com a presente. Outros investigadores consideram que em idades muito avançadas, tal como em outras idades menos avançadas, os indivíduos apresentam um elevado bem-estar (in Smith et al., 2001), ou que o envelhecer pode chegar a causar um aumento nos níveis de bem-estar subjectivo (Kunzmann et al., 2000). Isto porque se for possível envelhecer sem experimentar perdas

e acontecimentos negativos como os declínios na saúde e no funcionamento físico, pode experimentar-se um aumento nos níveis de bem-estar emocional.

Estes dados parecem indicar um paradoxo: a idade não pode ser considerada como um indicador de risco. Assim, a relação entre o bem-estar e a idade pode ser surpreendente. Pessoas há que com o aumento da idade são confrontadas com muitas perdas, podendo apresentar um declínio no seu bem-estar subjectivo, mas o envelhecer, por si só, não está associado, necessariamente, a estes declínios. Existem, ainda, outros autores que defendem haver um declínio do bem-estar subjectivo associado à idade muito avançada (in Smith et al., 2001).

As divergências nestes estudos tornam a relação entre a idade e bem-estar pouco clara. Assim, ela é contemplada no modelo para saber se os resultados reenviam para a ideia da existência de um paradoxo nos sentimentos de bem-estar; apesar das perdas inevitáveis na idade avançada, isso não faz com que o bem-estar diminua.

Quanto à relação da idade com a solidão na hora da morte, ela foi a única considerada, pois considerou-se que, atendendo às definições das variáveis da ansiedade face à morte solidão só esta teria conteúdos directamente afectados pela idade dos indivíduos. Tal como vimos, a maioria dos autores considera que a idade não tem relação com a ansiedade face à morte, globalmente considerada. Mas a preocupação com sentimentos de solidão na hora da morte, já tinha sido encontrada por Barros (1999). Neste estudo, os idosos mostraram-se menos optimistas, menos satisfeitos com a vida, com um maior sentimento de solidão e com uma mais elevada ansiedade face à morte. Vimos, também, que os mais velhos têm medo de ficar dependentes, num estado vegetativo, sem ajuda, desamparados (Stricherz & Cunnington, in Kastenbaum, 1992).

Considerou-se, no modelo, a institucionalização relacionada com o bem-estar subjectivo, contemplando o nível afectivo-conactivo e o nível cognitivo-comportamental. Espera-se que as pessoas institucionalizadas tenham níveis mais baixos de afectos positivos, uma atitude menos favorável face ao próprio envelhecimento, que sintam mais solidão-insatisfação e mais agitação, e que apresentem valores mais altos de afectos negativos. Como vimos, a institucionalização parece ser um factor de risco para o bem-estar subjectivo (Smith et al., 2001; Baltes & Wahl, in Cerrato & Trocóniz, 1998). A falta de actividades nas instituições contribui, também, para a diminuição nos

sentimentos de bem-estar, pois, para existir um envelhecimento com sucesso e um sentimento consequente de bem-estar subjectivo, é necessário que o idoso se sinta ocupado e a desempenhar vários papéis importantes na família, na sociedade e a ter actividades e contactos sociais diversificados (Barreto, 1988; Cantor & Sanderson, 1999).

Espera-se, ainda, que o género esteja associado à religião: que mais mulheres se digam católicas. Sabe-se que a associação entre o género e a religião é muito forte, pelo menos nas sociedades ocidentais (Dave & Vicent, in Coleman & O'Hanlon, 2004). Tanto nos idosos mais velhos, como nos idosos mais novos, as mulheres praticantes são em maior número do que os homens.

Quanto à relação entre o género e a ansiedade face à morte, sabe-se que existe uma tendência geral para as mulheres viverem mais tempo do que os homens, como consequência da sobremortalidade masculina, e que esta tendência também se verifica em Portugal, com uma diferença de 7 anos favorável às mulheres, que podem viver em média 79,4 anos (contra os 72,4 dos homens) (INE, 2002). Sabe-se, ainda, que as famílias constituídas só por idosos estão a aumentar (INE, 2002). Viver sozinho é muito frequente na população idosa e, particularmente, no caso das mulheres, sobretudo viúvas. Existem quatro vezes mais mulheres do que homens a viverem sozinhas (INE, 2003a; Gonçalves, 2004). Perante estes dados, não surpreende que se pense que as mulheres se preocupem com a solidão na hora da morte. Foi encontrado em muitos estudos, embora pouco conclusivos, que o género feminino apresenta mais medo da morte, particularmente em áreas específicas (Barros, 1999; Barros 2002; Fortner et al., 2000; Simões & Neto, 1994; Thorson & Powell, 1992; Vires et al., 1993).

No modelo relaciona-se a variável religião com o bem-estar, nos seus dois níveis de avaliação, esperando que ela atenua a vivência de afectos negativos e propicie a vivência de afectos positivos, e que interfira, de forma positiva, nas variáveis solidão-insatisfação (nos níveis de solidão e de insatisfação face ao ambiente e ao apoio das redes sociais) e na agitação (nas manifestações comportamentais de ansiedade). Como vimos, a religião permite aos idosos sentirem as suas vidas cheias de significado, apesar das alterações ocorridas devido ao passar dos anos (Coleman & O'Hanlon, 2004). Permite-lhes, também, continuar a exercer controlo nas suas vidas através do significado e adquirirem

paz de espírito (McFadden, in Coleman & O'Hanlon, 2004). As pessoas idosas pedem a Deus força para lidarem com os acontecimentos negativos e as actividades religiosas não-organizadas (rezar e ler textos religiosos), ou a participação em actos comunitários de culto, são recompensados pelo aumento de equilíbrio emocional e pelos sentimentos positivos que estes actos de culto fornecem. A participação nestes actos religiosos atenua os sentimentos de solidão, uma vez que permitem o sentimento de pertença à comunidade adoradora (Coleman & O'Hanlon, 2004). No entanto, apesar destas evidências, não podemos esquecer que a religião não funciona desta forma para todos e que é possível que existam padrões mais negativos de adaptação religiosa (punição, abandono ou ausência de Deus).

Contemplou-se no modelo, também, a relação entre a religião e a variável perda (preocupação e apreensão face às perdas associadas à sua morte: perdas do próprio ser, das pessoas que ama, dos projectos, etc.) da ansiedade face à morte. Sabe-se que a religião ajuda no ajustamento emocional às doenças físicas e mentais (Coleman & O'Hanlon, 2004). A religião tem o papel de tornar as coisas penosas da vida mais aceitáveis, sendo a vida futura apresentada como melhor do que a presente, atenuando, deste modo, os sentimentos de perda relacionados com a vida que vai terminar (Earp, 1999). Mais uma vez, não podemos deixar de lembrar que a religião pode funcionar como um amortecedor contra a ansiedade face à morte (com ideias de salvação e de imortalidade), mas também pode ser uma fonte de especial preocupação (medo da condenação) (Kastenbaum, 2000).

Considerou-se no modelo que o estado civil estava relacionado com o nível cognitivo-comportamental do bem-estar, esperando que as pessoas não casadas apresentem menor bem-estar. Como tínhamos visto na revisão da literatura, as pessoas casadas geralmente descrevem um sentimento de bem-estar subjectivo mais elevado do que as pessoas não casadas (in Smith et al., 2001). O estado civil foi relacionado, também, com a variável perdas da ansiedade face à morte. Espera-se que pessoas não casadas tenham valores mais elevados de preocupação com as perdas associadas à morte. Os estudos que relacionaram a ansiedade face à morte e o estado civil foram pouco conclusivos, pelo que esta relação não foi contemplada na totalidade das suas variáveis, mas apenas na particularidade das perdas.

Ainda nas relações entre as variáveis endógenas do modelo, relacionam-se os dois níveis de bem-estar subjectivo. Espera-se que eles estejam relacionados (Simões, 1992a) e que quem vivência mais afectos positivos e menos afectos negativos tenha uma melhor atitude face ao seu próprio envelhecimento, tenha um nível de satisfação elevado, sinta pouca solidão e pouca agitação. Considerou-se, ainda, que a variável atitude face ao envelhecimento do próprio estava relacionada com a agitação, a solidão-insatisfação, a solidão e o sofrimento. Assim, esperamos que uma atitude positiva face ao seu envelhecimento atenua as manifestações de agitação, de solidão-insatisfação e, ainda, de preocupação com o sofrimento e com a solidão na hora da morte. Foram incluídas, também, as relações entre a agitação e as perdas e a solidão da ansiedade face à morte. Quem manifesta mais agitação estará mais preocupado com as perdas e com a solidão na hora da morte. Considerou-se, também, que a variável solidão-insatisfação interferirá com o sofrimento na hora da morte. Pessoas que se sintam mais sozinhas e insatisfeitas têm uma maior preocupação com o sofrimento relacionado com a sua morte.

De facto, estas relações de predição foram inferidas a partir dos conteúdos específicos dos itens que constituem as variáveis, mas estas relações foram de alguma forma referidas na literatura. Pode considerar-se que, por detrás de sentimentos de bem-estar subjectivo na idade avançada, esteja uma boa atitude face ao próprio envelhecimento e um envelhecimento com sucesso, e que estes se caracterizem por: vitalidade pessoal, resistência, flexibilidade adaptativa, autonomia, capacidade de exercer controlo sobre as coisas, bom ambiente pessoal, ausência de deterioração cognitiva, independência de terceiros pessoas e de serviços de apoio para os seus funcionamentos diários (Roos & Havens, in Cerrato & Trocóniz, 1998). Assim, parece que uma atitude favorável face ao próprio envelhecimento, com a presença das características atrás referidas, condiciona a agitação e a solidão-insatisfação relacionada com a vida e, em particular, com o envelhecimento. Como vimos, as pessoas idosas necessitam de desenvolver uma atitude positiva da vida para manterem a satisfação com a vida sobretudo numa época de perdas e doenças.

Formulado o modelo teórico ou hipotético, que representa as relações entre as variáveis em jogo, houve que operacionalizar essas variáveis e testá-lo com o objectivo

de saber até que ponto ele é suportado pelos dados empíricos recolhidos junto de uma amostra de idosos.

## Parte II - Método

### 1 - Participantes

A amostra foi constituída por 145 idosos voluntários, residentes no distrito de Lisboa, com idades compreendidas entre os 65 e 98 anos ( $M = 76$ ), tendo sido seleccionada através de um processo de amostragem intencional por conveniência. A maioria dos participantes tinha menos de 80 anos (66.9%). Os participantes eram sujeitos maioritariamente do género feminino (64.8%) e minoritariamente casados (22.8%) que residiam no seu domicílio (64.1%), professavam a religião católica (89.7%) e pertenciam à posição social mais baixa (61.4%), sendo muito poucos aqueles que pertenciam à “classe superior” (2.8%), isto de acordo com a classificação de De Castro e Lima (1987) (Anexo II).

### 2 - Instrumentos

#### 2.1 - Inventário de Avaliação Clínico de Depressão (IACLIDE)

Este teste, como já foi dito, foi utilizado para permitir fazer a despistagem dos casos de depressão (Anexo III). Este inventário foi criado por Adriano Vaz Serra e apresentado ao público em 1994, apresentando como vantagens o facto de ter sido construído a partir de amostras de indivíduos portugueses e de não ser influenciado pelas diferenças de género e de idade. O IACLIDE é uma escala de auto-avaliação de tipo-*likert* que se destina a detectar a presença e a gravidade de um quadro clínico depressivo. É formado por 23 questões diferentes (Vaz Serra, 1994, 1995).

Quanto aos dados psicométricos da escala, a correlação “par/impar” revelada foi de .85 e o coeficiente de Spearman-Brown de .92, traduzindo uma boa consistência interna. O coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para todos os itens foi de .89; todos os itens da escala contribuem para a sua consistência interna. Uma análise factorial exploratória (AFE) em componentes principais (rotação varimax), extraiu 5 factores que captam 54, 24% da variância total (Vaz Serra, 1994, 1995).

A maioria das pessoas responde a este questionário entre 10 a 20 minutos. O procedimento de correcção é bastante simples e fica bastante facilitado se for utilizado o programa de computador, para uma correcção automática. O primeiro item de cada

grupo de sintomas indica sempre a “ausência de sintoma”. A última questão é a que revela maior intensidade, devendo ser pontuada com 4. Assim, cada item é cotado de 0 a 4. A nota global é a soma de todas as notas parcelares obtidas em cada grupo. Teoricamente, os valores podem ir do 0 (completa ausência de sintomas) a um máximo de 92 (todos os sintomas com a máxima intensidade). Pontuação inferior a 20 indica ausência de depressão e uma pontuação entre 20 a 34, uma depressão leve. Uma pontuação entre 35 e 52 remete para uma depressão moderada e, finalmente, uma pontuação maior ou igual a 53 para depressão grave (Vaz Serra, 1994, 1995).

## 2.2 - *Mini-Mental State – MMS*

Esta prova, como já foi mencionado, foi utilizada para permitir a despistagem de casos de demência. Foi criada por Folstein, Folstein e McHugh (in Guerreiro et al., 1994) e validada e adaptada para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores (1994) (Anexo IV). É um instrumento utilizado para detectar alterações cognitivas, sobretudo em idosos, por ser exacto, preciso, rápido e podendo ser mesmo facilmente aplicado em indivíduos acamados. A adaptação portuguesa é constituída por 30 perguntas enquadradas em seis áreas de avaliação específica: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. A cotação máxima é de 30 pontos, uma vez que cada questão vale um ponto. Sendo esta prova influenciada pela escolaridade, o resultado deve ser interpretado mediante o grau de escolaridade do sujeito. Como fronteira para a demência, consideram-se valores inferiores ou iguais a 15 para analfabetos, menor ou igual a 22 para indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade e menor ou igual a 27 para indivíduos com mais de 11 anos de escolaridade.

## 2.3 - Escala de Afectos Positivos e Negativos (*Positive and Negative Affect Schedule – PANAS*)

Um instrumento que tem sido utilizado para avaliar a satisfação com a vida passada e presente é a Escala de Afectos Positivos e Negativos – Positive and Negative Affect Schedule - *PANAS* (Watson et al., 1988) (Anexo V).

A *PANAS* foi testada em 164 estudantes do Ensino Superior. Quanto à precisão, a sua consistência interna é elevada independentemente das diferentes instruções de tempo

(hoje, há uma semana, neste momento, geralmente, no último ano): escala de afectos positivos com *alpha* de Cronbach entre .86 a .90 e escala de afectos negativos com *alpha* de Cronbach entre .84 a .87. Ambas as escalas são bem correlacionadas entre si (entre .89 e .95 de acordo com a versão temporal) e apresentam, também, a devida estabilidade para períodos superiores a dois meses. Quando usadas com as instruções de curto prazo, as escalas são sensíveis às flutuações de humor mas, no entanto, são estáveis quando são utilizadas as instruções de longo prazo. As escalas correlacionam em níveis previstos com outras medidas de constructos observados e mostram o mesmo padrão relacional com outras variáveis externas verificadas noutros estudos. Por exemplo, a escala de afectos positivos, mas não a escala de afectos negativos, diz respeito à actividade social e mostra variações significativas durante o dia, enquanto a escala de afectos negativos, mas não a de afectos positivos, está claramente relacionada com o *stress* perceptível e não revela nenhum padrão circadiano. A *PANAS* já foi traduzida e validada em diversos países: Alemanha (Krohne et al., in Terracciano et al., 2003), Espanha (Joiner et al., in Terracciano et al., 2003), Estónia (Allik & Realo, in Terracciano et al., 2003), França (Vautier & Raufaste, 2003), Itália (Terracciano et al., 2003), Rússia (Balatsky & Diener, in Terracciano et al., 2003), Suécia (Hilleras et al., in Terracciano et al., 2003), Turquia (Gencoz, in Terracciano et al., 2003). Entre nós, esta escala foi traduzida e utilizada como prova para verificação de validade concorrente de uma escala de bem-estar subjectivo (Simões, 1992a, 1992b).

Os termos da escala de afectos positivos, depois de traduzidos e adaptados para a população portuguesa, são: atento, interessado, alerta, excitado, entusiasmado, inspirado, orgulhoso, resoluto, forte e activo. Os termos da escala de afectos negativos, depois de traduzidos e adaptados para a população portuguesa, são: angustiado, chateado, hostil, irritável, amedrontado, receoso, envergonhado, culpado, nervoso e trémulo. As respostas são dadas numa escala de tipo-*likert* de 5 pontos (1 – pouco ou nada, 2 – um pouco, 3 - médio, 4 - bastante e 5 – extremamente). Esta escala não tinha sido validada para Portugal, sendo essa uma das tarefas deste trabalho.

#### 2.4 - Escala de Ânimo de Lawton - *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS)*

Para avaliar a dimensão geral de bem-estar subjectivo foi utilizada a Escala de Ânimo - *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale - PGCMS* (Lawton, 1975; Liang & Bollen, 1983; McCulloch, 1991). Lawton (1975) desenvolveu esta escala através do recurso à análise factorial exploratória. Para testar a sua consistência interna utilizou o coeficiente *alfa* de Cronbach no qual obteve, para uma amostra de 828 idosos, um *alfa* .85 para a escala total.

Paúl (1991) elaborou a versão portuguesa da escala (Anexo VI), procurando determinar as suas qualidades psicométricas. Assim, Paúl (1991) administrou a escala a uma população de 130 idosos e avaliou a sua validade através da AFE (rotação *varimax*) e consistência interna através do coeficiente de *alfa* de Cronbach, concluindo que a escala apresenta um total de 53,4 de variância e um coeficiente *Alfa* de Cronbach de .76, considerado significativo. Na tarefa de validação desta escala excluíram-se os itens 5, 13 e 17. Temos, então o factor I, solidão-insatisfação, associado a 32.1% da variância total; o factor II, atitude face ao envelhecimento do próprio, associado a 11.6% da variância total; e, o factor III, agitação, associado a 9.7%, da variância total. O total de variância associado aos três factores foi de 53.4%. A consistência interna (dada pelo *alpha* de Cronbach) para cada factor foi respectivamente: factor I = .75, factor II = .71 e para o factor III = .71. A análise das correlações das subescalas permitiu observar uma certa independência entre as subescalas utilizadas e uma correlação positiva moderada.

Posteriormente, os 14 itens que resultaram do estudo de Paúl foram tomados num novo estudo com idosos ( $N = 466$ ) onde se procedeu a análise factorial confirmatória (AFC) da escala (Costa, Diniz & Barrambana, 2004). Um dos itens da dimensão solidão-insatisfação (item 14) foi excluído, em razão dos problemas de adequabilidade que trazia para o ajustamento do modelo que definia a estrutura factorial da escala. Foi avaliada a consistência interna da escala através do *alfa* de Cronbach. Os três factores, e respectivos itens, que permaneceram na escala foram: agitação (itens 1,2,4,6 e 7) com  $\alpha = .67$ , atitude face ao envelhecimento do próprio (itens 8,9,10,11 e 12), com  $\alpha = .70$ , e, solidão-insatisfação (itens 3,5 e 13) com  $\alpha = .70$ . Assim, a escala final ficou constituída por 13 itens com um *alpha* de .80.

Verificou-se, ainda, que é adequado pensar numa estrutura quer unidimensional, quer tridimensional para avaliar o bem-estar subjectivo através da *PGCMS-R*. Os resultados sugeriram que a escala pode ser utilizada com três factores ou com um único; estes dados estão de acordo com os encontrados por Liang, Kenneth e Bollen (1983). Estes autores constataram que a *PGCMS-R* tanto pode ser unidimensional como multidimensional, dependendo do nível de abstracção. Num primeiro nível, é multidimensional e os três factores captam a covariância dos 15 indicadores observáveis. A covariação destes três factores (atitude face ao envelhecimento do próprio, agitação, solidão-insatisfação) por sua vez é associada a um factor de segunda ordem, a satisfação global com a vida. Assim, num segundo nível, a *PGCMS-R* tem uma estrutura unidimensional.

#### 2.5 - Questionário de Ansiedade Face à Morte (*DAQ*)

Este questionário foi construído originalmente por Conte, Weiner e Plutchic (1982), composto por 24 itens. O primeiro estudo de validação do *DAQ* para Portugal foi realizado por Simões e Neto (1994). Para isso os autores recorreram a estudantes universitários e idosos de ambos os géneros, institucionalizados e não institucionalizados. Através da AFE em componentes principais (rotação *varimax*), destacaram-se 3 factores: o factor 1, que remete para a ideia de perdas (perda do próprio ser, das pessoas que ama, dos projectos, etc.); o factor 2, que reflecte a ideia de sofrimento causado pela morte (sofrimento pessoal e alheio); e, o factor 3, que remete para a ideia de solidão (afastamento dos outros). A consistência interna da prova, avaliada pelo coeficiente de *alfa* de Cronbach, foi de .88.

O *DAQ* foi também estudado por Barros (1998), que recorreu a estudantes portugueses e cabo-verdianos para o validar. Neste estudo, os itens foram formulados na primeira pessoa e de forma afirmativa e não interrogativa, sendo o formato da escala de respostas do tipo-*likert* de cinco pontos, variando desde “totalmente em desacordo (absolutamente Não)” (1) até “totalmente de acordo (absolutamente Sim)” (5), com pontuação intermédia em “nem de acordo, nem em desacordo (mais ou menos)” (3). Isto ao contrário do que acontecia no original onde só se previam três modalidades de resposta: “nada” (0), “um pouco” (1) e “muito” (2). Através do recurso à AFE em

componentes principais, a prova foi considerada pelo autor como unidimensional, ficando reduzida a 11 itens (alguns dos itens tinham conteúdos idênticos ou apresentavam saturações baixas). A consistência interna da prova foi verificada através do coeficiente *alfa* de Cronbach, cujo valor foi de 0.86. Barros (1998) considera que a ansiedade face à morte é um constructo unidimensional, embora com algumas características específicas expressas pelos diversos itens do questionário, mas que não se podem considerar como pertencentes a diferentes factores. A versão de Simões e Neto (1994), readaptada por Barros (1998) encontra-se no Anexo VII.

Posteriormente foi validado para a população idosa por Santos e colaboradores (2004), com idosos (N = 345), através da AFC, e foi avaliada a consistência interna da escala através do *alfa* de Cronbach. A escala ficou constituída por três factores, qualquer deles com baixa precisão, ainda que, com um reduzido número de itens: perdas (itens 1,2,10 e 11), com  $\alpha = .67$ ; sofrimento (itens 3,4 e 6), com  $\alpha = .57$ ; e, solidão (itens 5,7,8 e 9) com  $\alpha = .57$ . A escala é constituída por 11 itens com um *alpha* total de .76. Verificou-se, neste estudo, que é adequado pensar numa estrutura quer unidimensional, quer tridimensional para avaliar a ansiedade face à morte através do *DAQ*, e que o modelo com forma de resposta aos itens tipo-*likert* de três pontos mostrou-se mais bem ajustado aos dados empíricos, quando comparado com o de cinco pontos. A versão validada da prova permite, pois, avaliar a ansiedade face à morte e as suas três facetas neste grupo populacional.

### 3 – Procedimento

A amostra foi constituída por critérios de conveniência: acesso mais facilitado e localização geográfica mais favorável. No final do processo, decidiu-se a realização de uma amostragem intencional recorrendo a informantes privilegiados para equilibrar o número de elementos do género masculino e de posições sociais mais altas.

Os dados de caracterização foram recolhidos sob uma forma de uma conversa breve, semi-directiva com incidência nos temas que estão assinalados no questionário apresentado no Anexo VIII.

A ordem pela qual as provas foram apresentadas foi sempre a mesma: questionário demográfico, *MMS*, *IACLIDE*, *DAQ*, *PANAS hoje* (como se tem sentido hoje?), *PANAS normalmente* (como se sente normalmente?) e *PGCMS*.

As provas que permitiam excluir alguns indivíduos, por não terem as condições necessárias para pertencerem à amostra (estarem deprimidos ou demenciados), foram aplicadas de início, pois evitavam estar a prosseguir com a entrevista com pessoas que iriam ser excluídas, ganhando tempo para mais entrevistas. As restantes provas seguiam essa ordem, pois julgou-se não ser adequado terminar com o questionário de ansiedade face à morte, uma vez que poderia deixar o idoso com grandes níveis de ansiedade, colocando-nos questões éticas e deontológicas. Esta bateria de provas levava em média 30 minutos de entrevista pelo que a tarefa de recolha de 145 sujeitos, mais os que posteriormente foram excluídos, se tornou bastante morosa. Foi solicitada autorização aos autores das provas para a utilização neste trabalho, dos testes e questionários que foram utilizados; no entanto, nem todos responderam aos pedidos de autorização (Anexo IX).

Foram contactados idosos em lares, centros de dias, centros de convívio e nos seus domicílios, dentro do distrito de Lisboa. Foram entrevistadas pessoas em lares privados e públicos. Nos lares privados, entrevistou-se maior proporção de pessoas mais velhas e algumas bastante debilitadas fisicamente e, nalguns casos, as entrevistas foram realizadas no próprio quarto dos utentes. É de salientar, também, que nestes lares existiam muito poucas actividades e que as pessoas passavam dias inteiros no mesmo local. Nos lares públicos, as entrevistas foram realizadas na sala de convívio, pelo que as pessoas foram triadas pelos técnicos da instituição. Entrevistaram-se pessoas relativamente mais novas e mais activas, que se podiam deslocar à sala onde elas decorreram; destas encontram-se, ainda, pessoas muito novas (perto dos 65 anos), que estavam institucionalizadas por não terem família, por serem solteiras, etc.. Nestes lares, eram visíveis mais actividades e a presença de cuidados mais especializados aos idosos. Nos centros de dia e de convívio, as pessoas eram maioritariamente mais novas (pertencentes à 3ª idade). Foram também entrevistadas pessoas nos seus domicílios e essas claramente estavam na quarta idade. Os locais de recolha eram visivelmente distintos, tipo de lares, tipo de centros de dia, tipo de actividades.

Foi sempre solicitada a autorização para a realização das entrevistas à direcção dos lares e centros (Anexo X), quando deles se tratava, ou às pessoas individualmente quando se tratavam de casos em domicílio. Antes de se realizar qualquer entrevista foi solicitada sempre a autorização individual de cada sujeito, bem como garantido o anonimato das suas respostas e agradecida a participação e colaboração, salvaguardando sempre que não haveria retro-informação acerca dos dados, uma vez que os dados não seriam trabalhados individualmente mas tomados no seu conjunto. Sempre que foi possível, tentou-se previamente seleccionar os sujeitos que estariam em condições para pertencerem ao estudo através de informações recolhidas junto dos técnicos responsáveis das instituições. Esta informação permitia ganhar tempo e não incomodar idosos que garantidamente não estariam em condições de participar (muito doentes fisicamente, demenciados ou deprimidos). De qualquer forma, e uma vez que nem sempre existiam técnicos nas instituições, eram sempre aplicados o *Mini-Mental* e IACLIDE, para permitir excluir estes casos. A exclusão era decidida de acordo com os valores normativos para a demência e os valores superiores a depressão leve.

A bateria de provas foi lida a todos os idosos, portanto hetero-administrada, conduzida na forma de entrevista. Optou-se por este procedimento pelo facto de se antever um grande número de analfabetismo e, deste modo, os procedimentos ficaram nivelados pelo nível inferior, garantindo assim a estandardização dos procedimentos. Em alguns idosos, notou-se alguma dificuldade em se situarem na escala de resposta de algumas provas, sobretudo quando esta tinha cinco formas de resposta, que acontecia na escala de ansiedade face à morte e na *PANAS*. Nestes casos, foi explicada a forma de resposta várias vezes por forma a esta ser lembrada ao longo destas provas, sendo que cada vez que o sujeito dava uma resposta afirmativa ou negativa, mas não se situava nos diferentes níveis, era interrogado directamente em que nível de resposta se situava face àquela pergunta.

A validação da Escala de Afectos Positivos e Negativos (*Positive and Negative Affect Schedule – PANAS*) teve alguns procedimentos próprios. Ela teve início com a tradução dos itens, por duas pessoas bilingues, com dupla nacionalidade portuguesa e canadiana. As traduções destas duas pessoas não convergiam em todos as palavras referentes a sentimentos e foi pedido a uma terceira pessoa, portuguesa, formada pelo

Cambridge School, para retroverter cada uma das traduções para inglês, para verificarmos qual das traduções se aproximava mais do original. Os sentimentos em que as traduções não convergiam foram: *interested* (interessado, curioso); *distressed* (afrito, angustiado); *excited* (agitado, transtornado); *upset* (chateado, transtornado); *scared* (assustado, amedrontado); *irritable* (impaciente, irritável); *alert* (alerta, vigilante); *attentive* (atento, atencioso); *active* (activo, vigoroso), *afraid* (receoso e apreensivo). Nos restantes, *strong* (forte), *guilt* (culpado), *hostile* (hostil), *enthusiastic* (entusiasmado), *proud* (orgulhoso), *ashamed* (envergonhado), *inspired* (inspirado), *determined* (resoluto), *jittery* (trémulo), *nervous* (nervoso) a tradução convergiu. Assim, chegou-se à versão que foi utilizada neste trabalho. Afectos positivos: interessado, excitado, forte, entusiasmado, orgulhoso, alerta, inspirado, resoluto, atento, activo. Afectos negativos: angustiado, chateado, culpado, amedrontado, hostil, irritável, envergonhado, nervoso, trémulo, receoso. Foram tidos cuidados especiais no processo de tradução de forma a controlar as questões de rigor metodológico para controlar as questões culturais relativas à mesma, uma vez que a prova poderia perder algumas das suas qualidades métricas com a tradução efectuada (Van de Vijver & Hambleton, 1996).

Para além das dificuldades na aplicação das provas apresentadas no procedimento geral, face ao posicionamento na escala de resposta (tipo-*likert*), surgiu ainda outra dificuldade face ao conhecimento do significado dos itens, o que causou alguma dificuldade. Muitas vezes, os idosos desconheciam o significado do adjectivo, aumentando a dificuldade de se posicionarem face à sua resposta. Foi, assim, elaborada uma folha auxiliar com uma selecção de sinónimos para alguns itens recolhidos a partir do dicionário da Porto Editora e do da Texto Editora (Anexo XI) que eram lidos a todos os sujeitos de forma a esclarecê-los e uniformizar os procedimentos.

A prova foi aplicada em duas versões de tempo: “Tem-se sentido assim hoje?, Tem-se sentido assim normalmente?”.

Para a operacionalização das variáveis temos, para as variáveis antecedentes: 1) idade: uma variável nominal dicotómica - dois grupos de idade (3ª idade, dos 65 anos até 79 anos, e 4ª idade, dos 80 anos em diante); 2) género: uma variável nominal dicotómica - masculino ou feminino; 3) institucionalização: uma variável nominal dicotómica - ou estão ou não estão institucionalizados. Em relação às variáveis consequentes considera-

se: 1) casados, uma variável nominal dicotómica (ou estão ou não estão casados); 2) religião, uma variável nominal dicotómica (católicos ou não católicos); 3) nível de avaliação afectivo-conactivo do bem-estar, medidas de afectos positivos ou negativos (*PANAS* - métrica ordinal); 4) nível de avaliação cognitivo-comportamental do bem-estar subjectivo (*PGCMS* - métrica nominal); 5) ansiedade face à morte (*DAQ* - métrica intervalar).

A variável idade foi tratada, tomando dois grupos. A 3ª idade, dos 65 anos aos 79 anos, com o valor de 1. E a 4ª idade, dos 80 anos em diante, com o valor de 2. A variável género foi operacionalizada com o número 1 para o género masculino e 2 para o género feminino. A variável estado civil foi operacionalizada em casados com 1 e não casados com 2. A variável institucionalização, com 1 para os institucionalizados e com 2 para os não-institucionalizados. Quanto à variável religião, esta foi operacionalizada com 1 para católicos e 2 para não-católicos. Os afectos positivos e negativos, o bem-estar e a ansiedade face à morte foram operacionalizados a partir das notas brutas nos itens, multiplicadas pelas respectivas cargas factoriais e, depois, calculando-se a média das notas ponderadas nos itens para cada dimensão. Da mesma forma, para a *PANAS* tomaram-se os resultados obtidos neste trabalho, para a *PGCMS* e para o *DAQ* foram tomadas os resultados obtidos nos estudos de validação com idosos (Costa et al., 2004; Santos et al., 2004, respectivamente). Na escala de bem-estar subjectivo (*PGCMS*) foi necessário proceder-se à recodificação dos resultados nos itens 9, 11 e 12 dado eles serem negativamente conotados. Quanto à variável ansiedade face à morte, as notas obtidas na escala de resposta de cinco pontos da versão de Barros (1998) foram convertidas numa escala de três pontos, uma vez que isso se tinha verificado ser mais adequado no estudo de validação da prova para idosos (Santos et al., 2004).

Após a recolha dos dados, foram utilizados os programas *SPSS 12.0 for Windows* e *LISREL8-SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993a,1993b) para efectuar as análises estatísticas deste estudo. Para a validação da *PANAS*, à semelhança do estudo de Diniz e Almeida (no prelo), realizou-se a análise da distribuição dos resultados nos itens (valores máximos e mínimos, mediana, assimetria e curtose) e foi verificado se não existiam problemas de colinearidade entre os mesmos. Dada a métrica ordinal dos itens (*likert* de 5 pontos), calculou-se a matriz de variância/covariância (adiante covariância)

assimptótica das correlações policóricas dos mesmos, que foi lida e trabalhada pelo *LISREL8-SIMPLIS*, recorrendo ao método de estimação dos mínimos quadráticos ponderados (*weighted least squares*, WLS) (Browne & Cudeck, 1993; Jöreskog, 1993; Jöreskog & Sörbom, 1993b). Recorreu-se à técnica *bootstrap* para criar as matrizes (Jöreskog & Sörbom, 1993a). Esta técnica de simulação por amostragem probabilista com reposição cria uma matriz que é a média das estimativas obtidas pelas  $n$  amostras *bootstrap* e uma matriz empírica de covariância das  $n$  estimativas *bootstrap*. No nosso caso, foram consideradas 100 amostras de 50% das observações.

Para o teste do modelo definido pela *PANAS* foram utilizados o  $\chi^2$  e o *RMSEA*. Através do  $\chi^2$  procurou-se saber se não existem diferenças, estatisticamente significativas, entre a matriz de covariância dos dados observados (da amostra), e a matriz de covariância estimada (da população). Um valor de  $\chi^2$  não significativo ( $p > .05$ ) é indicador de um bom ajustamento, isto é, que a matriz de covariância dos dados observados (da amostra) e a matriz de covariância estimada (da população) não são estatisticamente diferentes. Recorreu-se, também, ao *RMSEA* (*root mean square error of approximation*) para lidar com o problema do  $\chi^2$ , depender da dimensão da amostra e dos graus de liberdade do modelo, e para podermos apreciar acerca do erro de aproximação, discrepância, afastamento ou desajustamento, existente entre a matriz de covariância dos dados observados e a matriz de covariância não-estocástica, que representa o melhor ajustamento do modelo. Um *RMSEA*  $< .05$  traduz uma boa aproximação na população; e um *RMSEA*  $> .10$  traduz um erro de aproximação inadmissível. Existe ainda outra forma de apreciar a precisão do *RMSEA*, por meio dos resultados obtidos para o intervalo de confiança de 90%, em torno do valor e do resultado obtido para o teste da hipótese de o *RMSEA* ter uma probabilidade associada  $< .05$ . Sugere-se também que o valor de  $p$  para este teste deva ser  $> .50$ . Se este valor não se verificar, indica que o erro ou a discrepância devida à aproximação resulta do facto do modelo estar mal especificado, devendo ser reformulado ou mesmo rejeitado.

Depois, para testar o modelo predictor de ansiedade face à morte propriamente dito foi usada a análise de trajectórias (*path analysis*) com *LISREL8-SIMPLIS*, seguindo um método “estritamente confirmatório” de análise (Jöreskog, 1993). Também se recorreu

a estimação pelos mínimos quadráticos ponderados (*WLS*), uma vez que algumas variáveis consequentes deste modelo tinham menos de 15 categorias e ao *bootstrap* para criar as matrizes de covariância (com amostras de 75% das observações), bem como e aos índices  $\chi^2$  e RMSEA.

### Parte III – Resultados e sua Discussão

#### Estudo 1 – Validação factorial da *PANAS*

##### 3.1.1 – Distribuição dos resultados nos itens

Os dados foram trabalhados no *SPSS 12.0 for Windows* (Anexo XII e XIII), onde nos foi possível observar a distribuição dos resultados nos itens através da mediana, do valor máximo e mínimo, da curtose e da assimetria. Esta distribuição será apresentada em forma de tabela para a *PANAS hoje* (Tabela 1) e para a *PANAS normalmente* (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição dos resultados nos itens da *PANAS hoje*

Itens	<i>Mdn</i>	Mín.	Máx.	Assimetria	Curtose
Interessado	4	1	5	-.44	-1.00
Angustiado	1	1	5	1.46	.71
Excitado	1	1	5	2.06	3.40
Chateado	1	1	5	1.70	1.57
Forte	3	1	5	-.14	- 1.55
Culpado	1	1	5	7.21	56.20
Amedrontado	1	1	5	2.41	4.81
Hostil	1	1	5	6.38	46.15
Entusiasmado	2	1	5	.57	- .97
Orgulhoso	1	1	5	1.89	2.21
Irritável	1	1	5	2.46	5.22
Alerta	3	1	5	-.05	-1.25
Envergonhado	1	1	5	3.45	15.31
Inspirado	1	1	5	1.32	.66
Nervoso	1	1	5	1.83	2.26
Resoluto	3	1	5	-.23	- 1.30
Atento	3	1	5	-.52	-.55
Trémulo	1	1	5	2.39	4.66
Activo	3	1	5	-.05	-1.17
Receoso	1	1	5	1.31	.42

Como podemos observar através dos dados da tabela, na instrução de tempo *hoje*, os resultados eram muito extremados, quase todos os itens apresentaram problemas de mediana, de curtose e de assimetria.

Tabela 2 – Distribuição dos resultados itens da *PANAS normalmente*

Itens	<i>Mdn</i>	Min.	Máx.	Assimetria	Curtose
Interessado	4	1	5	-.88	.01
Angustiado	2	1	5	.66	-1.02
Excitado	2	1	5	.77	-.57
Chateado	2	1	5	1.01	-.15
Forte	3	1	5	-.23	-1.45
Culpado	1	1	5	4.26	20.37
Amedrontado	1	1	5	1,44	.60
Hostil	1	1	5	3.76	16.08
Entusiasmado	3	1	5	-.29	-1,01
Orgulhoso	1	1	5	1.56	1.18
Irritável	2	1	5	.25	-1.42
Alerta	3	1	5	-.43	-1.12
Envergonhado	2	1	5	1.20	.59
Inspirado	2	1	5	.62	-.87
Nervoso	3	1	5	-.18	-1,37
Resoluto	4	1	5	-.65	-.72
Atento	4	1	5	-1.04	.62
Trémulo	2	1	5	1.37	.93
Activo	3	1	5	-.25	-.87
Receoso	2	1	5	.70	-.88

Quanto ao *PANAS normalmente*, alguns itens foram eliminados por apresentarem problemas na sua distribuição. Tal como podemos ver na Tabela 2, os itens culpado; hostil e orgulhoso tinham uma mediana igual a 1 e uma assimetria e curtose não aceitáveis. Assim estes itens foram excluídos da escala pois estavam a funcionar como constantes e não como variáveis. O item amedrontado também foi excluído, apesar de apresentar um valor de curtose aceitável, uma vez que tinha uma mediana igual à

unidade e problemas de assimetria. Dados os problemas encontrados para a *PANAS* hoje, só continuamos o estudo com a *PANAS* normalmente.

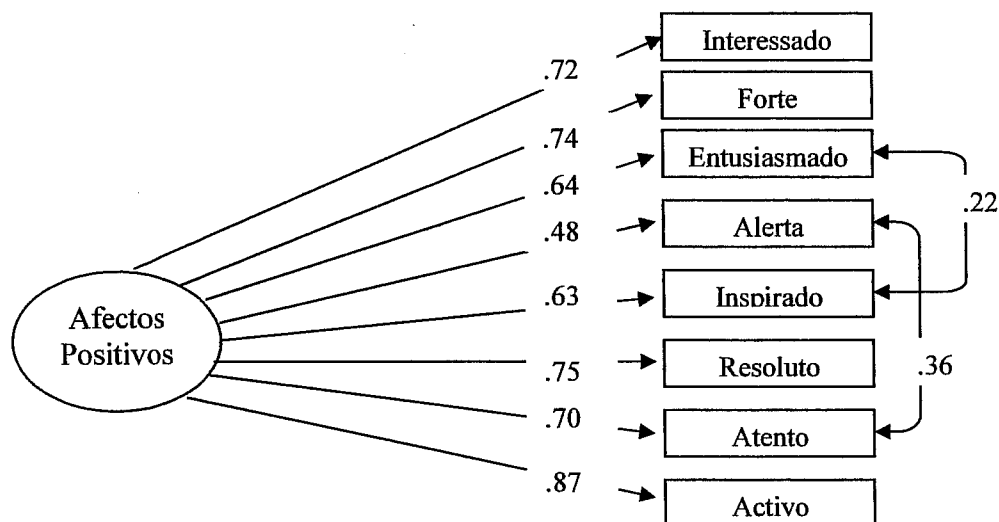
### 3.1.2 - Teste do Modelo

No teste do modelo foi tentada a abordagem análoga à de Crawford e Henry (2004), de considerar os afectos positivos e os afectos negativos como pertencentes a uma única dimensão, com os factores correlacionados, mas com independência da covariância de erro entre os itens. O modelo com duas dimensões correlacionadas, bidimensional oblíquo, não apresentou uma solução admissível, pois as matrizes não estavam positivamente definidas. Seguidamente, em alternativa, foi tentado um modelo bidimensional ortogonal, com independência entre as dimensões, que não funcionou pela mesma razão. Como hipótese, estas abordagens não tiveram sucesso uma vez que o nosso  $N$  era muito reduzido para o número de itens. Depois, tentamos separadamente testar o modelo *PANAS* positivo unidimensional (com 9 itens) e o *PANAS* negativo unidimensional (com 7 itens).

Quanto aos afectos positivos, verificámos que o modelo não estava bem ajustado [ $\chi^2$  (27,  $N = 73$ ) = 53.74,  $p = .002$ ;  $RMSEA = .12$ , intervalo de confiança de 90% = .07 ; .016;  $p$  ( $RMSEA < .05$ ) = .01], mas os índices de modificação fornecidos pelo programa apontavam para a existência de interrelações entre o erro da mensuração dos itens resoluto e excitado, entusiasmado e inspirado, alerta e atento que deveriam ser contemplados no modelo. Por isso, consideraram-se as covariâncias do erro de mensuração desses itens, o que já tinha sido contemplado noutros estudos (Crawford & Henry, 2004). De facto, estes itens, onde o erro covariava, remetiam para significações semelhantes; eles tinham conteúdos muito próximos. Entretanto, o item excitado não saturava no factor [ $\beta = -.07$ ;  $t$  (72) =  $-.66$ ;  $p > .05$ ], pelo que foi excluído. O modelo assim especificado estava bem ajustado [ $\chi^2$  (24,  $N = 73$ ) = 20.31,  $p = .68$ ;  $RMSEA = .0$ , intervalo de confiança de 90% = .0 ; .08;  $p$  ( $RMSEA < .05$ ) = .84]. Assim, o modelo de medida dos afectos positivos passou a ser constituída por 8 itens. Os resultados são apresentados no Diagrama 2 e no Anexo XIV.

Quanto ao modelo de medida dos afectos negativos, ele estava bem ajustado, conforme se pode observar no Diagrama 3 e no Anexo XV.

Diagrama 2 – Teste do Modelo de medida dos afectos positivos



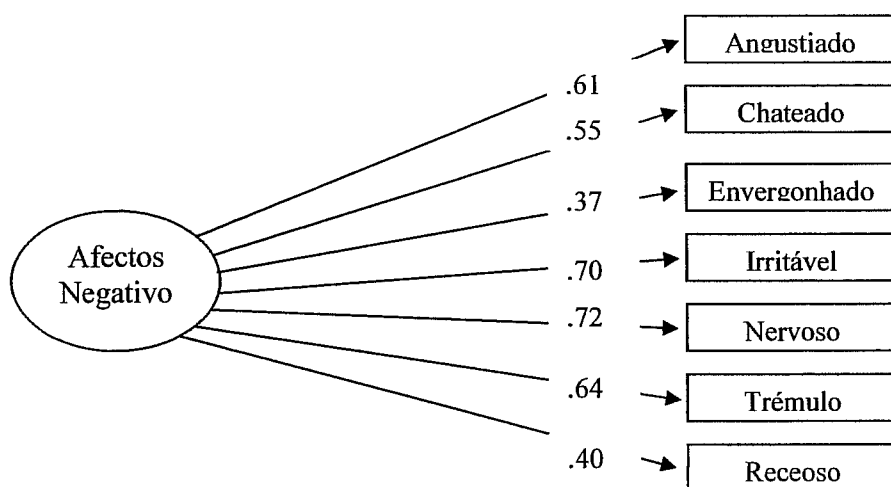
Legenda: setas de sentido único = relações de predição (cargas factoriais estandardizadas); setas de duplo sentido = relações de covariância do erro de mensuração.

$$\chi^2 (18, N = 73) = 9.59, p = .94;$$

$$RMSEA = .0, \text{ intervalo de confiança de } 90\% = .0 ; .017, p (RMSEA < .05) = .98$$

Como podemos observar a partir do Diagrama 2, os itens que são melhores indicadores dos afectos positivos são: activo e resoluto e o pior: alerta.

Diagrama 3 – Teste do Modelo de medida dos afectos negativos



Legenda: setas = relações de predição (cargas factoriais estandardizadas).

$$\chi^2 (14, N = 73) = 8.95, p = .83;$$

$$RMSEA = .0, \text{ intervalo de confiança de } 90\% = .0 ; .068, p (RMSEA < .05) = .91$$

Como podemos constatar a partir do Diagrama 3, os itens que são melhores indicadores dos afectos negativos foram o nervoso e o irritável. Os piores foram o receoso e o envergonhado.

Foi realizada a análise da consistência interna (*alpha* de Cronbach) (Anexo XVI): *PANAS* positivo ( $\alpha = .79$ ) e para o *PANAS* negativo ( $\alpha = .69$ ).

### 3.1.3 - Discussão

Validaram-se os dois modelos. No entanto, de acordo com Browne e Cudeck (1993), os resultados obtidos nestes testes de identidade dos modelos não nos permitem atestar cabalmente a sua validade. Permitem-nos apenas saber se eles são plausíveis para a abordagem do tema em questão, podendo existir outros modelos alternativos que também o sejam. Outra limitação refere-se ao facto dos modelos terem sido testados apenas junto de uma amostra pouco diferenciada em termos sócio-culturais, recolhida por conveniência e em condições específicas de aplicabilidade (hetero-administrada). O *PANAS* tem sido testado na sua forma de administração habitual (auto-administrado) e com populações mais diferenciadas. De acordo com Diniz e Almeida (no prelo), a validade dos resultados encontrados só poderia ser atestada se em outros estudos com amostras independentes (validação cruzada) os modelos se mostrassem invariantes.

A aplicação desta prova em idosos portugueses com estatutos sócio-culturais baixos levantou, muitas vezes, questões de compreensão do significado dos sentimentos, pelo que optou-se pela criação de uma folha de sinónimos, que já foi referida (Anexo XI), que ajudou na compreensão do significado dos sentimentos por parte dos mesmos. Pedir aos idosos para falarem dos seus sentimentos, para os quantificarem, não é frequente para a maioria dos idosos. A questão da quantificação, ou seja, da grelha de resposta aos itens foi outro problema que se encontrou, pois o posicionamento na grelha era difícil, eventualmente por questões de teor emocional, mas também por questões de memorização dos elementos que constituíam a própria grelha de resposta. Pelo que seria uma alternativa diminuir as opções de posicionamento nesta escala, sobretudo para pessoas idosas e, no caso particular deste estudo, pessoas já bastante idosas. Aliás, isso

já foi constatado num estudo com o *DAQ* (Santos et al., 2004), em que escalas de resposta de três pontos funcionaram melhor do que de cinco pontos.

Também dadas as características da população estudada, as instruções de tempo foram encaradas de uma forma particular. Ser idoso é, na maioria das vezes, o enfrentar um dia atrás do outro sem grandes alterações. Ser idoso resulta de um somatório muito grande de dias iguais, ainda mais se estes forem passados com limitações físicas ou fechados numa instituição sem actividades, pelo que uma entrevista destas altera o quotidiano e faz com que as respostas dadas à instrução de tempo *hoje* sejam diferentes das esperáveis. Parece que a presença do entrevistador fazia alterar a forma como se diziam sentir (ex: *hoje como estou aqui consigo, não me sinto nada nervoso, chateado? Hoje... não, estou a conversar com a menina, etc.*). Então, os idosos poderão ter mais facilidade em se situarem no normalmente (aspectos de traço) do que no hoje (aspecto de estado), pois no hoje estavam acompanhados, a serem entrevistados e isso poderá ter condicionado as respostas. Assim, verificando-se os problemas de distribuição nos itens, sobretudo na versão de tempo *hoje*, apenas foi utilizada e testada a versão da *PANAS normalmente*. Em muitos outros estudos (Chang & Sanna, 2001; Freund & Baltes, 1998; Kunzmann et al., 2000; Isaacowitz & Smith, 2003), tinham sido utilizadas indicações de tempo mais tipo traço (normalmente, no último ano, ultimamente, nos últimos 12 meses, etc.).

Além destas questões, surgiu ainda mais uma. Apesar de se terem tido em conta todos os cuidados referentes à tradução, alguns itens revelaram problemas que se podem considerar não de tradução, mas de questões culturais. As questões culturais tornam-se ainda mais evidentes quando se trata de pessoas bastante idosas, de estatuto sócio-económico baixo e de meios rurais caracterizados, muitas vezes, por um sistema de valores particularmente marcados pela rigidez e inflexibilidade de conceitos. Como se viu, a amostra embora tenha sido recolhida no distrito de Lisboa, intensificou-se em regiões rurais dos concelhos de Odivelas e Loures. Assim, os itens: amedrontado, culpado, hostil e orgulhoso apresentaram resultados que remetiam para um funcionamento como constantes, pelo que saíram da escala, e o item excitado não saturava no respectivo factor. Estes problemas provavelmente ficaram a dever-se a questões culturais e de desejabilidade social. A mesma palavra pode ter significados

diferentes para as duas línguas e remete para coisas diferentes (ex: “*proud*”, está traduzido como orgulhoso, mas em português remete para algo a evitar, quando na língua inglesa remete para amor próprio, considerado como algo positivo). Pode ser que o item estivesse mal formulado ou que a posição extremada traduzida na resposta das pessoas fosse devida a todos responderem por acharem que era assim que deviam responder. O mesmo se passava com o termo culpado. Na nossa cultura judaico-cristã, e ainda mais com a população idosa, lidar com a culpa é algo muito complicado. Além disso, estes problemas já tinham sido encontrados noutras validações de países latinos. Na versão italiana, foram encontrados problemas nos afectos negativos (*guilty, ashamed, afraid, hostile, scared, upset e distressed*), que são positivamente enviesados e/ou apresentam uma curiose excessiva (Terracciano et al., 2003). De facto, na nossa cultura religiosa mais fechada não é simples admitir ter medo, culpa, hostilidade para com os outros e ser orgulhoso. Estas explicações dadas tentam apenas ser pistas para se perceber o que se passou. Neste sentido, acresce que a equipa de tradução desta escala, após o tratamento dos resultados obtidos no estudo de validação, respondeu à escala na versão original e na versão portuguesa e constatou-se que não havia discrepâncias nas cotações.

## Estudo 2 – Teste do modelo preditor de ansiedade face à morte

### 3.2.1 – Distribuição dos resultados nas variáveis

Procedemos à análise da distribuição dos resultados nas dimensões (Anexo XVII). As variáveis não têm todas a mesma métrica, uma vez que umas são de “métrica forte” e outras de “métrica fraca” (Diniz, De Abreu & Almeida, 1999). As tabelas seguintes fazem a síntese descritiva dos resultados nas mesmas. Foi feita a investigação dos *outliers* e procedeu-se ao seu tratamento de acordo com o sugerido por Tabachnick e Fidel (2000): tomámos o valor limite da distribuição e acrescentámos uma unidade ao mesmo.

Na Tabela 3 apresentamos a distribuição dos resultados nas variáveis de métrica fraca do modelo.

Tabela 3 – Distribuição dos resultados nas variáveis de métrica fraca

Variáveis	Mínimo	Máximo	<i>Mdn</i>	Assimetria	Curtose
Sufrimento	1.00	2.02	2.02	-.90	-.50
Solidão-insatisfação	.72	1.44	1.01	.22	- 1.27

Como pode observar-se na Tabela 3, não foram encontrados problemas graves de distribuição dos resultados nas variáveis, ou seja, valores de assimetria e de curtose muito  $> |1.00|$  (desvios grosseiros face à curva normal).

Quanto à distribuição dos resultados nas variáveis de métrica forte do modelo, eles são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos resultados nas variáveis de métrica forte

Variáveis	<i>M</i>	<i>Dp</i>	Assimetria	<i>z</i>	<i>p</i>	Curtose	<i>z</i>	<i>p</i>
Atitude	1.00	.22	.64	3.02	.003	-.59	-1.91	.056
Agitação	1.01	.21	.30	1.52	.128	-.93	-4.20	.001
Perdas	1.07	.45	.82	3.72	.001	-.66	-2.33	.020
Solidão	1.11	.36	.18	.96	.339	-1.05	-5.51	.001
<i>PANAS</i> positivo	2.07	.52	-.22	-1.12	.263	-.18	-.35	.725
<i>PANAS</i> negativo	1.36	.46	.33	1.63	.103	-.45	-1.31	.191
Multivariada	---	---	2.89	1.28	.200	44.37	-2.08	.038

Como se verifica na Tabela 5, as variáveis atitude e perdas tiveram problemas de assimetria, as variáveis agitação, perdas e solidão tiveram problemas de curtose. No entanto, estes problemas de normalidade univariada não tiveram consequências na multivariada.

### 3.2.2 – Teste do modelo e seus resultados

O modelo foi testado (Anexo XVIII) e verificámos que ele estava bem ajustado aos dados empíricos. Os resultados encontrados encontram-se esquematicamente representados no Diagrama 4.

No diagrama, pode observar-se que alguns das trajectórias demonstraram ser bons preditores entre variáveis, enquanto que outros não.

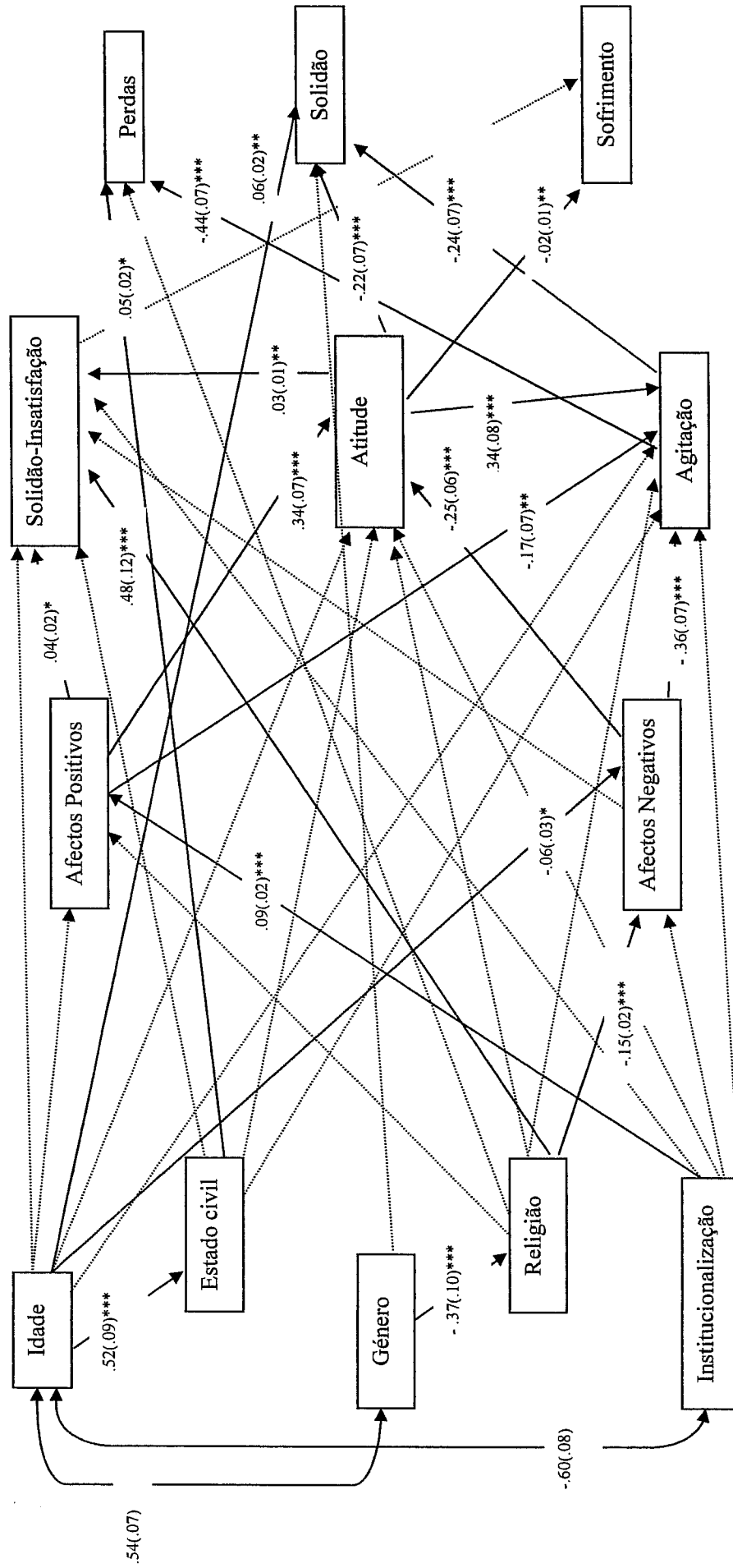
Como se observa no Diagrama 4, existem duas relações de covariância, uma, entre a idade e o género, e, outra, entre a idade e a institucionalização. Estas covariâncias reflectem um desequilíbrio na amostra apresentando o grupo da quarta idade um elevado número de sujeitos do género feminino e de institucionalizados.

Ansiedade face à morte

Bem-estar subjetivo: nível de avaliação cognitivo-comportamental

Bem-estar subjetivo: nível de avaliação afectivo-conativo

Características sócio-demográficas



Legenda: setas contínuas de sentido único = relações de predição relevantes; setas descontinuas de sentido único = relações de predição irrelevantes; setas de duplo sentido = relações de covariância

$\chi^2 (39, N = 108) = 47,79, p = .16;$   
 $RMSEA = .047$ , intervalo de confiança de 90% = .0 ; .087,  $p (RMSEA < .05) = .52$

Quanto aos efeitos totais das variáveis exógenas nas variáveis endógenas, foi encontrado que a idade era um bom preditor do estado civil [ $\beta = .52$  (.09);  $t$  (107) = 5.77;  $p < .001$ ]. Na quarta-idade existem mais pessoas não casadas (ou que nunca o foram ou que passaram a ser viúvas).

A idade mostrou predizer também a vivência de afectos negativos [ $\beta = -.06$  (.03);  $t$  (107) = -1.96;  $p > .05$ ], ainda que sendo este efeito *quasi* ou tendencialmente significativo. Este valor de  $t$  deveu-se, muito provavelmente, à dimensão da amostra. Julga-se que com uma amostra de maior dimensão esta seria uma componente relevante do modelo [ $t > 1.98$ ,  $p < .05$ ]. Esta relação de predição significa que na quarta idade a vivência de afectos negativos se atenua. A idade também foi boa preditora da solidão [ $\beta = .07$  (.02);  $t$  (107) = 3.12;  $p < .01$ ]. As pessoas que estão na quarta idade estão mais preocupadas com a solidão na hora da morte.

Entretanto, o género apresentou uma relação de predição com a religião [ $\beta = -.37$  (.10);  $t$  (107) = - 3.70;  $p < .001$ ]. As mulheres dizem-se mais católicas do que os homens. Os afectos negativos foram também bem preditos pelo género [ $\beta = .05$  (.02);  $t$  (107) = 3.01;  $p < .01$ ]. É nas mulheres que a vivência de afectos negativos surge como mais intensa. O género também surgiu como um relevante preditor para a solidão-insatisfação [ $\beta = -.18$  (.06);  $t$  (107) = - 2.86;  $p < .01$ ]. É nas mulheres que a solidão-insatisfação atinge valores mais altos. E, finalmente, o género mostrou-se ainda importante na predição da agitação [ $\beta = -.02$  (.01);  $t$  (107) = - 2.04;  $p < .05$ ]. A agitação é também mais frequente nas mulheres.

Por último, a relação entre a institucionalização e a vivência de afectos positivos foi bem predita [ $\beta = .09$  (.02);  $t$  (107) = 4.06;  $p < .001$ ]. As pessoas institucionalizadas sentem menos frequentemente afectos positivos.

Quanto aos efeitos indirectos das variáveis exógenas sobre as endógenas, o género apareceu como um bom preditor da solidão [ $\beta = .01$  (.00);  $t$  (107) = 2.02;  $p < .05$ ]. São as mulheres que estão mais preocupadas com a solidão na hora da morte; mas só se considerarmos o efeito de mediação das variáveis católicas, afectos negativos e agitação.

A institucionalização apresentou uma boa relação de predição com a atitude face ao envelhecimento do próprio [ $\beta = .04 (.01)$ ;  $t(107) = 3.15$ ;  $p < .01$ ]. Mas esta relação só é bem predita se for mediada pelos afectos negativos. As pessoas não institucionalizadas têm uma atitude mais favorável face ao seu envelhecimento.

Analisando os efeitos totais entre as variáveis endógenas, constata-se que a religião apresentou uma boa relação de predição com as três variáveis do nível cognitivo-comportamental do bem-estar subjectivo: com a solidão-insatisfação [ $\beta = .49 (.12)$ ;  $t(107) = 4.15$ ;  $p < .001$ ], com a atitude face ao envelhecimento do próprio [ $\beta = .03 (.01)$ ;  $t(107) = 2.09$ ;  $p < .05$ ] e com a agitação [ $\beta = .05 (.02)$ ;  $t(107) = 2.88$ ;  $p < .01$ ]. As pessoas católicas sentem menos solidão-insatisfação, menos agitação e têm uma atitude mais favorável face ao seu processo de envelhecimento. A religião foi também boa preditora para os afectos negativos [ $\beta = -.15 (.02)$ ;  $t(107) = -6.52$ ;  $p < .001$ ]. As pessoas católicas vivenciam mais afectos negativos. A religião foi, ainda, boa preditora para a solidão [ $\beta = -.02 (.01)$ ;  $t(107) = -2.60$ ;  $p < .01$ ]. É nas pessoas católicas que surgem mais preocupações com a solidão na hora da morte.

Já o estado civil apresentou uma boa relação de predição com a agitação [ $\beta = -.04 (.02)$ ;  $t(107) = -2.08$ ;  $p < .05$ ]. É nas pessoas que não estão casadas que existe uma maior agitação. Algumas das variáveis da ansiedade face à morte foram também bem preditas pelo estado civil: perdas [ $\beta = .07 (.03)$ ;  $t(107) = 2.64$ ;  $p < .01$ ] e solidão [ $\beta = .01 (.01)$ ;  $t(107) = 2.04$ ;  $p < .05$ ]. É nas pessoas que não estão casadas que são mais evidentes as preocupações com as perdas e com a solidão relacionadas com a morte.

Os afectos positivos foram bons preditores para a solidão-insatisfação [ $\beta = .05 (.02)$ ;  $t(107) = 2.89$ ;  $p < .01$ ] e para a atitude face ao envelhecimento do próprio [ $\beta = .34 (.07)$ ;  $t(107) = 4.82$ ;  $p < .001$ ]. Há medida que aumentam os afectos positivos diminui a atitude pouco favorável acerca do envelhecimento do próprio e os sentimentos de solidão-insatisfação. Já os afectos negativos predisseram bem a variável atitude face ao envelhecimento do próprio [ $\beta = -.25 (.06)$ ;  $t(107) = -4.07$ ;  $p < .001$ ] e agitação [ $\beta = -.44 (.08)$ ;  $t(107) = -5.82$ ;  $p < .001$ ]. Há medida que aumentam os afectos negativos, aumenta também a atitude pouco favorável acerca do envelhecimento e a agitação. Os afectos negativos foram, ainda, bons preditores para as perdas [ $\beta = .19 (.04)$ ;  $t(107) =$

4.53;  $p < .001$ ] e para a solidão [ $\beta = .16 (.04)$ ;  $t(107) = 4.15$ ;  $p < .001$ ]. Há medida que aumentam os afectos negativos, aumentam as preocupações com as perdas e a solidão na hora da morte.

A variável atitude face ao envelhecimento do próprio foi boa preditora da agitação [ $\beta = .34 (.08)$ ;  $t(107) = 4.43$ ;  $p < .001$ ] e da solidão-insatisfação [ $\beta = .03 (.01)$ ;  $t(107) = 2.47$ ;  $p < .01$ ]. Uma atitude favorável face ao seu processo de envelhecimento atenua a agitação e a solidão-insatisfação. A atitude face ao envelhecimento do próprio foi, ainda, boa preditora das três variáveis da ansiedade face à morte: perdas [ $\beta = -.15 (.04)$ ;  $t(107) = -3.83$ ;  $p < .001$ ], sofrimento [ $\beta = -.15 (.04)$ ;  $t(107) = -3.83$ ;  $p < .001$ ] e solidão [ $\beta = -.31 (.07)$ ;  $t(107) = -4.59$ ;  $p < .001$ ]. Uma atitude favorável face ao seu processo de envelhecimento atenua as preocupações face à morte, concretamente com as perdas, com a solidão e com o sofrimento na hora da morte.

Por último, a variável perdas foi bem predita pela agitação [ $\beta = -.44 (.07)$ ;  $t(107) = -6.56$ ;  $p < .001$ ], bem como a solidão [ $\beta = -.24 (.07)$ ;  $t(107) = -3.55$ ;  $p < .001$ ]. A agitação aumenta as preocupações com as perdas e com a solidão na hora da morte.

Quanto à análise das relações indirectas entre as variáveis endógenas, verifica-se que a relação de predição da religião com a agitação é relevante [ $\beta = .07 (.01)$ ;  $t(107) = 4.54$ ;  $p < .001$ ], quando mediada pelos afectos negativos. Ser católico atenua a agitação. A religião surgiu como boa preditora das perdas [ $\beta = -.02 (.01)$ ;  $t(107) = -2.71$ ;  $p < .01$ ]. Mais uma vez, esta relação só foi bem predita quando indirecta, mediada pela agitação. As pessoas católicas estão mais preocupadas com as perdas relacionadas com a morte.

Os afectos negativos apresentam uma relação de predição indirecta com a agitação [ $\beta = -.08 (.03)$ ;  $t(107) = -3.21$ ;  $p < .001$ ], sendo que esta relação é mediada pela variável atitude face ao envelhecimento do próprio. Entretanto, constou-se que esta relação amplificou a relação directa entre essas variáveis (vd. Diagrama 4). Quanto mais afectos negativos mais agitação. A solidão-insatisfação também foi predita, indirectamente, pelos afectos negativos [ $\beta = -.01 (.00)$ ;  $t(107) = -2.67$ ;  $p < .01$ ]. Esta relação indirecta foi mediada pela variável atitude face ao envelhecimento do próprio. Há medida que aumentam os afectos negativos, aumentam os sentimentos de solidão-

insatisfação. Já os afectos positivos aparecem como preditores indirectos da agitação, mediados pela atitude [ $\beta = .12 (.04)$ ;  $t(107) = 3.12$ ;  $p < .01$ ]. Mas, esta relação mitiga o efeito directo (vd. Diagrama 4). Quanto mais afectos positivos, mais agitação.

A atitude face ao envelhecimento do próprio prediz indirectamente a preocupação com as perdas [ $\beta = -.15 (.04)$ ;  $t(107) = -3.83$ ;  $p < .001$ ], sendo esta relação mediada pela agitação. Uma atitude pouco favorável do próprio envelhecimento prediz uma maior preocupação com as perdas. A atitude face ao envelhecimento do próprio aparece ainda indirectamente relacionadas com a solidão [ $\beta = -.08 (.03)$ ;  $t(107) = -3.14$ ;  $p < .01$ ], sendo esta relação mediada pela agitação. Este efeito indirecto amplifica o efeito directo (vd. Diagrama 4). O modo como é encarado o processo pessoal de envelhecer influencia a solidão relacionada com a morte.

Quanto à quantidade de variância das variáveis critério ( $R^2$ ) bem predita no modelo, temos: para os afectos negativos  $R^2 = .02$ ; para os afectos positivos  $R^2 = .01$ ; para a solidão-insatisfação  $R^2 = .33$ ; para a agitação  $R^2 = .31$ ; para a atitude  $R^2 = .18$ ; para as perdas  $R^2 = .18$ ; para a solidão  $R^2 = .15$ , e, finalmente, para o sofrimento  $R^2 = .00$ .

### 3.2.3 – Discussão

Validou-se o modelo de ansiedade face à morte em idosos não deprimidos e não demenciados. No entanto de acordo com Browne e Cudeck (1993), os resultados obtidos nos testes de identidade dos modelos não permitem atestar a sua validade. Permitem apenas saber se eles são plausíveis para a abordagem do tema em questão, podendo existir outros modelos alternativos que também o sejam. Note-se que no caso do modelo aqui testado, por exemplo, se verificou a existência de muitas trajectórias irrelevantes, o que questiona a sua parcimiosidade para descrever o fenómeno em análise. Outra limitação refere-se ao facto dos modelos terem sido testados apenas junto de uma amostra recolhida por conveniência, e em condições específicas de aplicabilidade dos instrumentos de recolha de dados (hetero-administrada). Conforme referem Diniz e Almeida (no prelo), a generalização dos resultados obtidos só poderia ser atestada se

eles se mostrarem invariantes em amostras independentes (validação cruzada). Com estas reservas em mente, passa-se à discussão das relações relevantes do modelo.

O estado civil não se revelou importante para mediar as relações entre a idade e as variáveis pertencentes ao nível de avaliação cognitivo-comportamental do bem-estar subjectivo. Ser-se não casado não potencia o efeito da idade (3ª vs 4ª idade) sobre estas variáveis.

Não havendo nenhuma relação entre a idade e o nível cognitivo-comportamental do bem-estar, elas apenas se verificaram no nível de avaliação afectivo-conactiva do mesmo.

No nosso estudo, constatamos que na idade muito avançada, a vivência de afectos negativos atenua-se, tal como tinha sido descrito pela literatura (in Kunzmann et al., 2000), mas a magnitude do efeito encontrado foi somente *quasi* ou tendencialmente significativa. Já tínhamos visto na literatura que existem evidências empíricas que sugerem que o bem-estar subjectivo é relativamente estável ao longo da idade adulta e não são visíveis decréscimos na idade muito avançada (in Kunzmann et al., 2000; Smith et al., 1990). Mesmo no Estudo de Berlim (Smith et al., 2001), a relação entre a satisfação com a vida futura esperada e a experiências de emoções positivas, a partir dos 70 anos, mostrou-se significativa, mas com uma correlação com a idade relativamente pequena para o bem-estar. Assim, parece que os dados deste estudo vão de encontro com o paradoxo do bem-estar subjectivo na idade avançada (in Kunzmann et al., 2000).

Quanto ao género, mais mulheres idosas do que homens diziam-se católicas no nosso estudo. Na literatura ficou claro que era forte a associação entre o género e a religião, pelo menos nas sociedades ocidentais (Dave & Vicent, in Coleman & O'Hanlon, 2004). Também os afectos negativos foram, no nosso estudo, mais frequentes nas mulheres idosas, tal como tinha sido referido na literatura por Pinquart e Sorensen (2000), bem como no Estudo de Berlim (Smith & Baltes, 1998). Por fim, a solidão-insatisfação e a agitação foram mais acentuadas nas mulheres idosas no nosso estudo, e também isto vai de encontro com o Estudo de Berlim (in Smith et al., 2001).

Quanto à institucionalização, as idosas que estão institucionalizadas sentem menos frequentemente afectos positivos; de facto, a institucionalização já tinha sido considerada como um factor de risco (Smith et al., 2001; Baltes & Wahl, in Cerrato &

Trocóniz, 1998), e isso também aconteceu no nosso estudo. No entanto, não apareceu uma relação de predição entre a institucionalização e os afectos negativos. Durante a realização deste estudo constatou-se que, muitas vezes, o estar institucionalizado era visto como uma alternativa possível mas não a mais desejada, mas nem todos os casos eram assim. O estar no lar, para alguns, que teriam passado muitas necessidades permitia um envelhecer tranquilo e com condições que nunca tiveram. Os resultados nesta variável não nos permitem, pois, fazer grandes extrapolações, uma vez que ela podia ter sido operacionalizada de uma forma mais fina: não foram recolhidos dados acerca da satisfação com a instituição, tipo de instituição, a presença de actividades, etc. No mesmo sentido do anteriormente referido, os idosos que estão institucionalizados mostraram ter uma atitude menos favorável acerca do seu envelhecimento, mas esta relação só se verificou quando mediada pelos afectos negativos.

Quanto à religião, ela esteve relacionada com o nível cognitivo-comportamental do bem-estar, favorável aos católicos. De facto, sabe-se que a participação em serviços religiosos é recompensado pelo aumento de equilíbrio emocional, induzindo um sentimento positivo e que o suporte religioso favorece o bem-estar mesmo em pessoas que possam estar expostas a altos níveis de *stress* (Coleman & O'Hanlon, 2004). Como vimos, a adaptação à idade avançada é enquadrada pelo aumento da aceitação de produtos religiosos. No entanto, foi nas pessoas católicas que foram mais evidentes os afectos negativos. Tal como tínhamos visto, a religião também pode funcionar como medo de punição, de abandono ou ausência de Deus (Coleman & O'Hanlon, 2004), tornando-se uma fonte de especial preocupação (medo da condenação) (Kastenbaum, 2000).

Quanto às relações entre os dois níveis de avaliação do bem-estar, uma maior vivência de afectos positivos faz melhorar a atitude face ao envelhecimento do próprio e o sentimento de solidão-insatisfação com a vida. Contudo, com a agitação a relação é inversa; quanto maior a vivência de afectos positivos mais manifestações existem de agitação. Já para os afectos negativos, quando estes aumentavam, aumentavam também a atitude pouco favorável acerca do envelhecimento do próprio, os sentimentos de solidão-insatisfação e os comportamentos de agitação. Tomados no seu conjunto, estes

resultados remetem para a congruência entre os dois níveis de avaliação do bem-estar (Simões 1992a, 1992b).

Quanto à variável solidão, ela foi bem predita pela idade, género, religião, estado civil, afectos negativos, agitação e pela atitude face ao envelhecimento do próprio. As pessoas na quarta idade estavam mais preocupadas com a solidão na hora da morte. Tal como Barros (1999), constou-se que os idosos mais velhos manifestam um maior sentimento de solidão. O medo de ficarem dependentes, sem ajuda, desamparados, é muito elevado nestas idades avançadas (Stricherz & Cunnington, in Kastenbaum, 1992). Na formulação do problema tinha sido colocada a hipótese deste sentimento de solidão na hora da morte poder estar também relacionado com os sentimentos de solidão mais gerais. Sabe-se que na amostra muitos dos idosos mais velhos estavam institucionalizados, algo privados de contactos sociais, mais isolados, sentindo-se mais sozinhos. E quem se sente sozinho e desacompanhado em vida, também terá medo de morrer sozinho, desamparado, de se encontrar sozinho na hora da morte. Entretanto, foram as mulheres que mostraram estar mais preocupadas com a solidão na hora da morte. Alguns autores (Barros, 1999; Lester, in Barros 2002; Templer et al., in Barros 2002; Simões & Neto, 1994; Neimeyer & Fortner, in Fortner et al., 2000; Pollack, in Vries et al., 1993; Thorson & Powell, 1992) apontam para que o género feminino tem mais medo da morte, pensando-se que esta característica pode corresponder a uma idiosincrasia feminina. Neste estudo, mais mulheres do que homens eram não casados, pelo que se encontram mais sozinhas, estando também mais preocupadas com o facto de poderem morrer sem terem ninguém a seu lado. De salientar que esta relação só se verifica quando mediada pela religião, pelos afectos negativos e pela agitação. No entanto, a religião não funciona como atenuante para as preocupações com a solidão na hora da morte. De facto, foi nas pessoas católicas que surgiu maior preocupação com a solidão. A crença religiosa e o acreditar numa vida para além da morte pode ajudar a enfrentar a morte, mas continuam a existir preocupações específicas relacionadas com a morte, como o morrer sozinho. Já Buhler (in Belsky, 1999) havia referido que as pessoas religiosas diziam ter menos medo da morte, pelo que ocorre depois da morte, mas não estavam imunes ao terror do processo de morrer. De facto, estes resultados parecem contraditórios, a religião parece ajudar a contribuir para o bem-estar, para atenuar alguns

receios relacionados com a morte mas não todos. Podia-se esperar que a crença religiosa provocasse uma baixa forte na ansiedade de morte, pois existe a expectativa de que quem acredita em algo tem menos medo porque espera ter uma vida magnífica depois da morte, mas também pode acontecer o contrário: que medo do castigo intensifique a ansiedade de morte (Kastenbaum, 2000).

Continuando com os preditores da solidão, é nas pessoas que não estão casadas que é mais evidente a preocupação com a solidão na hora da morte. Sabia-se que era nas pessoas viúvas que existiam diferenças na depressividade, nos sentimentos de solidão e no bem-estar (Smith & Baltes, 1998) e que a descontinuidade da vida familiar tinha efeitos adversos na satisfação com a vida (Rudinger & Thomae, 1990). Talvez por isso, as pessoas que não estão casadas, ou porque nunca o foram ou por perderam o cônjuge, têm mais sentimentos relacionados com a solidão na hora da morte. Constatámos, neste estudo, que quando aumentavam os afectos negativos aumentavam também as preocupações com a solidão relacionadas com a morte. Quando a esfera de afectos negativos domina, dominam também as preocupações várias dos idosos com o envelhecimento e também com a proximidade da morte; se irão ter alguém a seu lado. Mas uma atitude favorável face ao envelhecimento do próprio atenua o medo de se encontrarem sozinhos na hora da morte e a presença de agitação acentua as suas preocupações com a solidão na hora da morte. Era descrito na literatura que o encarar da morte seria mais uma etapa da vida. Pessoas que estejam a encarar de uma forma adequada o seu envelhecimento, também iriam encarar a morte como fazendo parte do seu percurso, não manifestando agitação e ansiedades específicas relacionadas com o tema da morte. Uma velhice bem integrada permite aos idosos ter a capacidade de se acomodarem com a ideia de finitude. Parece, pois, que a ansiedade de morte está mais relacionada com o ajustamento da personalidade ao ambiente e com o sentimento de bem-estar (Barros & Neto, 2004; Conte et al., 1982) e que quem tem altos níveis de ansiedade de morte vive mais abatido e menos satisfeito com a vida (White & Handal, in Barros & Neto, 2004).

Quanto à variável perdas, ela foi predita pelo estado civil, religião, afectos negativos, agitação e pela atitude face ao envelhecimento do próprio. Tal como para a solidão, foram os idosos que não estão casados que apresentavam maior preocupação

com as perdas na hora da morte. Foi também nas pessoas católicas que surgiu maior preocupação com as perdas. Tal como se tinha visto, apesar de católicos continuam a poder existir preocupações específicas relacionadas com a morte, no caso o que se perde com a morte.

Entretanto, quando aumentava a vivência de afectos negativos, aumentavam também as preocupações com as perdas relacionadas com a morte. Contudo, uma atitude favorável face ao envelhecimento do próprio atenua as preocupações com as perdas na hora da morte, contribuindo para isso o facto de quando a agitação é menor também o serão as preocupações com as perdas na hora da morte.

Quanto à variável sofrimento, ela apenas foi bem predita pela variável atitude. De facto, ficou clara a importância da variável atitude face ao envelhecimento do próprio, uma vez que condiciona todas as variáveis da ansiedade face à morte (solidão, perdas e sofrimento). Pode-se dizer que o que mais condiciona a ansiedade face à morte será a atitude que se tem face ao envelhecer do próprio.

Assim, verifica-se que o núcleo mais relevante do modelo se situa entre o nível afectivo-conactivo e o nível cognitivo-comportamental do bem-estar, uma vez que as variáveis endógenas apresentam mais relações de predição relevantes com as variáveis dos dois níveis de bem-estar subjectivo do que com as variáveis da ansiedade face à morte. As relações de predição com as variáveis de ansiedade face à morte para serem relevantes dependem, na maioria das vezes, da mediação das variáveis dos dois níveis do bem-estar subjectivo. Entretanto, na ansiedade face à morte as variáveis perdas e solidão revelaram ser mais bem preditas do que o sofrimento. Quanto ao nível cognitivo-comportamental do bem-estar subjectivo, as variáveis solidão-insatisfação, agitação revelaram ser mais bem preditas do que a atitude. Quanto ao nível afectivo-conactivo do bem-estar subjectivo, a variável afectos negativos revelou ser mais bem predita do que os afectos positivos.

Uma vez que a variável institucionalização e a variável religião foram operacionalizadas de uma forma pouco fina, sugere-se que de futuro sejam tidas em consideração de uma forma mais cuidada. Quanto à institucionalização seria desejável que se tivesse tido em conta o tipo de institucionalização: se tinham actividades, se tinham visitas, qual o grau de satisfação com a instituição (in Cerrato & Trocóniz, 1998;

in Coleman & O'Hanlon, 2004). Quanto à religião, seria de tomar a sua operacionalização através do recurso instrumentos apropriados, por exemplo, para apreciar acerca da intensidade da fé religiosa (Plante, Vallaey, Sherman, & Wallston, 2002; Storch, et al., 2004).

Salienta-se a importância da variável personalidade, que apesar de não ter sido contemplada neste estudo apresentou-se como relevante em muitos outros estudos (Diener & Lucas, 1999; Isaacowitz & Smith, 2003).

Mais uma vez, salienta-se a importância das variáveis saúde física (Cerrato & Trocóniz, 1998; Coleman & O'Hanlon, 2004; Kunzmann et al., 2000) e estatuto sócio-económico (Cerrato & Trocóniz, 1998; Pinquart & Sorensen, 2000; Rudinger & Thomae, 1990). Assim, parece que em estudos futuros, estas não foram controladas neste estudo.

#### Parte IV – Conclusão

Quanto ao primeiro estudo, de validação factorial da *PANAS*, podemos dizer que os modelos de medida foram testados e demonstraram estar bem ajustados. No entanto, surgiram algumas limitações devido ao tipo de amostra que este estudo compreende. O facto da nossa amostra ser constituída por idosos, e particularmente idosos que pertenciam a posições sociais pouco diferenciadas, trouxe, como vimos, limitações ao nível da auto-administração da prova, passando esta a ser hetero-administrada. Isto teve consequências ao nível da compreensão dos significados dos itens, ao nível da compreensão da grelha de resposta e, também, ao nível do desempenho da versão *PANAS hoje*. Finalmente, houve limitações de nível cultural, ligadas à tradução da prova apesar dos cuidados tidos com a mesma (Van de Vijver & Hambleton, 1996).

Quanto ao segundo estudo, teste do modelo preditor de ansiedade face à morte em idosos, podemos dizer que muitos dos resultados deste estudo foram de encontro aos do Estudo de Berlim (Smith et al., 2001) quanto ao bem-estar subjectivo. Não houve nenhuma relação entre a idade e o nível de avaliação cognitivo-comportamental do bem-estar subjectivo, elas apenas se verificaram no nível de avaliação afectivo-conectiva do mesmo. Tal como se tinha visto na literatura, existem evidências empíricas que sugerem que o bem-estar subjectivo é relativamente estável ao longo da idade adulta e não são visíveis decréscimos na idade muito avançada (in Kunzmann et al., 2000; Smith et al., 1990). Assim, parece que os dados deste estudo vão de encontro com o paradoxo do bem-estar subjectivo na idade avançada (in Kunzmann et al., 2000). Os dados referentes à ansiedade face à morte vão também de encontro com alguns dos estudos apresentados, estudos esses, que argumentam que a morte é apenas mais uma etapa da vida e que será encarada pelo próprio como as outras fases de desenvolvimento anteriores (Fishman, 1992; Leff, 1999).

Como se viu, a idade apenas esteve associada às variáveis estado civil, género e institucionalização, tal como era indicado pelos dados demográficos da população portuguesa e da amostra: existem mais mulheres idosas do que homens, estas estão fundamentalmente viúvas e quanto mais idosas as pessoas estão mais aumenta a possibilidade de serem institucionalizadas. A idade não esteve directamente associada à generalidade das variáveis tomadas para o bem-estar subjectivo e para a ansiedade face à

morte, mas apenas aos afectos negativos e à variável solidão na hora da morte. A idade, por si só, não influencia o bem-estar subjectivo, nem a ansiedade face à morte, podendo-se considerar que os factores de risco para o bem-estar subjectivo serão mais a doença e as limitações físicas normalmente associadas à idade, variáveis não consideradas no modelo. Kunzmann e seus colaboradores (2000) defendem que, uma vez controlados os efeitos desfavoráveis de um pobre funcionamento físico, a idade está associada a um elevado índice de afectos positivos e a um abaixamento dos negativos. Se fosse possível envelhecer sem ter de enfrentar problemas de saúde, melhoráramos o sentimento de bem-estar subjectivo à medida que ganhávamos mais competência emocional (Kunzmann et al., 2000). Assim, o verdadeiro problema da idade avançada é a fragilidade da saúde física, pois ela condiciona as interações dos idosos com o mundo externo, tal como estar com os amigos ou participar em actividades de prazer, comprometendo as auto-avaliações do próprio (Lawton, in Kunzmann et al., 2000; Marsiske et al., in Kunzmann et al., 2000; Herzog, Markus, Franks & Holmberg, 1998).

Já o género, tal como tinha sido encontrado também noutros estudos, interfere na vivência de afectos negativos, nos sentimentos de solidão-insatisfação, nos comportamentos de agitação e na preocupação com a solidão na hora da morte. De facto, as mulheres são mais vulneráveis a estes sentimentos negativos referentes ao bem-estar. Tal como foi descrito na literatura, pode-se pensar se estas diferenças de género se devem a modelos de desenvolvimento e estilos de vida diferentes em homens ou mulheres (Smith & Baltes, 1998), ou se apenas as mulheres têm mais à vontade para abordar temas menos bons, enquanto que os homens respondem mais defensivamente e de acordo com a desejabilidade social (Berger, 1995).

O estado civil contribuiu para as perdas, agitação e solidão na hora da morte. De facto, ficar viúvo e sozinho numa etapa da vida com tantas necessidades específicas aumenta a vivência destes sentimentos. No caso específico da população portuguesa (INE, 2003a), e tal como se viu neste estudo, os viúvos eram maioritariamente do género feminino, pelo que melhor se compreende a relação das mulheres com afectos mais negativos referentes à morte e ao bem-estar.

A institucionalização apareceu, como era esperado, como um factor de risco para a vivência de afectos positivos e para uma atitude favorável face ao próprio

envelhecimento (Smith et al., 2001; Cerrato & Trocóniz, 1998). A institucionalização pode aparecer como uma boa hipótese para a família e nalguns casos de doença com necessidades de cuidados específicos, mas o dia-a-dia numa instituição empobrece as esperanças e dá a sensação aos próprios de que a vida parou, que nada mais há a fazer senão esperar a morte.

Quanto à religião, como se viu, ela é controversa, uma vez que atenua alguns sentimentos negativos e algumas preocupações relacionadas com a morte, contribuindo para o bem-estar subjectivo, tal como referem vários autores (Coleman & O'Hanlon, 2004), mas isto nem sempre se verifica dada a idiosincrasia da crença religiosa (Coleman & O'Hanlon, 2004; Kastenbaum, 2000).

Finalmente, dado a posição no modelo, era previsível que o nível afectivo-conactivo do bem-estar subjectivo influenciasse o nível cognitivo-comportamental. Os afectos positivos predizem uma melhor atitude face ao envelhecimento do próprio, menos agitação, solidão e insatisfação face ao envelhecimento; já os afectos negativos, para além de predizerem o nível cognitivo-comportamental, predizem também a preocupação com o que se perde com a chegada da morte. De facto, o modo como é encarado o envelhecimento pelo próprio, influencia outras variáveis como a solidão-insatisfação, a solidão na hora da morte, as perdas e o sofrimento na hora da morte. A agitação está presente como antecedente quando as preocupações com a morte são elevadas. Assim, fica claro que as preocupações com a morte têm mais relação com a forma como o envelhecimento é encarado, como o fim da vida é encarado, do que com qualquer outra variável. É aqui que a importância de um envelhecer com sucesso se evidencia, pois ele condiciona o bem-estar da idade avançada e o encarar da morte (Freund & Baltes, 1998, 1999).

Uma das melhores estratégias para alcançar o sucesso no envelhecimento é compreender que este estado de idade avançada é a continuação da vida que se teve antes - esta é a sabedoria de quem já viveu muito. Podemos aprender muito com estes indivíduos, que estão idosos mas saudáveis, e que souberam encarar as vicissitudes da vida de frente. Eles têm conhecimento de como envelhecer com sucesso e estão em posição de transmitir esse importante conhecimento. O desenvolvimento progressivo destas competências ao longo da vida alarga o seu repertório de capacidades, mostrando-

lhes como seleccionar alternativas através de um extenso leque de possibilidades, quando surgem as perdas na idade avançada (Cerrato & Trocóniz, 1998). As políticas deviam promover aos cidadãos idosos conforto e saúde, autonomia e independência, reduzindo as ameaças ao seu bem-estar (Cerrato & Trocóniz, 1998).

Como se podia esperar, abordar o tema da morte em pessoas idosas não é fácil. Muitas das pessoas que participaram neste estudo eram muito idosas, sendo que nalgumas estavam já visíveis as marcas da idade e muitas estavam institucionalizadas. De facto, muitos pareciam estar apenas à espera da morte, encontrando-se nos lares, sem qualquer actividade. Algumas entrevistas realizadas ficaram a meio, pois era impossível para as pessoas abordarem o tema da morte; outras seguiram o decurso da entrevista, mas visivelmente emocionadas. Outras, ainda, respondiam mas fugindo francamente das questões, ou visivelmente respondiam sem que a sua resposta estivesse de acordo com o seu estado emocional, francamente alterado pelo tema: afirmavam não se preocupar com a morte quando nem falar sobre ela conseguiam. Existiram, no entanto, casos em que a entrevista foi muito bem recebida, em que aproveitavam a presença do entrevistador para falarem de si, falando de muitas coisas, elevando o tempo da entrevista para o dobro. Esta foi uma das razões pelas quais não se fizeram mais entrevistas. O tempo previsto para cada entrevista não se verificou na prática, pois era notória a necessidade que alguns idosos tinham de falar de si, de contarem as suas vidas, de reviver o seu passado, arrumando o seu presente.

Dadas as vicissitudes da população estudada, como se viu, existiram algumas dificuldades na recolha dos dados, dado a hetero-administração das provas ser muito morosa, existindo muitas dificuldades por parte dos idosos em se posicionarem frente à escala resposta muito extensa. No entanto, nos grupos menos socialmente diferenciados, nomeadamente em analfabetos, e muitos dos idosos portugueses o são, não existe outra possibilidade de o fazer. Se tal não acontecer uma fatia da grande população idosa permanece desconhecida no campo de estudo da psicologia. Alguns dos instrumentos existentes deveriam ser nivelados pelo nível mais baixo de realização para serem aplicados a idosos.

Uma outra limitação deste estudo, foram as respostas serem dadas directamente, sem um *setting* apropriado, sob a forma de questionário, que condiciona as respostas e não

deixa fluir a emocionalidade e, os temas tratados, como se verificou, com muitas particularidades emocionais.

Este estudo foi um contributo para um melhor entendimento da temática do envelhecimento e do modo como a morte é encarada pelas pessoas idosas. No entanto, muitos estudos poderiam ser realizados para abordar estes temas, nomeadamente, estudos mais qualitativos, ficando claro se as respostas dadas estão em sintonia com o estado de espírito das pessoas e não são apenas formas de resposta defensivas que pouco nos dão acerca verdadeira implicação emocional destes temas.

Por fim, gostaria de salientar que, tal como se viu, pessoas que tenham feito uma revisão autobiográfica da vida passada estão mais aptas a aceitar o passado, a viver com uma maior aceitação o presente e a ficar menos ansiosas acerca da eventualidade da morte (Butler, in Fishman, 1992; Boylin et al., in Fishman, 1992). Quanto mais as pessoas idosas conferem um sentido à sua vida, menos têm medo de morrer (Barros & Neto 2004). A recordação de acontecimentos positivos e negativos do passado ajuda a preparar para a morte. Esta descoberta sugere que a revisão auto-biográfica tem um valor funcional no encarar inevitável da própria morte, pois permite uma maior aceitação dos acontecimentos do passado e contribui para uma menor ansiedade acerca da morte do próprio. De facto, aceitar o passado, o presente (as perdas do presente) faz parte da vida e o encarar da velhice ou da morte não são mais do que etapas da vida, como outras que passaram. Só ultrapassando esta fase final da existência com tranquilidade se pode ter um envelhecimento com sucesso e sentimentos de bem-estar subjectivo. Para aqueles que têm mais dificuldade em fazer isso pode-se intervir no sentido de promover a aceitação da sua vida passada ajudando a que seja possível envelhecer e encarar a proximidade da morte com tranquilidade. Como defende Cicirelli (2003), uma intervenção clínica nesta etapa da vida poderia ajudar quem tivesse dificuldades em lidar com a morte, ajudando a facilitar a resolução desses medos e quem sabe aumentar a qualidade de vida neste últimos períodos de vida.

## Referências

- Aries, Ph. (1989). *Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média*. Lisboa: Teorema.
- Baltes, P.B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-623.
- Baltes, P.B. (1991). The many faces of human ageing: Toward a psychological culture of old age. *Psychological Medicine*, 21, 837-854.
- Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, P.B. (2003). Autobiographical reflections: From developmental methodology and lifespan psychology to gerontology. Retrieved from <http://www.mpib-Berlin.mpg.de/en/institut/dok/full/Baltes/autobiog/index.htm>.
- Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspective on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes, & M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press: New York.
- Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (sd). Harvesting the fruits of age: Growing older, growing wise. Retrieved, in 2003, from Berlin.mpg.de/en/institut/dok/full/Baltes/plastici/index.htm. Also available in *Science & Spirit*, 10, 12-14.
- Baltes, M.M., & Lang, F.L. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging*, 12(3), 433-443.
- Baltes, P. B., Mayer, K.U., Helmchen, H & Steinhagen-Thiessen, E. (2001). The Berlin Aging Study (BASE): Sample, design, and overview of measures. In P.B., Baltes, K.U. Mayer, (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp.15-55). Cambridge University Press: New York.
- Baltes, P.B., & Singer, T. (2001). Plasticity and the aging mind: An exemplar of the biocultural orchestration of the brain and behaviour. *European Review: Interdisciplinary Journal of Academia European*, 9, 59-76.

- Baltes, P.B., & Smith, J. (1997). A systemic-holistic view of psychological functioning in very old age: Introduction to a collection of articles from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging, 12* (3), 395-409.
- Baltes, P.B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of fourth age. In *Valencia Forum* [Online]. Disponível: <http://www.valenciaforum.com>
- Baltes, P.B., Staudinger, U.M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychologist, 471-507*.
- Baltes, P.B., & Staudinger, U.M. (2000). Wisdom – A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist, 55*(1), 122-136.
- Barreto, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Psicologia, VI, 2*, 159-170.
- Barros, J. (1998). *Viver a morte – Abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Almedina.
- Barros, J. (1999). Os idosos vistos por eles mesmos: Variáveis personológicas e representação da morte. *Psicologia, Educação e Cultura, 3*(2), 323-343.
- Barros, J. (2002). Ansiedade face à morte: uma abordagem diferencial. *Psychologica, 31*, 161-176.
- Barros, J., & Neto, F. (2004). Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte. *Análise Psicológica, 23*(2), 335-368.
- Belsky, J. (2001). *Psicologia del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.
- Berger, L., (1995). Agir de acordo com as suas crenças e valores. In L. Berger, & D. Marlloux-Poirier (Eds.), *Pessoas idosas: Uma abordagem global* (498-520). Lisboa: Lusodidacta.
- Brandtstadter, J., & Bltes-Gotz, B. (1990). Personal control over development and quality of life perspectives in adulthood. In P.B. Baltes, & M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 197- 224). CambridgeUniversity Press: New York.

- Browne, M.W., & Cudeck, R (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K.A. Bollen, & J.S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). London: SAGE.
- Cantor, N., & Sanderson, C.A. (1999). Life Task Participation and Well-Being: The Importance of Taking Part in Daily Life. In D., Kahneman, & N. Schwarz, (Eds.), *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology* (pp. 230-243). Russell Sage foundation: New York.
- Cavanaugh, A. (1997). *Adult development and aging*. U.S.A.: Brooks/Cole.
- Cerrato, I.M., & Trocóniz M.F. (1996). Successful aging: But, why don't the elderly get more depressed? *Psychology in Spain*, 2(1), 27-42.
- Chang, E.C., & Sanna, L.J. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of a cognitive-affective model of psychological adjustment. *Psychology and Aging*, 16(3), 524-531.
- Charazac, P. (2004). *Introdução aos cuidados gerontopsiquiátricos*. Lisboa: Climepsi.
- Cicirelli, C. (2003). Older adult's fear and acceptance of death: A transition model. *Aging International*, 28 (1), 66-81.
- Coleman P. G. & O'Hanlon, A (2004). *Ageing and Development*. Arnold: New York.
- Conte, H., Weiner, M., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(4), 775-785.
- Costa, J., Diniz, A., & Barrambana, R. (2004). Validação da versão portuguesa da Revised Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS-R). In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* – (Vol. 10, pp. 546-550). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Crawford, J.R., & Henry, J.D. (2004). The positive and negative affect schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-265.
- De Castro, R. V., & Lima, L.C. (1987). Insucesso e selecção social na disciplina de português: O(s) discurso(s) dos professores – uma abordagem interdisciplinar. *Psicologia*, 5(3), 299-310.
- Dicionário universal – Língua portuguesa (1995). Texto Editora: Lisboa.

- Dicionário de língua portuguesa (1998). Dicionário Editora (8ª edição.) Porto Editora: Porto.
- Diener, E., & Lucas, R.E. (1999). Personality and subjective well-being. In D., Kahneman, & N. Schwarz, (Eds.), *Well-Being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). Russell Sage foundation: New York.
- Diniz, A. M., De Abreu, J.G., & Almeida, L. S. (1999). Escala multidimensional de uma escala de dados de preferência. *Psichologica*, 21, 201-215.
- Diniz, A. M., & Almeida, L. S. (no prelo). Escala de Integração Social no Ensino Superior (EISES): Metodologia de construção e validação. *Análise Psicológica*.
- Earp, A.C.S. (1999). A angústia frente à morte: um estudo psicanalítico. Rio de Janeiro: SPID.
- Feifel, H. (1990). Psychology and death: meaningful rediscovery. *American Psychologist*, 45 (4), 537-543.
- Fishman, S. (1992). Relationships among an older adult's life review, ego integrity, and death anxiety. *International Psychogeriatrics*, 4(2), 267-277.
- Florian, V., & Kravetz, S. (1983). Fear of personal death: Attribution, structure, and relation to religious belief. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (3), 600-607.
- Florian, V., & Mikulincer, M. (1998). Symbolic immortality and the management of the terror of death: the moderating role of attachment style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (3), 725-734.
- Fortner, B., Neimeyer, R. A., & Rybarczyk, B. (2000). Correlates of death anxiety in older adults: A comprehensive review. In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult* (pp. 95-108). USA: Brunner-Routledge.
- Freud, S. (1996a). Reflexões para tempos de guerra e de morte. In *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Edições Standart. (Obra original publicada em 1915.)
- Freud, S. (1996b). Totem e tabu. In *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 13). Rio de Janeiro: Edições Standart (Obra original publicada em 1913.)
- Freud, S. (1996c). Mal-estar da civilização. In *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 21). Rio de Janeiro: Edições Standart (obra original publicada em 1929.)

- Freund, A.M., & Baltes, P.B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging, 13*(4), 531-543.
- Freund, A.M., & Baltes, P.B. (1999). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correction to Freund and Baltes (1998). *Psychology and Aging, 14*(4), 700-702.
- Gonçalves, C. (2003). As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os censos. *Revista de Estudos Demográficos, 34*, 43-59.
- Gonçalves, C. (2004). Pobreza e exclusão social nas famílias de idosos em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos, 35*, 143-169.
- Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, M.A., Leitão, O., Castro-Caldas, A. & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini-Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia, suplemento nº 1*, 9-10.
- Happé, F.G.E., Winner, E., & Brownell, H. (1998). The getting of wisdom: Theory of mind in old age. *Developmental Psychology, 34*(2), 358-362.
- Helmuth, L. (2003). The Wisdom of the Wizeden. *Science, 299*. In *Science* [On-line]. Disponível: <http://www.sciencemag.org>.
- Helnrchen, H., Baltes, M.M., Geiselman, B., Kanowski, L., Reischier, F. M., Wernicke, T., & Wilms, H-U (2001). Psychiatric Illnesses in Old Age. In P.B., Baltes, & K.U. Mayer, (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 167 - 196). Cambridge University Press: New York.
- Hennezel, M., & Leloup, J. (2001). *A arte de morrer: Tradições religiosas e Espiritualidade humanista perante a morte nos dias de hoje* (3ª Edição). Lisboa: Editorial Notícias.
- Herzog, A.R., Markus, H.R., Franks, M.M., & Holmberg, D. (1998). Activities and well-being in older age: Effects of self-concept and educational attainment. *Psychology and Aging, 13*(2), 179-185.
- Howarth, G. (1998). Just living for today: living, caring, ageing and dying. *Ageing and Society, 18*, 673-689.
- INE (2001). Census 2001 – Resultados definitivos. INE: Portugal.

- INE (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 187-207.
- INE (2003a). *Revista de Estudos Demográficos*, nº 33. INE: Portugal.
- INE (2003b). *População e condições sociais. Portugal Social 1991-2001*. INE: Portugal.
- INE (2004). *Estimativas provisórias da população residente, 2003, Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios*. INE: Portugal.
- Isaacowitz, D.M., & Smith, J. (2003). Positive and negative affect in very old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B(3), 143-152.
- Joreskog, K.G. (1993). Testing structural equation models. In K.A. Bollen, & J.S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 294-316). London: SAGE.
- Joreskog, K.G., & Sorbom, D. (1993a). *PRELIS2: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software.
- Joreskog, K.G., & Sorbom, D. (1993b). *LISREL8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago: Scientific Software.
- Kastenbaum, R. (1992). *The psychology of death* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Kastenbaum, R. (2000). Death Anxiety. In Fink George (Ed.), *Encyclopedia of Stress*, (vol 1, A-D, pp. 645-651). Academic Press: San Diego.
- Kubler-Ross, G. (1996). *Morte: Estádio final da evolução*. Rio de Janeiro: Nova Era.
- Kunzmann, U., Little, T.D., & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 15 (3), 511-526.
- Lansford, J.E., Sherman, A. M., & Antonucci, T.C. (1998). Satisfaction with social Networks: An examination of socioemotional selectivity theory across cohorts. *Psychology and Aging*, 13(4), 544-552.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology: Psychological sciences and social sciences*, 30, 85-89.
- Lawton, M.P., Moss, M.S., Hoffman, C., & Winter, L. (2002). Motivation in later life: Personal projects and well-being. *Psychology and Aging*, 17 (4), 539-547.
- Leff, L. D. (1999). Sentimento de imortalidade simbólica e a ansiedade perante a morte entre gerações. *Aletheia*, 9, 93-98.

- Liang, J., & Bollen, K. A. (1983). The structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A reinterpretation. *Journal of Gerontology: psychological sciences and social sciences*, 38, 181-189.
- Lindenberger, U., & Baltes, P.B., J. (1997). Intellectual functioning in old and very old age: cross-sectional results from Berlin aging study. *Psychology and Aging*, 12(3), 410-432.
- McCoy, S.K., Pyszczynski, T., Solomon, S., & Greenberg, J. (2000). Transcending the self: A terror management perspective on successful aging. In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult* (pp. 37-63). USA: Brunner-Routledge.
- McCulloch, B. J. (1991). A longitudinal investigation of the factor structure of subjective well-being: The case of Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. *Journal of Gerontology: Psychological sciences and social sciences*, 46, 251-258.
- Morin, E. (1970). *O homem perante a morte*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- Neugarten, B.L., Havighurst, R.J., & Tobin, S.S. (1961). The Measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Oliveira, A. (1999). *O desafio da morte*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Paúl, M.C. (1991). *Percursos pela Velhice: Uma perspectiva Ecológica em Psicogerontologia*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de ciências biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto. Porto.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2003). Psychosocial profiles of rural and urban elders in Portugal. *European Psychologist*, 8 (3), 160-167.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224.
- Plante, T.G., Vallaey, C.L., Sherman, A.C., & Wallston, K.A. (2002). The development of a brief version of Santa Clara strength of religious faith questionnaire. *Pastoral Psychology*, 50(5), 359-368.
- Rudinger, G., & Thomae, H. (1990). The Bonn longitudinal study of aging: Coping, life adjustment, and life satisfaction. In P.B. Baltes, & M.M. Baltes (Eds.), *Successful*

- aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 265-295). Cambridge University Press: New York.
- Santos, S., Diniz, A. M., & Costa, J. C. (2004). Validação do *death anxiety questionnaire (DAQ)*: Estudo com uma amostra de idosos. In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. 19, pp. 87-92). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Schopenhauer, A. (2000). *Metafísica do amor, metafísica da morte*. São Paulo: Martins Fontes.
- Simões, A. (1992a). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (*SWLS*). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26 (3), 503-515.
- Simões, A. (1992b). A EBS: Uma escala para medir a dimensão temporal futura do bem-estar subjectivo? *Psychologica*, 8, 13-25.
- Simões, A., & Neto, F. (1994). A ansiedade face à morte. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 28 (1), 79-96.
- Smith, J., & Baltes, P.B. (1997). Profiles of psychological functioning in the old and oldest old. *Psychology and Aging*, 12, 458-472.
- Smith, J., & Baltes, M.M. (1998). The role of gender in very old age: Profiles of functioning and everyday life patterns. *Psychology and Aging*, 13, 676-695.
- Smith, J., & Baltes, P.B. (2001) Trends and profiles of psychological functioning in very old age. In P.B. Baltes, & K.U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 197-226). Cambridge University Press: New York.
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten Jr, R.A., & Kunzmann, U. (2001) Sources of well-being in very old age. In P.B. Baltes, & K.U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study – Aging from 70 to 100* (pp. 450-471). Cambridge University Press New York.
- Stardinger, U.M., (1999). Older and Wiser? Integrating results on the relationship between age and wisdom-relates performance. *International Journal of Behavioral Development*, 23(3), 641-664.
- Stardinger, U.M., Freund, A.M., & Maas, I. (2001). Self, personality, and life regulation: Facets of psychological resilience in old age. In P.B. Baltes, & K.U. Mayer, (Eds.),

- The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 302-328). Cambridge University Press: New York.
- Storch, E.A., Roberti, J.W., Bagner, D.M., Lewin, A.B., Baumeister, A.L., & Geffken, G.R. (2004). Further psychometric properties of the santa clara strength of religious faith questionnaire – short-form. *Journal of Psychology and Christianity*, 23(1), 51-53
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2000). *Using multivariate statistics* (4<sup>th</sup> ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Terracciano, A., McCrae, R.R., & Costa, P.T. (2003). Factorial and Construct validity of the Italian positive and negative affect schedule (PANAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 19 (2), 131-141.
- Thorson, J.A., & Powell, F.C. (1992). A revised death anxiety scale. *Death Studies*, 16, 507-521.
- Thorson, J.A., & Powell, F.C. (1990). Meanings of death and intrinsic religiosity. *Journal of Clinical Psychology*, 46(4), 379-391.
- Tomer, A. (2000). Death-related attitudes: Conceptual distinctions. In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult* (pp. 87-94). USA: Brunner-Routledge.
- Tomer, A., & Eliason, G. (2000a). Attitudes about life and death: Toward a comprehensive model of death anxiety. In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult* (pp. 3-22). USA: Brunner-Routledge.
- Tomer, A., & Eliason, G. (2000b). Beliefs about self, life, and death: Testing aspects of a comprehensive model of death anxiety and death attitudes. In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult* (pp.137-153). USA: Brunner-Routledge.
- Tomer, A., Eliason, G., & Smith, J. (2000). The structure of the revised death scale in young and old adults. In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult* (pp. 109-122). USA: Brunner-Routledge.
- Vandenplas-Holper, C. (2000). *Desenvolvimento psicológico na idade adulta e durante a velhice (Maturidade e Sabedoria)*. Lisboa: Edições Asa.
- Van de Vijver, F., & Hambleton, R.K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 89-99. Retrieved March 2004 from EBSCOHost Academic Search Elite data base.

- Vautier, S., & Raufaste, E. (2003). Measuring dynamic bipolarity in positive and negative. *Assessment*, 10(1), 49-55.
- Vaz Serra, A.(1994). IACLIDE: Inventário da Avaliação Clínica da Depressão. In A. Vaz Serra (Ed.). *Manual de utilização de instrumentos de avaliação psicológicas*.
- Vaz Serra, A.(1995). IACLIDE: Inventário da Avaliação Clínica da Depressão. In L.S. Almeida, M.R. Simões, & L.S. Gonçalves (Eds.). *Provas Psicológicas em Portugal*. Braga: APPORT.
- Vries, B., Bluck, S., & Birren J. E. (1993). The understanding of death and dying in a life- span perspective. *The Gerontologist*, 33 (3), 366-372.
- Wagner, M., Schutze, Y., & Lang, F.R. (2001). Social relationships in old Age. In P.B Baltes, & K.U. Mayer, (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 282- 301). Cambridge University Press: New York.
- Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988) Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The *PANAS* scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070. Retrieved December 2002 from EBSCOHost Academic Search Elite data base.
- Wong, P.T.P. (2000). Meaning of life and meaning of death in successful aging. In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult* (pp.23-36). USA: Brunner-Routledge.
- Wortman, C.B., & Silver, R.C. (1990). Successful mastery of bereavement and widowhood: A life-course perspective. In P.B. Baltes, M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 225-264). Cambridge University Press: New York.

## ANEXOS

## **ANEXO I**

### **Idosos em Portugal: Descrição sócio-demográfica**

## 1 - Idosos em Portugal: caracterização sócio-demográfica

### 1. 1 - Jovens *versus* idosos

Prevê-se um aumento dos níveis de esperança de vida, um envelhecimento demográfico, em razão de um envelhecimento da própria população idosa. As pessoas muito idosas serão cada vez em maior número (Gonçalves, 2004).

Assiste-se, pois, ao fenómeno do envelhecimento da própria população idosa no nosso País. Segundo o INE (2002), o envelhecimento demográfico define-se pelo “aumento da proporção das pessoas idosas na população total”. Esse aumento consegue-se em detrimento do da população jovem, e/ou em detrimento do da população em idade activa. A proporção da população com 75 e mais anos aumentou de 2.7% para 6.7% do total da população, entre 1960 a 2000, e a população com 85 e mais anos aumentou de 0.4% para 1.5%, no mesmo período. De acordo com os resultados provisórios do Censos 2001, estima-se que a importância relativa dos mais velhos aumente para 6.9% entre os de 75 e mais anos, mantendo-se nos 1.5% do total da população entre os de 85 e mais anos (INE, 2002). O envelhecimento da população mais idosa é também uma realidade transversal a todas as sociedades mais desenvolvidas, sendo comum encontrar ritmos de crescimento mais acentuados entre a população com 80 e mais anos do que os registos no conjunto da população idosa (65 e mais anos) (INE, 2003b).

O duplo envelhecimento demográfico da população portuguesa é caracterizado por um lento e continuado declínio da importância da população jovem (com menos de 15 anos), que na última década diminuiu cerca de 20% para 16% e, simultaneamente, por um aumento da população mais idosa (com mais de 65 anos), a qual aumentou, no mesmo período, de 13.6% para 16.4%. As razões desta mudança estrutural na população portuguesa são, desde o início deste processo, de ordem natural. E ele é naturalmente acompanhado por um continuado envelhecimento gradativo da população potencialmente activa. O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais idosos (INE, 2002). A evolução descrita reflecte-se no acentuar do envelhecimento demográfico, quer

pela base da pirâmide, em virtude da baixa natalidade, quer pelo topo, devido à maior longevidade. Em 2001, o número de idosos ultrapassava o número de jovens, registando o índice de envelhecimento em cerca de 102 idosos para cada 100 jovens (INE, 2003b). Estima-se, segundo o INE (2002, in Paúl et al., 2003) que em 2015 o número de idosos ultrapasse o número de jovens. Assim, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5.3% para 6.9% o total da população, entre 1960 a 2000, e para 15.6% em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projecção. Será importante referir, ainda, que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem (INE, 2002). Pode afirmar-se, assim, que embora o envelhecimento demográfico tenha começado em Portugal um pouco mais tarde do que na maioria dos países da Europa, a intensidade com que este fenómeno se tem processado faz aproximar Portugal dos países mais envelhecidos da União Europeia. Esta aproximação deve-se, no entanto, mais ao factor de fecundidade, que é inferior ao conjunto da união europeia, do que ao número de idosos. Sendo esta realidade muito preocupante.

## 1.2 - Homens *versus* mulheres

Segundo o Censos (INE, 2001), existiam em Portugal 1.340.193 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos. Destes, 584.284 são homens e 755.909 são mulheres. Com idades a partir dos 80 anos temos 353.300 idosos, dentro dos quais 123.934 são homens e 229.366 são mulheres. Em Portugal, o índice de longevidade aumentou de 39 para 41 entre 1991 e 2001, sendo mais elevado entre as mulheres (44 em 2001) que nos homens (38 em 2001) (INE, 2003b). Segundo as estimativas provisórias de população residente para 2003 (INE, 2004), existem em Portugal 1.377.057 pessoas com idades entre os 65 e os 80 anos, destes 600.038 são homens e 777.019 são mulheres. E com mais de 80 anos existem 384.339 idosos, destes 136.555 são homens e 247.784 são mulheres.

Dadas as melhorias verificadas em termos da mortalidade, assistiu-se a um aumento da esperança de vida em cerca de 11 anos para os homens e em cerca de 13 anos para as mulheres, entre 1960 e 2001 (INE, 2002). Como consequência da sobre-mortalidade masculina, atinge-se o séc. XXI com uma diferença de 7 anos, favorável às mulheres que

podem viver em média 79,4 anos (contra os 72,4 dos homens). Todavia, e muito embora exista uma tendência para que a vantagem do género feminino seja constante, a diferença entre os géneros atenua-se à medida que se avança na idade. Para 2000 estimou-se que os homens que atingiriam os 65 anos vivam ainda, em média, mais 14.6 anos e as mulheres 18.1 anos (INE, 2002).

Embora as mulheres vivam mais anos, a esperança de vida sem incapacidade é bastante mais reduzida quando comparada com a dos homens. A população idosa do sexo feminino tem associado um maior número de incapacidades. As mulheres declaram ter uma saúde pior do que a dos homens, sendo que a maioria dos idosos vai ao médico pelo menos uma vez em cada três meses (INE, 2002; Paúl et al., 2003).

### 1.3 - Idosos e família

Um aspecto a destacar com o último recenseamento, a propósito da evolução desde 1991 a 2001, foi o aumento das famílias constituídas só por idosos, contribuindo para tal não só as famílias designadas de unipessoais (idosos a viverem sós), mas também famílias constituídas por dois, três ou mais pessoas, todas com mais de 65 anos (Gonçalves, 2004). A percentagem de famílias com idosos aumentou para 32% do total das famílias em 2001 (30.8% em 1991), o que se deve exclusivamente ao aumento da proporção de famílias só de idosos (de 14.9% em 1991 para 17% em 2001), já que as famílias com idosos e outras diminuíram entre os dois momentos censitários. Mais de metade das famílias com idosos, em 2001 referiam-se a famílias só de idosos (INE, 2003a).

Estimativas com base nos resultados provisórios do Censos de 2001 revelam que em 32.5% das famílias clássicas residia pelo menos um idoso e as famílias constituídas apenas por idosos representavam 17,5% do total das famílias (INE, 2002). Entre 1991 e 2001, a proporção de famílias clássicas com idosos (incluindo as famílias com idosos e outros e as só de idosos) aumentou cerca de 23%, passando de 30.8% para 32.5%. Pode-se verificar, contudo, que enquanto as compostas por idosos e outros viram a sua importância relativa diminuir ligeiramente, as compostas apenas por idosos aumentaram cerca de 36%, no período inter censitário. De salientar ainda que, do total de famílias só

de idosos, a grande maioria são constituídas por apenas um idoso (50.5%) ou por dois idosos (48.1%).

Parece que viver sozinho é um factor mais comum entre a população idosa do que em qualquer faixa etária, particularmente no caso das mulheres, sobretudo viúvas. De facto, a população com mais de 65 anos a viver só representa metade do total de pessoas que vivem sós em Portugal em 2001 (49%), constituindo as mulheres praticamente o quádruplo dos homens na mesma situação (INE, 2003a). Devido à sobre-mortalidade masculina e do celibato definitivo, mais comum no sexo feminino, a proporção das pessoas idosas a viverem sós é bastante superior entre as mulheres (Gonçalves, 2004).

#### 1.4 - Aspectos sócio-culturais

Quanto à escolaridade, a população idosa detém, de modo geral, baixos níveis de instrução, e, dentro deste, as mulheres registam níveis mais baixos do que os homens (INE, 2002). A maioria dos idosos não tem qualquer nível de instrução e esta característica é mais acentuada no género feminino.

A maioria dos idosos não trabalha (81%) e os que ainda trabalham lidam com a agricultura (Paúl et al., 2003, INE, 2002). A participação das pessoas idosas como membros em organizações culturais, tais como clubes desportivos, recreativos, associações de bairro ou partidos políticos, regista valores pouco significativos embora mais elevados nos homens: 18.7% contra 5.2% de mulheres. A frequência com que estabelecem relações sociais e de vizinhança atingem, por seu turno, proporções bastante significativas. A maior parte dos homens e mulheres idosos conversam todos os dias quer com vizinhos, quer com amigos ou familiares, embora neste caso as frequências sejam mais reduzidas. Mais de 68% das pessoas com 65 e mais anos conversam com vizinhos diariamente (INE, 2002), sendo que esta parece ser a sua actividade social mais importante. No que respeita a actividades de lazer, quase a totalidade das pessoas mais velhas vê televisão (cerca de 98% dos homens e 94% das mulheres), e fá-lo diariamente (INE, 2002).

Estes valores, que reflectem uma participação sócio-cultural relativamente baixa entre a população com mais idade, contrastam com outras formas de convívio com amigos e familiares. Pode observar-se que a maior parte dos homens e mulheres

respondeu ter visitado ou ter sido visitado por amigos ou familiares algumas vezes, e mais de 30% dizem fazê-lo com frequência. Contudo, não se pode descurar os cerca de 14% de homens e 16% mulheres que afirmam tal não ter acontecido durante todo o ano anterior. De facto, a solidão entre a população idosa é um problema bastante actual, com efeitos nocivos relativamente ao bem-estar e saúde das pessoas idosas (INE, 2002).

Um terço dos idosos pode ser considerado pobre. De facto, retratos da população portuguesa recentemente elaborados (INE, in Paúl et al., 2003) mostram que os idosos portugueses estão muito carenciados e infelizes embora as suas condições sociais e psicológicas sejam, porém, desconhecidas. Os idosos são um dos grupos populacionais mais vulneráveis à pobreza e à exclusão social, quer por serem um grupo socialmente marginalizado, quer por na sua maioria usufruírem de rendimentos que se situam abaixo do limiar de pobreza (INE, 2002).

#### 1.5 - Idosos e institucionalização

O aumento generalizado do número de pessoas idosas, e especialmente das pessoas muito idosas, nos países industrializados, levanta questões actuais relativamente às suas necessidades específicas, aos cuidados a prestar-lhes, bem como ao contexto familiar em que se inserem. O aumento crescente da actividade profissional entre as mulheres, tradicionalmente prestadoras dos cuidados informais, a complexidade das sociedades modernas e o progressivo aumento do número de pessoas idosas, levaram a uma procura maior das instituições prestadoras de cuidados formais e a um aumento de equipamentos de carácter social, nos sistemas público e privado, destinados às pessoas idosas. Em 2001, a proporção das pessoas idosas a viver em famílias institucionais era de 3.6% no total da população residente com 65 ou mais anos (Gonçalves, 2003).

Como resultado da feminização do envelhecimento demográfico, a proporção de idosos em instituições era mais elevada no sexo feminino: 72.9% contra 44.3% dos homens (INE, 2003). Em 1991, observou-se também um aumento bastante significativo da população mais idosa institucionalizada; entre duas a três vezes mais, nos grupos de 85-89 anos e 90 ou mais (Gonçalves, 2003).

A maioria da população idosa nas instituições de apoio social era viúva (59.6%), numa proporção de 65.3% de mulheres com 65 ou mais anos. Este peso relativo aumenta

proporcionalmente à idade, sendo de 69.9% na população entre os 85 e os 89 anos e de 74.5% da população com 90 ou mais anos. A institucionalização surge muitas vezes como resposta a situações de viuvez. A população institucionalizada, na sua maioria, apresenta baixos níveis de instrução, aliás à semelhança do que se passa com a população idosa total (Gonçalves, 2003).

**ANEXO II**

**Quadro de posições sociais (De Castro & Lima, 1987)**

## Quadro de Posições Sociais\*

### Posição Social 1 – Classe Superior

- Profissões liberais – médico; advogado; engenheiro; arquitecto
- Grande industrial ou grande comerciante
- Altos funcionários – magistrados judiciais
- Altos funcionários administrativos – directores gerais, directores de serviços, gerentes bancários
- Gestores de empresas
- Professores universitários
- Militares de alta patente

### Posição Social 2 – Classe Média mais instruída

- Professores não universitários e educadores de infância
- Médios comerciantes e industriais
- Funcionários médios - quadros técnicos
- Empregados bancários, seguros, etc.
- Empregados de escritório com, pelo menos, o 5º ano dos liceus
- Solicitador/enfermeira/assistente social
- Técnicos

### Posição Social 3 – Classe Média menos instruída

- Pequenos comerciantes e industriais
- Caixeiros viajantes
- Funcionários médios – quadros administrativos (1º oficial, etc.)
- Empregados de escritório sem o 5º ano dos liceus
- Agentes da P.S.P. e de forças militarizadas
- Sargento
- Cabeleireiro(a)
- Capatazes e encarregados e obras

### Posição Social 4 – Estrato Operário e Rural (trabalhadores manuais)

- Operários
- Trabalhadores rurais
- Funcionários auxiliares (pessoal de limpeza, contínuos, porteiros, motoristas, varredores, etc.)
- Vendedores ambulantes e feirantes

---

\* Elaborado pela Área de Análise Social e Organizacional da Educação da Universidade do Minho. In De Castro, R.V. & Lima, L.C. (1987). Insucesso e selecção social na disciplina de português: O(s) discurso(s) dos professores – uma abordagem interdisciplinar. *Psicologia*, 5, 3, 299-310

**ANEXO III**  
**Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)**  
**e folha de resposta**

O que lhe vou ler não se refere à sua maneira de ser habitual mas sim ao estado em que se sente pelo menos desde há duas semanas para cá.

Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta.

Responda de forma rápida, honesta e espontânea.

Se lhe parecer que duas respostas diferentes já foram experimentadas por si, diga qual a que se aproxima mais do seu estado actual.

- 1 -

0 - O interesse pelo meu trabalho é o mesmo de sempre

1 - Ultimamente ando a sentir um interesse menor pelo meu trabalho

2 - Presentemente sinto, com bastante frequência, desinteresse pelo meu trabalho

3 - Actualmente ando a sentir, muitíssimas vezes, um grande desinteresse pelo meu trabalho

4 - Perdi por completo todo o interesse que tinha pelo meu trabalho

- 2 -

0 - No meu dia-a-dia não preciso de recorrer à ajuda das outras pessoas mais do que o costume

1 - Presentemente recorro mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer

2 - No momento actual recorro bastante mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer

3 - Agora recorro muitíssimo mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer

4 - Actualmente sinto-me incapaz de fazer seja o que for sem a ajuda dos outros

- 3 -

0 - Ando-me a sentir tão sossegado como de costume

1 - Ando-me a sentir interiormente mais desassossegado do que o habitual

2 - Sinto-me interiormente bastante mais desassossegado do que o costume

3 - Sinto-me interiormente muitíssimo mais desassossegado do que o habitual

4 - Sinto-me interiormente num estado permanente de agitação

- 4 -

0 - Presentemente, no contacto com os outros (familiares, amigos ou conhecidos) sou capaz de falar sobre os temas habituais das conversas comuns

1 - No momento actual tenho tendência, no contacto com os outros, a falar mais do que o habitual daquilo que sinto que me preocupa, embora consiga conversar também sobre outros assuntos

2 - Reconheço que agora passo bastante tempo a falar aos outros daquilo que me anda a preocupar e estou a sentir, embora possa também bordar outros assuntos

3 - No momento presente, no contacto com os outros, falo muitíssimo mais do que o costume daquilo que me preocupa e ando a sentir, evitando abordar assuntos diferentes

4 - Actualmente, no contacto com os outros, só sei falar daquilo que me preocupa e tenho sentido, mostrando-me incapaz de conversar de quaisquer outros assuntos

- 5 -

- 0 - A minha consciência não me acusa de nada em particular que tenha feito
- 1 - Ando-me a sentir um fardo para a minha família, amigos e colegas
- 2 - Sinto actualmente que há faltas no meu passado que não devia ter cometido
- 3 - Penso, muitas vezes, que cometi certas faltas graves no meu passado
- 4 - Passo o tempo a pensar que o estado em que me sinto é consequência das faltas graves que cometi na minha vida

- 6 -

- 0 - A minha capacidade de fixação é a mesma que sempre tive
- 1 - Às vezes custa-me a fixar aquilo que preciso
- 2 - Sinto, bastantes vezes, que ando a fixar pior aquilo que preciso
- 3 - Sinto, muitíssimas vezes, que me esquecem facilmente as coisas
- 4 - Sinto-me incapaz de fixar seja o que for

- 7 -

- 0 - Não me sinto mais infeliz do que o costume
- 1 - Tenho períodos em que me sinto mais infeliz do que habitualmente
- 2 - Ando-me a sentir bastante mais infeliz do que o costume, embora tenha ocasiões em que me sinta tão feliz como dantes
- 3 - Só em raros momentos é que me consigo sentir feliz
- 4 - Actualmente não tenho um único momento em que me sinta feliz

- 8 -

- 0 - No momento presente não tenho qualquer dificuldade em começar a dormir
- 1 - Quando me deito passo cerca de meia hora sem conseguir adormecer
- 2 - Actualmente, quando me deito, demoro cerca de 1-2 horas antes de conseguir adormecer
- 3 - Quando me deito nalgumas noites não consigo dormir nada
- 4 - Se não tomar nada para adormecer as minhas noites são de insónia completa

- 9 -

- 0 - O valor que dou às coisas que faço e a mim próprio não é maior nem menor do que o costume
- 1 - Actualmente penso muitas vezes que, como indivíduo, tenho pouco mérito naquilo que faço
- 2 - Ultimamente apanho-me a pensar, bastantes vezes, que não valho nada
- 3 - Penso, com muita frequência, que não tenho qualquer valor como pessoa
- 4 - No momento actual sinto constantemente que não valho nada como pessoa

- 10 -

- 0 - A minha confiança em relação ao futuro é a mesma de sempre

- 1 - Ao contrário de antigamente sinto-me por vezes inseguro em relação ao futuro
- 2 - No momento actual sinto, bastantes vezes, falta de confiança no futuro
- 3 - Sinto agora, muitíssimas vezes, falta de confiança no futuro
- 4 - Presentemente perdi por completo a esperança que tinha no futuro

- 11 -

- 0 - Depois de conseguir adormecer não tenho tendência a acordar durante a noite
- 1 - Actualmente acordo 1 hora antes do habitual e depois não consigo voltar a dormir
- 2 - Presentemente ando a acordar ao fim de 4-5 horas de sono e depois não consigo voltar a dormir
- 3 - Após ter adormecido, acordo ao fim de 1 ou 2 horas e não sou capaz de voltar a dormir
- 4 - Se não tomar nada para dormir, a minha noite é de completa insónia

- 12 -

- 0 - Considerando a minha vida passada não sinto que tenha sido um fracassado
- 1 - No momento presente, observando o meu passado, acho que tive alguns fracassos
- 2 - Penso que no meu passado existiu um número bastante grande de fracassos
- 3 - Actualmente considero que tive, no meu passado, um número muitíssimo grande de fracassos
- 4 - Quando observo a minha vida passada considero-a como um acumular constante de fracassos

- 13 -

- 0 - Quando acordo de manhã sinto-me renovado para enfrentar o meu dia
- 1 - Apesar de ir fazendo o que necessito de fazer, quando acordo de manhã tenho a sensação de estar sem energia para o que preciso de efectuar
- 2 - Logo que acordo de manhã e posteriormente ao longo do dia sinto-me bastante fatigado e é com dificuldade que vou realizando o que preciso de fazer
- 3 - Desde que acordo de manhã e depois durante o dia sinto-me tão fatigado que já não consigo fazer tudo o que tenho a fazer
- 4 - Quando acordo de manhã o meu cansaço é tão grande que me sinto incapaz de fazer seja o que for

- 14 -

- 0 - O meu convívio com as outras pessoas é o mesmo de sempre
- 1 - O meu estado de espírito actual leva-me, por vezes, e mais do que o costume, a evitar conviver com as outras pessoas
- 2 - No momento presente fujo bastante do convívio com as outras pessoas
- 3 - Devido à maneira como me ando a sentir raramente me sinto capaz de conviver com as outras pessoas
- 4 - Presentemente não me sinto capaz de conviver seja com quem for

- 15 -

- 0 - No momento presente não noto quaisquer dificuldades na minha capacidade de concentração
- 1 - Sinto por vezes dificuldade em me concentrar no que estou a fazer

- 2 - Sinto com frequência dificuldade em me concentrar naquilo que executo
- 3 - Sinto muitíssimas vezes dificuldade em me concentrar naquilo que faço
- 4 - Sinto-me actualmente incapaz de me concentrar seja no que for

- 16 -

- 0 - Não penso que os meus problemas sejam mais graves do que o habitual
- 1 - Ando com medo de não ser capaz de resolver alguns dos problemas que tenho
- 2 - Penso com frequência que não é fácil encontrar solução para alguns dos meus problemas
- 3 - Passo o tempo preocupado com os meus problemas, pois sinto que são de solução muitíssimo difícil
- 4 - Considero que os meus problemas não têm qualquer solução possível

- 17 -

- 0 - Quando é necessário sou capaz de tomar decisões tão bem como dantes
- 1 - Agora sinto-me mais hesitante do que o costume para tomar qualquer decisão
- 2 - No momento actual demoro bastante mais tempo do que dantes para tomar qualquer decisão
- 3 - Presentemente custa-me tanto tomar decisões que passo o tempo a adiá-las
- 4 - Actualmente sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão sem a ajuda das outras pessoas

- 18 -

- 0 - A satisfação que sinto com a vida é a mesma de sempre
- 1 - Actualmente sinto-me mais aborrecido do que o costume com a vida que tenho
- 2 - Sinto, com frequência, que a minha vida não me dá o prazer de antigamente
- 3 - Sinto, com muitíssima frequência, que a minha vida não me traz qualquer satisfação
- 4 - Perdi por completo a alegria de viver

- 19 -

- 0 - No momento presente acho que a vida vale a pena ser vivida e não sinto qualquer desejo de fazer mal a mim mesmo
- 1 - Actualmente sinto que a vida não vale a pena ser vivida
- 2 - No momento presente não me importaria de morrer
- 3 - Tenho com muita frequência desejos de que a morte venha
- 4 - Ultimamente tenho feito planos para pôr termo à vida

- 20 -

- 0 - Ao executar as minhas tarefas diárias usuais não sinto maior fadiga do que o costume
- 1 - No cumprimento das minhas tarefas ando a sentir-me mais fatigado do que o habitual sem razão para isso
- 2 - Naquilo que tenho de fazer ao longo do dia, embora sem motivo para isso, sinto-me bastante mais fatigado do que o costume
- 3 - Sinto-me, sem motivo justificativo, muitíssimo fatigado naquilo que tenho de fazer, deixando de executar algumas das minhas tarefas usuais
- 4 - Sinto-me exausto, ao menor esforço, deixando de cumprir a maior parte das tarefas que antigamente fazia

- 21 -

- 0 - Quando me comparo com os outros sei que sou capaz de me sair tão bem como eles a fazer o que é preciso
- 1 - Actualmente, ao comparar-me com os outros, acho por vezes que não me desempenho tão bem como eles nas tarefas que precisam de ser feitas
- 2 - Presentemente considero que as outras pessoas fazem as coisas bastante melhor do que eu
- 3 - Acho que me saio muitíssimo pior do que os outros a fazer o que é necessário ser feito
- 4 - Considero que os outros são sempre capazes de fazer melhor do que eu as coisas que precisam de ser feitas

- 22 -

- 0 - Quando executo qualquer tarefa faço-a com a rapidez do costume
- 1 - No momento presente sinto-me mais lento a fazer o que tenho para fazer
- 2 - Actualmente demoro bastante mais tempo do que o habitual a fazer o que tenho para fazer
- 3 - Sinto-me muitíssimo mais lento a fazer tudo quanto tenho para fazer
- 4 - Presentemente demoro uma enormidade de tempo a fazer seja o que for

- 23 -

- 0 - A capacidade de me manter activo é a mesma do costume
- 1 - Não me sinto capaz de me manter tão activo como o habitual
- 2 - Actualmente dá-me para passar largos momentos sem fazer absolutamente nada
- 3 - No momento actual raramente faço o que for preciso de fazer
- 4 - Só me dá vontade de estar todo o tempo deitado na cama, sem fazer nada

Total = \_\_\_\_\_ BIOL = \_\_\_\_\_ COGN = \_\_\_\_\_ IP = \_\_\_\_\_ DT = \_\_\_\_\_

F1 = \_\_\_\_\_ F2 = \_\_\_\_\_ F3 = \_\_\_\_\_ F4 = \_\_\_\_\_ F5 = \_\_\_\_\_

IVG = \_\_\_\_\_ IVT = \_\_\_\_\_ IVS = \_\_\_\_\_ IVF = \_\_\_\_\_

1 - \_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_

3 - \_\_\_\_\_

4 - \_\_\_\_\_

5 - \_\_\_\_\_

6 - \_\_\_\_\_

7 - \_\_\_\_\_

8 - \_\_\_\_\_

9 - \_\_\_\_\_

10 - \_\_\_\_\_

11 - \_\_\_\_\_

12 - \_\_\_\_\_

13 - \_\_\_\_\_

14 - \_\_\_\_\_

15 - \_\_\_\_\_

16 - \_\_\_\_\_

17 - \_\_\_\_\_

18 - \_\_\_\_\_

19 - \_\_\_\_\_

20 - \_\_\_\_\_

21 - \_\_\_\_\_

22 - \_\_\_\_\_

23 - \_\_\_\_\_

**ANEXO IV**  
***Mini Mental State (MMS)***

1. **Orientação** (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_

Em que mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_

Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_

Em que distrito vive? \_\_\_\_\_

Em que terra vive? \_\_\_\_\_

Em que casa estamos? \_\_\_\_\_

Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

2. **Retenção** (contar por cada palavra correctamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabe-las de cor”

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

3. **Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27 \_\_\_\_\_ 24 \_\_\_\_\_ 21 \_\_\_\_\_ 18 \_\_\_\_\_ 15 \_\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

3. **Evocação** (1 ponto por cada resposta correcta.)

**“Veja se consegue dizer as três palavras que lhe pedi há pouco para decorar”.**

**Pêra** \_\_\_\_\_

**Gato** \_\_\_\_\_

**Bola** \_\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

4. **Linguagem** (1 ponto por cada resposta correcta.)a) **“Como se chama isto?”**

Mostrar objectos:

**Relógio** \_\_\_\_\_

**Lápis** \_\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

b) **“Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”**

NOTA \_\_\_\_\_

c) **“Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”** (dar a folha segurando com as duas mãos)

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

d) **“Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”** (mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto ler-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

e) “Escreva uma frase inteira aqui”.

(Deve ter sujeito verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.)

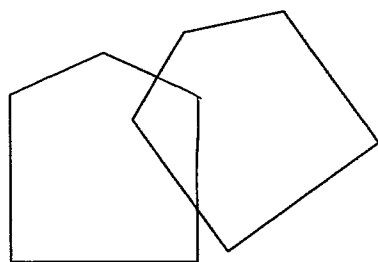
NOTA \_\_\_\_\_

5. **Habilidade Construtiva** (1 ponto por cada resposta correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar, tremor ou rotação.

Mostrar objectos:

Desenho



Cópia

NOTA \_\_\_\_\_

(Máximo 30 pontos) NOTA \_\_\_\_\_

**ANEXO V**

**Escala de Afectos Positivos e Negativos (*Positive and Negative Affect  
Schedule – PANAS*)**

Esta escala consiste numa série de palavras que descrevem sentimentos e emoções. Estas palavras vão se repetir fazendo referência a vários períodos de tempo.

**Hoje, Tem-se sentido assim hoje....**

Leia cada palavra e marque a devida resposta no espaço ao lado, escolhendo o grau de resposta adequado.

Use a seguinte escala para registar as suas respostas.

1	2	3	4	5
Pouco ou nada	Um pouco	Médio	Bastante	Extremamente
	_____ Interessado			_____ Irritável
	_____ Angustiado			_____ Alerta
	_____ Excitado			_____ Envergonhado
	_____ Chateado			_____ Inspirado
	_____ Forte			_____ Nervoso
	_____ Culpado			_____ Resoluto
	_____ Amedrontado			_____ Atento
	_____ Hostil			_____ Trémulo
	_____ Entusiasmado			_____ Activo
	_____ Orgulhoso			_____ Receoso

**No geral, Tem-se sentido assim, é como se sente normalmente....**

Leia cada palavra e marque a devida resposta no espaço ao lado, escolhendo o grau de resposta adequado.

Use a seguinte escala para registar as suas respostas.

1	2	3	4	5
Pouco ou nada	Um pouco	Médio	Bastante	Extremamente
	_____ Interessado			_____ Irritável
	_____ Angustiado			_____ Alerta
	_____ Excitado			_____ Envergonhado
	_____ Chateado			_____ Inspirado
	_____ Forte			_____ Nervoso
	_____ Culpado			_____ Resoluto
	_____ Amedrontado			_____ Atento
	_____ Hostil			_____ Trémulo
	_____ Entusiasmado			_____ Activo
	_____ Orgulhoso			_____ Receoso

**ANEXO VI**  
**Escala de Ânimo de Lawton (*PGCMS*)**

Responda sincera e espontaneamente a todas as perguntas, conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser. Não há respostas boas ou más; todas são boas se sinceras.

Vai responder sim ou Não às questões que lhe vou colocar.

Obrigado pela sua colaboração.

1. As pequenas coisas incomodam-me mais este ano Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
2. Às vezes estou tão preocupada que não consigo dormir Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
3. Tenho muitos motivos para estar triste Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
4. Tenho medo de muitas coisas Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
6. A vida é custosa para mim, a maior parte do tempo Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
7. Levo as coisas muito a sério Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
8. Preocupo-me com facilidade Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
9. As coisas pioram conforme envelheço Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
10. Tenho tanta energia como no ano passado Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
11. Conforme se envelhece tornamo-nos menos úteis Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
12. Conforme envelheço as coisas estão melhores  
do que eu pensava Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
14. Estou tão feliz agora como quando era novo Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
15. Sinto-me muito só Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
16. Estou vezes suficientes com a família e os amigos Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
17. Estou satisfeito com a minha vida actual Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

**ANEXO VII**

**Questionário de ansiedade face à morte (*DAQ*)**

Este questionário procura sondar algumas atitudes face à morte.

Responda sincera e espontaneamente a todas as perguntas, conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser. Não há respostas boas ou más; todas são boas se sinceras. O questionário é anónimo.

Obrigado pela sua colaboração.

Faça um círculo (só um em cada resposta) em volta do número que melhor corresponda à sua situação (se possível, evite o “mais ou menos”), conforme esta chave:

- 1 – Totalmente em desacordo (absolutamente Não),
- 2 – Bastante em desacordo (Não),
- 3 – Nem de acordo, nem em desacordo (mais ou menos),
- 4 – Bastante de acordo (Sim),
- 5 – Totalmente de acordo (absolutamente Sim).

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Preocupo-me com a morte   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Aflige-me pensar que posso morrer antes de fazer tudo o que queria                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Preocupo-me quando penso que posso ficar gravemente doente, durante muito tempo, antes de morrer  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Aflige-me pensar que os outros me podem ver sofrer antes de morrer                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Preocupa-me a ideia de as pessoas mais chegadas a mim não estarem presentes à hora da minha morte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Aflige-me o pensamento de perder a razão (de  |   |   |   |   |   |

- enlouquecer) antes de morrer 1 2 3 4 5
7. Preocupa-me pensar que as despesas com a minha morte  
podem vir a ser um peso para as outras pessoas 1 2 3 4 5
8. Fico perturbado ao pensar que, com a morte, vou  
deixar aqueles que amo 1 2 3 4 5
9. Fico preocupado ao pensar que as pessoas que  
me são queridas podem não se lembrar de mim,  
depois da minha morte 1 2 3 4 5
10. Preocupa-me pensar que com a morte posso  
desaparecer para sempre 1 2 3 4 5
11. Preocupa-me não saber o que me espera  
depois da morte 1 2 3 4 5

**ANEXO VIII**  
**Questionário demográfico**

Idade \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_

Institucionalizado: Sim \_\_\_\_\_ Há quanto tempo \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

### Estatuto Sócio-económico

Profissão que tinha \_\_\_\_\_

Habilitações literárias \_\_\_\_\_

### Religião

Tem alguma religião?

Se Sim \_\_\_\_\_ Qual a religião que professa? \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

**ANEXO IX**

**Respostas de autorização para a utilização dos instrumentos**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**  
Av. Bissaya Barreto  
e  
Praceta Prof. Mota Pinto  
3000-075 COIMBRA

Telefones { Bloco Central / Bloco de Celas { 239 400 400  
239 400 500  
239 400 600  
239 403 839  
Maternidade Dr. Daniel de Matos - 239 403 060  
Telefax n.º 239 823 907

Ex.ma Senhora:

Dra. Joana Cardo da Costa

Rua Carlos da Maia, 6 - 4º Dto.

1350-067 Lisboa

Em resposta ao pedido que me formulou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo a que seja utilizado o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão, no trabalho que pretende realizar. O CD-Rom que lhe envio com o programa de cotação facilita substancialmente a obtenção dos resultados, devendo, para isso, ser colocado dentro do disco duro. Após introduzir o CD no Drive respectivo, ele arranca por si e, depois, basta ir fazendo um "clique" naquilo que pede, para ser terminada a instalação. Ao fim, o ícone que aparece pode ser colocado em qualquer pasta que deseje.

Desde já lhe desejo os melhores êxitos para o seu trabalho.

Peço-lhe aceite os melhores cumprimentos,

Coimbra, 10 de Dezembro de 2003

O Director da Clínica Psiquiátrica dos H.U.C.

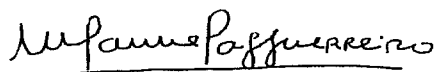
(Professor Doutor Adriano Vaz Serra)

**CENTRO DE ESTUDOS EGAS MONIZ**

Faculdade de Medicina de Lisboa

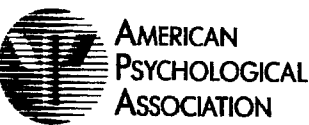
## Declaração

**Maria Manuela Gil Guerreiro, primeira autora do trabalho de validação para a população portuguesa do teste "Mini Mental State Examination" (MMSE), de Folstein e Folstein (1979), declara que autoriza a Dra. Joana Costa a utilizar o referido instrumento, cujos resultados de validação foram apresentados na Reunião da Sociedade Portuguesa de Neurologia em Maio de 1994 e o resumo publicado na Revista Portuguesa de Neurologia (Supl. nº 1, pg. 9-10), com o título "Adaptação à população Portuguesa da Tradução do Mini-Mental State Examination - MMSE" cujos autores são: Manuela Guerreiro, Ana Paula Silva, Maria Amália Botelho, Olívia Leitão, A. Castro-Caldas, Carlos Garcia.**



Manuela Guerreiro

Lisboa, 23 de Maio de 2005



INVOICE NO. N/A  
Federal Tax I.D. 53-0205890  
Date: June 13, 2005

IF THE TERMS STATED BELOW ARE ACCEPTABLE, PLEASE SIGN AND RETURN ONE COPY TO APA. RETAIN ONE COPY FOR YOUR RECORDS. PLEASE NOTE THAT PERMISSION IS NOT OFFICIAL UNTIL APA RECEIVES THE COUNTERSIGNED FORM AND ANY APPLICABLE FEES.

Joana Costa  
Rua Carlos da Maia, no. 6, 4<sup>th</sup> Direito  
Lisboa, 1350-067  
PORTUGAL

APA Permissions Office  
750 First Street, NE  
Washington, DC 20002-4242  
202-336-5541

IN MAKING PAYMENT REFER TO  
THE ABOVE INVOICE NUMBER

Request is for the following APA-copyrighted material: Appendix, page 1070, from JPSP, 1988, 54, 1063-1070

Request for the following use: Master's Thesis

File: Portuguese Translation Requests

Permission is granted for the nonexclusive use of APA-copyrighted material specified on the attached request contingent upon fulfillment of the conditions indicated below:

A fee of \$ 0 shall be paid to APA on or before publication.

This fee is ~~based on~~ waived.

The translated material must include the following notice: **This material originally appeared in English as [include full bibliographic citation]. Copyright © 1988 by the American Psychological Association. Translated and reprinted with permission of the publisher and the author. The American Psychological Association is not responsible for the accuracy of this translation. Neither the original nor this translation can be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in a database or retrieval system, without the prior written permission of the American Psychological Association.**

You must obtain the author's (or, in the case of multiple authorship, one author's) permission. APA's permission is subject to the condition that the author of the cited material does not object to your usage.

A complimentary copy of the work shall be sent to the APA Permissions Office upon publication.

Other/Comments:

This agreement constitutes permission to reprint only for the purposes specified on the attached request and does not apply to subsequent uses, nor any form of electronic use. Permission applies solely to publication and distribution in the **Portuguese** language throughout the world, unless otherwise stated. No changes, additions, or deletions to the material other than any authorized in this correspondence shall be made without prior written consent by APA. This permission does not include permission to use any copyrighted matter obtained by APA or the author(s) from other sources that may be incorporated in the material. It is the responsibility of the applicant to obtain permission from such other sources.

ACCEPTED AND AGREED TO BY:

PERMISSION GRANTED ON ABOVE TERMS:

Joana Costa  
Applicant

\_\_\_\_\_ for the American Psychological Association

2.06.05  
Date

\_\_\_\_\_ Date

I wish to cancel my request for permission at this time.

Dear Joana,

I appreciate your interest in the PANAS, and I am pleased to grant you permission to use the PANAS in your research. Please note, however, that the American Psychological Association (APA) is the official copyright holder of the instrument. Accordingly, you also need to obtain APA's permission before you can use the PANAS. You can contact Karen Thomas at [kthomas@apa.org](mailto:kthomas@apa.org).

Good luck with your research.

Sincerely,

David Watson, Ph.D.

At 12:37 PM +0100 6/3/05, j.cardo.costa wrote:

>Professor David Watson:

>I am a portuguese master student of psychology (from I.S.P.A.) and

>I'm written to you for requeste your authorization for use POSITIVE

>AND NEGATIVE AFFECT SCALE with a group of elder people.

>I expect your answer soon.

>Thank you,

>Joana Costa

--

---

Dr. David Watson  
F. Wendell Miller Professor  
Department of Psychology  
11 Seashore Hall E  
University of Iowa  
Iowa City, IA 52242-1407

319-335-3384 (voice)

319-335-0191 (fax)

E-mail: [david-watson@uiowa.edu](mailto:david-watson@uiowa.edu)

Webpage: <http://www.psychology.uiowa.edu/Faculty/Watson/Watson.html>

---

Dear Joana,

Thank you for the information. I am attaching an "advance" copy of APA's agreement in this e-mail, and will mail out two "hard" copies today via airmail. When you receive the "hard" copies, please sign and return one copy, keeping the other for your records.

Thanks for your patience!

Best regards,  
Barbara

-----Original Message-----

From: j.cardo.costa [<mailto:j.cardo.costa@netcabo.pt>]

Sent: Monday, June 13, 2005 11:29 AM

To: Baker, Barbara

Subject: RE: Request to use PANAS

**ANEXO X**

**Exemplo de Pedido de autorização às instituições para a realização do estudo**

Para: Projecto Alkantra  
Att.: Exmo. Senhor Filipe Santos  
FAX: 21 362 83 00

De: Joana Cardo da Costa  
Data: 24 de Março de 2004  
Nº Fls.: 1

Assunto: Dados sobre e recolha da amostra de tese de mestrado.

Exmo. Senhoras,

De acordo com o solicitado venho por esta forma referir alguns aspectos relacionados com o estudo que pretendo desenvolver e cerca da recolha da amostra.

A minha tese de mestrado encontra-se no âmbito da 3ª idade, pretende estudar o bem-estar subjectivo e a ansiedade face à morte nos idosos, para este efeito venho solicitar a possibilidade realizar entrevistas com idosos na vossa instituição.

O estudo a que me proponho contempla muitas variáveis pelo que necessito de uma amostra de grandes dimensões para poder estudar o efeito das mesmas.

Os idosos para poderem ser enquadrados neste estudo têm de ter mais do que 65 anos.

A bateria de testes é hetero-administrada, sob a forma de entrevista semi-directiva, uma vez que muitos dos idosos são analfabetos e/ou têm problemas de visão.

Por estas características, cada idoso necessita de alguma privacidade para responder às questões, pelo que solicito um local, senão isolado, recatado, por forma a deixar os idosos à vontade para poderem responder às questões. Cada entrevista demora em média 30 minutos, depende da vontade e da necessidade que cada idoso tenha de falar.

Os instrumentos a aplicar são: IACLIDE, *Mini-mental State (MMS)* como critério de exclusão da amostra. Uma escala de afectos negativos e positivos (*PANAS*), Escala de ansiedade face à morte (*DAQ*) e Escala de bem-estar subjectivo (*PGCMS-R*) para o estudo propriamente dito.

Gostaria de salientar a garantia de anonimato e confidencialidade de todos os participantes do estudo.

A forma de entrevista semi-directiva faz com que a bateria de testes pareça uma conversa, habitualmente encarada com a normalidade e bastante apreciada pelos idosos entrevistados até agora.

Sem outro assunto de momento, e agradecendo desde já toda a disponibilidade dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

Atentamente,  
Joana Cardo Da Costa

Tlm. 965434033

## **ANEXO XI**

### **Seleção de sinónimos dos itens da *PANAS*\***

**Angustiado:** aflito;

**Excitado:** agitado;

**Amedrontado:** assustado;

**Hostil:** agressivo, provocante;

**Inspirado:** que tem ideias ou pensamentos que vêm de repente;

**Resoluto:** decidido, desembaraçado;

**Receoso:** acanhado, tímido, medroso.

\* Selecção de sinónimos recolhidos a partir do Dicionário Universal – Língua portuguesa, Texto editora, 1995 e do Dicionário da Língua portuguesa, Porto Editora, 1998)

**ANEXO XII**

***PANAS: distribuição dos resultados nos itens PANAS hoje***

## Descriptives

		Statistic	Std. Error	
PHoje interessado	Mean	3,1586	,10707	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,9470	
		Upper Bound	3,3702	
	5% Trimmed Mean	3,1762		
	Median	4,0000		
	Variance	1,662		
	Std. Deviation	1,28925		
	Minimum	1,00		
	Maximum	5,00		
	Range	4,00		
	Interquartile Range	2,0000		
	Skewness	-,439	,201	
	Kurtosis	-1,010	,400	
	PHoje angustiado	Mean	1,7586	,10324
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	1,5546	
		Upper Bound	1,9627	
5% Trimmed Mean		1,6226		
Median		1,0000		
Variance		1,545		
Std. Deviation		1,24318		
Minimum		1,00		
Maximum		5,00		
Range		4,00		
Interquartile Range		1,0000		
Skewness		1,459	,201	
Kurtosis		,711	,400	
PHoje excitado		Mean	1,5103	,08369
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,3449	
		Upper Bound	1,6758	
	5% Trimmed Mean	1,3697		
	Median	1,0000		
	Variance	1,016		
	Std. Deviation	1,00773		
	Minimum	1,00		
	Maximum	5,00		
	Range	4,00		
	Interquartile Range	1,0000		
	Skewness	2,056	,201	
	Kurtosis	3,392	,400	
	PHoje chateado	Mean	1,6483	,09862
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	1,4534	

	Interval for Mean	Upper Bound	1,8432	
	5% Trimmed Mean		1,5000	
	Median		1,0000	
	Variance		1,410	
	Std. Deviation		1,18750	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		1,0000	
	Skewness		1,697	,201
	Kurtosis		1,567	,400
PHoje forte	Mean		2,5931	,10654
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,3825	
		Upper Bound	2,8037	
	5% Trimmed Mean		2,5881	
	Median		3,0000	
	Variance		1,646	
	Std. Deviation		1,28288	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		3,0000	
	Skewness		-,140	,201
	Kurtosis		-1,552	,400
PHoje culpado	Mean		1,0759	,03673
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,0033	
		Upper Bound	1,1485	
	5% Trimmed Mean		1,0000	
	Median		1,0000	
	Variance		,196	
	Std. Deviation		,44226	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		,0000	
	Skewness		7,206	,201
	Kurtosis		56,200	,400
PHojeamedrontado	Mean		1,4345	,08522
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,2660	
		Upper Bound	1,6029	
	5% Trimmed Mean		1,2701	
	Median		1,0000	
	Variance		1,053	

	Std. Deviation		1,02614	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		,0000	
	Skewness		2,408	,201
	Kurtosis		4,824	,400
PHoje hostil	Mean		1,0966	,03831
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,0208	
		Upper Bound	1,1723	
	5% Trimmed Mean		1,0134	
	Median		1,0000	
	Variance		,213	
	Std. Deviation		,46134	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		,0000	
	Skewness		6,382	,201
	Kurtosis		46,147	,400
PHojeentusiasnado	Mean		2,3655	,11406
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,1401	
		Upper Bound	2,5910	
	5% Trimmed Mean		2,2950	
	Median		2,0000	
	Variance		1,886	
	Std. Deviation		1,37343	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		2,0000	
	Skewness		,571	,201
	Kurtosis		-,981	,400
PHoje orgulhoso	Mean		1,4759	,08135
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,3151	
		Upper Bound	1,6366	
	5% Trimmed Mean		1,3544	
	Median		1,0000	
	Variance		,959	
	Std. Deviation		,97953	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		,0000	

PHoje irritavel	Skewness		1,889	,201	
	Kurtosis		2,221	,400	
	Mean		1,4138	,07986	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		1,2559	
		Upper Bound		1,5716	
	5% Trimmed Mean		1,2625		
	Median		1,0000		
	Variance		,925		
	Std. Deviation		,96167		
	Minimum		1,00		
	Maximum		5,00		
	Range		4,00		
	Interquartile Range		,0000		
	Skewness		2,458	,201	
Kurtosis		5,225	,400		
PHoje alerta	Mean		2,7034	,10270	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		2,5004	
		Upper Bound		2,9065	
	5% Trimmed Mean		2,6801		
	Median		3,0000		
	Variance		1,530		
	Std. Deviation		1,23673		
	Minimum		1,00		
	Maximum		5,00		
	Range		4,00		
	Interquartile Range		2,0000		
	Skewness		-,064	,201	
	Kurtosis		-1,246	,400	
	PHoje envergonhado	Mean		1,2138	,04713
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound		1,1206	
		Upper Bound		1,3069	
5% Trimmed Mean			1,1207		
Median			1,0000		
Variance			,322		
Std. Deviation			,56748		
Minimum			1,00		
Maximum			5,00		
Range			4,00		
Interquartile Range			,0000		
Skewness			3,462	,201	
Kurtosis			15,308	,400	
PHoje inspirado		Mean		1,7655	,09285
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		1,5820	

	Interval for Mean	Upper Bound		1,9491	
	5% Trimmed Mean			1,6533	
	Median			1,0000	
	Variance			1,250	
	Std. Deviation			1,11812	
	Minimum			1,00	
	Maximum			5,00	
	Range			4,00	
	Interquartile Range			1,0000	
	Skewness			1,322	,201
	Kurtosis			,672	,400
PHoje nervoso	Mean			1,6138	,09294
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		1,4301	
		Upper Bound		1,7975	
	5% Trimmed Mean			1,4693	
	Median			1,0000	
	Variance			1,253	
	Std. Deviation			1,11919	
	Minimum			1,00	
	Maximum			5,00	
	Range			4,00	
	Interquartile Range			1,0000	
	Skewness			1,835	,201
	Kurtosis			2,260	,400
PHoje resoluta	Mean			2,8414	,10617
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		2,6315	
		Upper Bound		3,0512	
	5% Trimmed Mean			2,8257	
	Median			3,0000	
	Variance			1,634	
	Std. Deviation			1,27843	
	Minimum			1,00	
	Maximum			5,00	
	Range			4,00	
	Interquartile Range			2,0000	
	Skewness			-,244	,201
	Kurtosis			-1,303	,400
PHoje Atento	Mean			3,1862	,08643
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		3,0154	
		Upper Bound		3,3570	
	5% Trimmed Mean			3,2088	
	Median			3,0000	
	Variance			1,083	

	Std. Deviation		1,04074	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		2,0000	
	Skewness		-,531	,201
	Kurtosis		-,547	,400
PHoje tremulo	Mean		1,4069	,07981
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,2491	
		Upper Bound	1,5646	
	5% Trimmed Mean		1,2625	
	Median		1,0000	
	Variance		,924	
	Std. Deviation		,96102	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		,0000	
	Skewness		2,387	,201
	Kurtosis		4,671	,400
PHoje activo	Mean		2,7517	,10336
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,5474	
		Upper Bound	2,9560	
	5% Trimmed Mean		2,7241	
	Median		3,0000	
	Variance		1,549	
	Std. Deviation		1,24461	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		2,0000	
	Skewness		-,064	,201
	Kurtosis		-1,182	,400
PHoje receoso	Mean		1,8000	,10010
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,6022	
		Upper Bound	1,9978	
	5% Trimmed Mean		1,6762	
	Median		1,0000	
	Variance		1,453	
	Std. Deviation		1,20531	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		1,0000	

Skewness	1,310	,201
Kurtosis	,453	,400

**ANEXO XIII*****PANAS: distribuição dos resultados nos itens PANAS normalmente***

## Descriptives

			Statistic	Std. Error
PNor interesado	Mean		3,4552	,09437
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,2686	
		Upper Bound	3,6417	
	5% Trimmed Mean		3,5057	
	Median		4,0000	
	Variance		1,291	
	Std. Deviation		1,13639	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		1,0000	
	Skewness		-,881	,201
	Kurtosis		,014	,400
	PNor angustiado	Mean		2,3172
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	2,0853	
		Upper Bound	2,5491	
5% Trimmed Mean			2,2414	
Median			2,0000	
Variance			1,996	
Std. Deviation			1,41276	
Minimum			1,00	
Maximum			5,00	
Range			4,00	
Interquartile Range			3,0000	
Skewness			,664	,201
Kurtosis			-1,025	,400
PNor excitado		Mean		2,2621
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,0466	
		Upper Bound	2,4775	
	5% Trimmed Mean		2,1801	
	Median		2,0000	
	Variance		1,723	
	Std. Deviation		1,31244	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		2,0000	
	Skewness		,774	,201
	Kurtosis		-,568	,400
	PNor chateado	Mean		2,0207
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	1,8192	

	Interval for Mean	Upper Bound	2,2222	
	5% Trimmed Mean		1,9138	
	Median		2,0000	
	Variance		1,507	
	Std. Deviation		1,22740	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		2,0000	
	Skewness		1,011	,201
	Kurtosis		-,146	,400
PNor forte	Mean		2,6828	,10344
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,4783	
		Upper Bound	2,8872	
	5% Trimmed Mean		2,6877	
	Median		3,0000	
	Variance		1,551	
	Std. Deviation		1,24557	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		3,0000	
	Skewness		-,229	,201
	Kurtosis		-1,445	,400
PNor culpado	Mean		1,1724	,04829
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,0770	
		Upper Bound	1,2679	
	5% Trimmed Mean		1,0670	
	Median		1,0000	
	Variance		,338	
	Std. Deviation		,58148	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		,0000	
	Skewness		4,265	,201
	Kurtosis		20,372	,400
PNor amedrontado	Mean		1,8138	,11158
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,5932	
		Upper Bound	2,0343	
	5% Trimmed Mean		1,6820	
	Median		1,0000	
	Variance		1,805	

	Std. Deviation		1,34364	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		1,0000	
	Skewness		1,443	,201
	Kurtosis		,599	,400
PNor hostil	Mean		1,2414	,05560
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,1315	
		Upper Bound	1,3513	
	5% Trimmed Mean		1,1284	
	Median		1,0000	
	Variance		,448	
	Std. Deviation		,66953	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		,0000	
	Skewness		3,759	,201
	Kurtosis		16,076	,400
PNor entusiasmodo	Mean		3,0276	,10026
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,8294	
		Upper Bound	3,2258	
	5% Trimmed Mean		3,0307	
	Median		3,0000	
	Variance		1,458	
	Std. Deviation		1,20730	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		2,0000	
	Skewness		-,294	,201
	Kurtosis		-1,015	,400
PNor orgulhoso	Mean		1,6069	,08770
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,4336	
		Upper Bound	1,7802	
	5% Trimmed Mean		1,4923	
	Median		1,0000	
	Variance		1,115	
	Std. Deviation		1,05604	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		1,0000	

PNor irritavel	Skewness		1,562	,201	
	Kurtosis		1,182	,400	
	Mean		2,6483	,12284	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		2,4055	
		Upper Bound		2,8911	
	5% Trimmed Mean		2,6092		
	Median		2,0000		
	Variance		2,188		
	Std. Deviation		1,47917		
	Minimum		1,00		
	Maximum		5,00		
	Range		4,00		
	Interquartile Range		3,0000		
	Skewness		,248	,201	
Kurtosis		-1,423	,400		
PNor alerta	Mean		3,0483	,10646	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		2,8378	
		Upper Bound		3,2587	
	5% Trimmed Mean		3,0536		
	Median		3,0000		
	Variance		1,643		
	Std. Deviation		1,28199		
	Minimum		1,00		
	Maximum		5,00		
	Range		4,00		
	Interquartile Range		2,0000		
	Skewness		-,432	,201	
	Kurtosis		-1,116	,400	
	PNor envergonhado	Mean		1,9724	,09385
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound		1,7869	
		Upper Bound		2,1579	
5% Trimmed Mean			1,8678		
Median			2,0000		
Variance			1,277		
Std. Deviation			1,13005		
Minimum			1,00		
Maximum			5,00		
Range			4,00		
Interquartile Range			1,0000		
Skewness			1,197	,201	
Kurtosis			,587	,400	
PNor inspirado		Mean		2,1793	,09820
	95% Confidence	Lower Bound	1,9852		

	Interval for Mean	Upper Bound	2,3734	
	5% Trimmed Mean		2,1207	
	Median		2,0000	
	Variance		1,398	
	Std. Deviation		1,18245	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		2,0000	
	Skewness		,617	,201
	Kurtosis		-,874	,400
PNor nervoso	Mean		3,2483	,12127
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,0086	
		Upper Bound	3,4880	
	5% Trimmed Mean		3,2759	
	Median		3,0000	
	Variance		2,132	
	Std. Deviation		1,46027	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		3,0000	
	Skewness		-,183	,201
	Kurtosis		-1,372	,400
PNor resoluto	Mean		3,1448	,09786
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,9514	
		Upper Bound	3,3383	
	5% Trimmed Mean		3,1609	
	Median		4,0000	
	Variance		1,389	
	Std. Deviation		1,17839	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		2,0000	
	Skewness		-,647	,201
	Kurtosis		-,717	,400
PNor atento	Mean		3,4621	,08072
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,3025	
		Upper Bound	3,6216	
	5% Trimmed Mean		3,5134	
	Median		4,0000	
	Variance		,945	

	Std. Deviation		,97197	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		1,0000	
	Skewness		-1,042	,201
	Kurtosis		,613	,400
PNor tremulo	Mean		1,8897	,09595
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,7000	
		Upper Bound	2,0793	
	5% Trimmed Mean		1,7682	
	Median		2,0000	
	Variance		1,335	
	Std. Deviation		1,15541	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		1,0000	
	Skewness		1,369	,201
	Kurtosis		,935	,400
PNor activo	Mean		2,9379	,09700
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,7462	
		Upper Bound	3,1296	
	5% Trimmed Mean		2,9310	
	Median		3,0000	
	Variance		1,364	
	Std. Deviation		1,16798	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		2,0000	
	Skewness		-,249	,201
	Kurtosis		-,875	,400
PNor receoso	Mean		2,2552	,11571
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,0265	
		Upper Bound	2,4839	
	5% Trimmed Mean		2,1724	
	Median		2,0000	
	Variance		1,941	
	Std. Deviation		1,39333	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		2,0000	

Skewness	.704	.201
Kurtosis	-.876	.400

**ANEXO XIV****Teste do modelo dos afectos positivos (*PANAS normalmente*)**

DATE: 10/15/2004  
TIME: 11:49

L I S R E L 8.53

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by  
Scientific Software International, Inc.  
7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100  
Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.  
Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140  
Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2002  
Use of this program is subject to the terms specified in the  
Universal Copyright Convention.  
Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file  
C:\LISREL8W\PANAS\panas\_n\LIS\_16hbs.Spl:

LISREL - PANAS - 16

Observed Variables: pntnt pnang pnexci pncha pnfprt pntnt  
pnirri pnaler pnenv pninsp pnnerv pnreso pnaten pntrem pnact pnrece

Sample Size: 73

Correlation Matrix From File FINAL.POL  
Asymptotic Covariance Matrix From File FINAL.AC  
Latent variables Pos Neg Fl

Relationship

Pos -> pntnt pnfprt pntnt pnaler pninsp pnreso pnaten pnact  
let the error covariance between pnaten pnaler free  
let the error covariance between pninsp pntnt free

Method: Weighted Least Squares

Path Diagram

Print Residuals

END OF PROBLEM

Sample Size = 73

LISREL - PANAS - 16

## Correlation Matrix

	pnint	pnfort	pnent	pnaler	pninsp	
pnreso	-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----						
pnint	1.00					
pnfort	0.41	1.00				
pnent	0.42	0.35	1.00			
pnaler	0.26	0.35	0.30	1.00		
pninsp	0.47	0.28	0.53	0.18	1.00	
pnreso	0.39	0.48	0.19	0.26	0.37	
1.00						
pnaten	0.46	0.37	0.39	0.62	0.30	
0.36						
pnact	0.48	0.60	0.45	0.35	0.38	
0.59						

## Correlation Matrix

	pnaten	pnact
pnaten	-----	-----
pnact	-----	-----
pnaten	1.00	
pnact	0.36	1.00

LISREL - PANAS - 16

Number of Iterations = 8

LISREL Estimates (Weighted Least Squares)

## Measurement Equations

pnint = 0.72*Pos, Errorvar.= 0.47 , R <sub>y</sub> = 0.53
(0.062) (0.15)
11.60 3.19
pnfort = 0.74*Pos, Errorvar.= 0.46 , R <sub>y</sub> = 0.54
(0.057) (0.14)
12.97 3.17
pnent = 0.64*Pos, Errorvar.= 0.59 , R <sub>y</sub> = 0.41
(0.076) (0.15)
8.44 3.88
pnaler = 0.48*Pos, Errorvar.= 0.77 , R <sub>y</sub> = 0.23
(0.097) (0.15)
4.96 5.11
pninsp = 0.63*Pos, Errorvar.= 0.60 , R <sub>y</sub> = 0.40
(0.098) (0.17)
6.46 3.51

pnreso = 0.75\*Pos, Errorvar.= 0.44 , R<sub>y</sub> = 0.56  
 (0.068) (0.16)  
 11.03 2.80

pnaten = 0.70\*Pos, Errorvar.= 0.51 , R<sub>y</sub> = 0.49  
 (0.087) (0.17)  
 8.06 3.01

pnact = 0.87\*Pos, Errorvar.= 0.24 , R<sub>y</sub> = 0.76  
 (0.052) (0.15)  
 16.88 1.62

Error Covariance for pninsp and pnent = 0.22  
 (0.072)  
 3.09

Error Covariance for pnaten and pnalr = 0.36  
 (0.094)  
 3.77

#### Correlation Matrix of Independent Variables

Pos  
 -----  
 1.00

#### Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 18  
 Minimum Fit Function Chi-Square = 9.59 (P = 0.94)  
 Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 0.0  
 90 Percent Confidence Interval for NCP = (0.0 ; 0.39)

Minimum Fit Function Value = 0.13  
 Population Discrepancy Function Value (F0) = 0.0  
 90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.0 ; 0.0054)  
 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.0  
 90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.0 ; 0.017)  
 P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.98

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 0.75  
 90 Percent Confidence Interval for ECVI = (0.75 ; 0.76)  
 ECVI for Saturated Model = 1.00  
 ECVI for Independence Model = 4.11

Chi-Square for Independence Model with 28 Degrees of Freedom =  
 280.24

Independence AIC = 296.24  
 Model AIC = 45.59  
 Saturated AIC = 72.00  
 Independence CAIC = 322.56  
 Model CAIC = 104.82

Saturated CAIC = 190.46

Normed Fit Index (NFI) = 0.97  
 Non-Normed Fit Index (NNFI) = 1.05  
 Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.62  
 Comparative Fit Index (CFI) = 1.00  
 Incremental Fit Index (IFI) = 1.03  
 Relative Fit Index (RFI) = 0.95

Critical N (CN) = 262.19

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.11  
 Standardized RMR = 0.11  
 Goodness of Fit Index (GFI) = 0.99  
 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.98  
 Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.49

LISREL - PANAS - 16

Fitted Covariance Matrix

	pnint	pnfort	pnent	pnaler	pninsp	
pnreso	-----	-----	-----	-----	-----	----
-----						
pnint	1.00					
pnfort	0.53	1.00				
pnent	0.46	0.47	1.00			
pnaler	0.35	0.35	0.31	1.00		
pninsp	0.46	0.47	0.63	0.30	1.00	
pnreso	0.54	0.55	0.48	0.36	0.47	
1.00						
pnaten	0.51	0.52	0.45	0.69	0.44	
0.53						
pnact	0.63	0.64	0.56	0.42	0.55	
0.65						

Fitted Covariance Matrix

	pnaten	pnact
pnaten	-----	-----
pnact	1.00	1.00
	0.61	

Fitted Residuals

	pnint	pnfort	pnent	pnaler	pninsp	
pnreso	-----	-----	-----	-----	-----	----
-----						
pnint	0.00					
pnfort	-0.13	0.00				
pnent	-0.04	-0.12	0.00			
pnaler	-0.09	0.00	-0.01	0.00		
pninsp	0.01	-0.19	-0.10	-0.12	0.00	

pnreso	-0.15	-0.07	-0.29	-0.10	-0.11	
0.00						
pnaten	-0.04	-0.15	-0.06	-0.07	-0.14	-
0.16						
pnact	-0.16	-0.04	-0.11	-0.07	-0.17	-
0.07						

Fitted Residuals

	pnaten	pnact
	-----	-----
pnaten	0.00	
pnact	-0.25	0.00

Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.29  
 Median Fitted Residual = -0.07  
 Largest Fitted Residual = 0.01

Stemleaf Plot

```

- 2|95
- 2|
- 1|976655
- 1|43221100
- 0|977776
- 0|4441000000000
  0|1
    
```

Standardized Residuals

	pnint	pnfort	pnent	pnaler	pninsp	
pnreso	-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----						
pnint	- -					
pnfort	-1.12	- -				
pnent	-0.43	-0.97	- -			
pnaler	-0.81	-0.04	-0.06	- -		
pninsp	0.16	-1.57	-1.59	-1.03	- -	
phreso	-1.44	-0.87	-2.01	-1.01	-1.38	
- -						
pnaten	-0.61	-1.24	-0.64	-0.99	-1.36	-
1.42						
pnact	-1.51	-0.77	-1.06	-0.92	-1.77	-
0.97						

Standardized Residuals

	pnaten	pnact
	-----	-----
pnaten	- -	
pnact	-2.37	- -

Summary Statistics for Standardized Residuals

Smallest Standardized Residual = -2.37  
Median Standardized Residual = -0.94  
Largest Standardized Residual = 0.16

## Stemleaf Plot

```
- 2|40
- 1|8665
- 1|444421100000
- 0|998866
- 0|410000000000
  0|2
```

Time used: 0.239 Seconds

**ANEXO XV**

**Teste do modelo dos afectos negativos (*PANAS normalmente*)**

DATE: 10/15/2004

TIME: 11:48

L I S R E L 8.53

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by  
Scientific Software International, Inc.

7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100  
Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.

Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2002

Use of this program is subject to the terms specified in the  
Universal Copyright Convention.

Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file  
C:\LISREL8W\PANAS\panas\_n\LIS\_16hbs\_neg.Spl:

LISREL - PANAS - 16

Observed Variables: pnint pnang pnexci pncha pnfort pnent  
pnirri pnalr pnenv pninsp pnnerv pnreso pnaten pntrem pnact pnrece

Sample Size: 73

Correlation Matrix From File FINAL.POL  
Asymptotic Covariance Matrix From File FINAL.AC  
Latent variables Pos Neg F1

Relationship

Neg-> pnang pncha pnirri pnenv pnnerv pntrem pnrece

Method: Weighted Least Squares

Path Diagram

Print Residuals

END OF PROBLEM

Sample Size = 73

LISREL - PANAS - 16

## Correlation Matrix

	pnang	pncha	pnirri	pnenv	pnnerv	
pnang	1.00					
pncha	0.31	1.00				
pnirri	0.34	0.40	1.00			
pnenv	0.19	0.19	0.12	1.00		
pnnerv	0.43	0.28	0.49	0.30	1.00	
pnre	0.33	0.12	0.33	0.19	0.48	1.00
pnre	0.29	0.21	0.17	0.16	0.28	0.26

## Correlation Matrix

	pnre
pnre	1.00

LISREL - PANAS - 16

Number of Iterations = 7

LISREL Estimates (Weighted Least Squares)

## Measurement Equations

pnang = 0.61*Neg, Errorvar.= 0.62 , R <sup>2</sup> = 0.38 (0.092) (0.16) 6.68 3.82
pncha = 0.55*Neg, Errorvar.= 0.70 , R <sup>2</sup> = 0.30 (0.095) (0.16) 5.78 4.42
pnirri = 0.70*Neg, Errorvar.= 0.51 , R <sup>2</sup> = 0.49 (0.079) (0.16) 8.87 3.18
pnenv = 0.37*Neg, Errorvar.= 0.86 , R <sup>2</sup> = 0.14 (0.14) (0.16) 2.58 5.37
pnnerv = 0.72*Neg, Errorvar.= 0.48 , R <sup>2</sup> = 0.52 (0.082) (0.17) 8.73 2.90
pnre = 0.64*Neg, Errorvar.= 0.59 , R <sup>2</sup> = 0.41 (0.12) (0.20) 5.22 2.99

pnrece = 0.40\*Neg, Errorvar.= 0.84 , Rý = 0.16  
 (0.10) (0.14)  
 3.89 5.83

### Correlation Matrix of Independent Variables

Neg  
 -----  
 1.00

### Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 14  
 Minimum Fit Function Chi-Square = 8.95 (P = 0.83)  
 Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 0.0  
 90 Percent Confidence Interval for NCP = (0.0 ; 4.65)

Minimum Fit Function Value = 0.12  
 Population Discrepancy Function Value (F0) = 0.0  
 90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.0 ; 0.065)  
 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.0  
 90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.0 ; 0.068)  
 P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.91

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 0.58  
 90 Percent Confidence Interval for ECVI = (0.58 ; 0.65)  
 ECVI for Saturated Model = 0.78  
 ECVI for Independence Model = 1.28

Chi-Square for Independence Model with 21 Degrees of Freedom =  
 77.92

Independence AIC = 91.92  
 Model AIC = 36.95  
 Saturated AIC = 56.00  
 Independence CAIC = 114.95  
 Model CAIC = 83.01  
 Saturated CAIC = 148.13

Normed Fit Index (NFI) = 0.89  
 Non-Normed Fit Index (NNFI) = 1.13  
 Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.59  
 Comparative Fit Index (CFI) = 1.00  
 Incremental Fit Index (IFI) = 1.08  
 Relative Fit Index (RFI) = 0.83

Critical N (CN) = 235.57

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.070  
 Standardized RMR = 0.070  
 Goodness of Fit Index (GFI) = 0.98  
 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.97  
 Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.49

LISREL - PANAS - 16

## Fitted Covariance Matrix

	pnang	pncha	pnirri	pnenv	pnnerv	
pnang	1.00					
pncha	0.34	1.00				
pnirri	0.43	0.38	1.00			
pnenv	0.23	0.21	0.26	1.00		
pnnerv	0.44	0.40	0.50	0.27	1.00	
pnreem	0.39	0.35	0.45	0.24	0.46	
1.00						
pnrece	0.25	0.22	0.28	0.15	0.29	
0.26						

## Fitted Covariance Matrix

	pnrece
pnrece	1.00

## Fitted Residuals

	pnang	pncha	pnirri	pnenv	pnnerv	
pnang	0.00					
pncha	-0.03	0.00				
pnirri	-0.09	0.02	0.00			
pnenv	-0.04	-0.01	-0.14	0.00		
pnnerv	-0.01	-0.12	-0.01	0.03	0.00	
pnreem	-0.06	-0.23	-0.12	-0.05	0.02	
0.00						
pnrece	0.04	-0.01	-0.11	0.01	-0.01	
0.00						

## Fitted Residuals

	pnrece
pnrece	0.00

## Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.23  
 Median Fitted Residual = -0.01  
 Largest Fitted Residual = 0.04

## Stemleaf Plot

- 2|3  
 - 1|

```

- 1|4221
- 0|965
- 0|431111100000000
  0|12234

```

## Standardized Residuals

	pnang	pncha	pnirri	pnenv	pnnerv	
pnang	-	-				
pncha	-0.27	-				
pnirri	-0.74	0.21	-			
pnenv	-0.44	-0.11	-1.36	-		
pnnerv	-0.11	-1.40	-0.18	0.31	-	
pnrem	-0.76	-1.96	-1.20	-0.41	0.28	
pnrece	0.35	-0.11	-1.01	0.10	-0.09	

## Standardized Residuals

	pnrece
pnrece	-

## Summary Statistics for Standardized Residuals

```

Smallest Standardized Residual = -1.96
Median Standardized Residual = -0.10
Largest Standardized Residual = 0.35

```

## Stemleaf Plot

```

-18|6
-16|
-14|0
-12|60
-10|1
- 8|
- 6|64
- 4|41
- 2|7
- 0|811190000000
  0|50
  2|1815

```

Time used: 0.197 Seconds

**ANEXO XVI**

***Alpha das escalas da PANAS normalmente***

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)  
N of  
Statistics for Mean Variance Std Dev Variables  
SCALE 23,9379 35,6142 5,9678 8

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PNINT	20,4828	27,9459	,5308	,7597
PNFORT	21,2552	27,2747	,5218	,7608
PNENT	20,9103	27,9850	,4832	,7672
PNALER	20,8897	28,3072	,4152	,7794
PNINSP	21,7586	28,7399	,4319	,7753
PNRESO	20,7931	28,4708	,4576	,7712
PNATEN	20,4759	29,3484	,5053	,7654
PNACT	21,0000	26,6528	,6300	,7431

Reliability Coefficients

N of Cases = 145,0

N of Items = 8

Alpha = ,7886

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)  
N of  
Statistics for Mean Variance Std Dev Variables  
SCALE 16,3517 30,2296 5,4981 7

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PNANG	14,0345	22,2835	,4461	,6410
PNCHA	14,3310	24,4452	,3525	,6664
PNIRRI	13,7034	21,8767	,4455	,6412
PNENV	14,3793	26,0704	,2498	,6891
PNNERV	13,1034	20,6212	,5637	,6039
PNTREM	14,4621	24,2225	,4108	,6530
PNRECE	14,0966	24,0045	,3138	,6784

Reliability Coefficients

N of Cases = 145,0

N of Items = 7

Alpha = ,6890

**ANEXO XVII**

**Distribuição dos resultados nas variáveis endógenas do modelo (excepto as dicotómicas)**

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
s_i	145	100,0%	0	,0%	145	100,0%
sof	145	100,0%	0	,0%	145	100,0%

## Descriptives

		Statistic	Std. Error	
s_i	Mean	1,0363	,02197	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	,9929 1,0798	
	5% Trimmed Mean	1,0315		
	Median	1,0067		
	Variance	,070		
	Std. Deviation	,26461		
	Minimum	,72		
	Maximum	1,44		
	Range	,72		
	Interquartile Range	,58		
	Skewness	,224	,201	
	Kurtosis	-1,269	,400	
	sof	Mean	1,7301	,03124
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	1,6684 1,7919
5% Trimmed Mean		1,7687		
Median		2,0200		
Variance		,142		
Std. Deviation		,37624		
Minimum		,67		
Maximum		2,02		
Range		1,35		
Interquartile Range		,45		
Skewness		-1,210	,201	
Kurtosis		,682	,400	

DATE: 02/28/2005

TIME: 00:14

P R E L I S 2.53

BY

Karl G. J"reskog &amp; Dag S"rbom

This program is published exclusively by  
 Scientific Software International, Inc.  
 7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100  
 Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.

Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2002

Use of this program is subject to the terms specified in the  
 Universal Copyright Convention.

Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file C:\LISREL8W\bem-  
 estar\joana\modelo\final\_corr75.PR2:

- PRELIS - POLICORICAS -- 13

DA NI=13 NOBS=145

RA FI=final.DAD FO

(13F4.2)

LA; idade80 sx casados inst cat

p\_neg p\_pos s\_i at ag p sol sof

OR idade85-sof

OU MA=PM PM=FINAL.POL SA=FINAL.AC ND=3

W\_A\_R\_N\_I\_N\_G: p\_neg has more than 15 categories and will be  
 treated as continuous. ERROR CODE 201.

W\_A\_R\_N\_I\_N\_G: p\_pos has more than 15 categories and will be  
 treated as continuous. ERROR CODE 201.

W\_A\_R\_N\_I\_N\_G: sol has more than 15 categories and will be  
 treated as continuous. ERROR CODE 201.

W\_A\_R\_N\_I\_N\_G: at has more than 15 categories and will be  
 treated as continuous. ERROR CODE 201.

W\_A\_R\_N\_I\_N\_G: p has more than 15 categories and will be  
 treated as continuous. ERROR CODE 201.

W\_A\_R\_N\_I\_N\_G: ag has more than 15 categories and will be  
 treated as continuous. ERROR CODE 201.

Total Sample Size = 145

Univariate Marginal Parameters









## **ANEXO XVIII**

### **Teste do modelo preditor de ansiedade face à morte em idosos**

DATE: 3/ 1/2005

TIME: 11:31

L I S R E L 8.53

BY

Karl G. Jöreskog &amp; Dag Sörbom

This program is published exclusively by  
 Scientific Software International, Inc.  
 7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100  
 Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.

Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140  
 Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2002  
 Use of this program is subject to the terms specified in the  
 Universal Copyright Convention.  
 Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file C:\LISREL8W\bem-  
 estar\joana\modelo\_bs\final1\_bs75\_ef.Spl:

- LISREL - - 13

Observed Variables: idade80 sx casados inst cat  
 p\_neg p\_pos s\_i at ag p sol sof

Sample Size: 108

Correlation Matrix From File FINAL.POL

Asymptotic Covariance Matrix From File FINAL.AC

Relationship

idade80 -> p\_neg p\_pos s\_i at ag sol casados  
 inst -> p\_pos p\_neg s\_i at ag  
 sx -> cat sol  
 cat -> p\_neg p\_pos s\_i ag p  
 casados -> s\_i at ag p  
 p\_pos -> s\_i at ag  
 p\_neg -> s\_i at ag  
 at -> ag s\_i sol sof  
 ag -> p sol  
 s\_i -> sof

Method: Weighted Least Squares

lisrel output: ef

Path Diagram

Print Residuals

END OF PROBLEM

- LISREL - - 13

Correlation Matrix

at	casados	cat	p_neg	p_pos	s_i	
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
casados	1.00					
cat	-0.13	1.00				
p_neg	0.03	-0.10	1.00			
p_pos	-0.02	0.01	-0.27	1.00		
s_i	-0.31	0.44	-0.10	0.04	1.00	
at	-0.04	0.03	-0.27	0.23	0.07	
1.00						
ag	-0.02	0.04	-0.43	0.01	0.06	
0.37						
p	0.01	-0.04	0.19	0.09	-0.02	-
0.13						
sol	0.02	-0.05	0.25	-0.10	-0.05	-
0.24						
sof	-0.05	-0.03	0.03	-0.02	-0.11	-
0.03						
idade80	0.56	-0.01	-0.02	-0.04	-0.21	-
0.02						
sx	0.20	-0.49	0.04	-0.02	-0.19	-
0.02						
inst	-0.45	0.01	0.00	0.06	0.11	
0.00						

## Correlation Matrix

sx	ag	p	sol	sof	idade80	
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ag	1.00					
p	-0.34	1.00				
sol	-0.28	0.38	1.00			
sof	-0.03	0.07	0.07	1.00		
idade80	0.02	0.00	0.03	-0.10	1.00	
sx	-0.02	0.06	0.08	0.23	0.25	
1.00						
inst	-0.03	0.01	-0.02	0.05	-0.58	
0.17						

## Correlation Matrix

inst	inst
-----	-----
inst	1.00

- LISREL - - 13

## Parameter Specifications

## BETA

at	casados	cat	p_neg	p_pos	s_i
----	---------	-----	-------	-------	-----

-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
0	casados	0	0	0	0	0
0	cat	0	0	0	0	0
0	p_neg	0	1	0	0	0
0	p_pos	0	2	0	0	0
7	s_i	3	4	5	6	0
0	at	8	0	9	10	0
15	ag	11	12	13	14	0
0	p	16	17	0	0	0
19	sol	0	0	0	0	0
22	sof	0	0	0	0	21

## BETA

	-----	-----	-----	-----
	ag	p	sol	sof
casados	0	0	0	0
cat	0	0	0	0
p_neg	0	0	0	0
p_pos	0	0	0	0
s_i	0	0	0	0
at	0	0	0	0
ag	0	0	0	0
p	18	0	0	0
sol	20	0	0	0
sof	0	0	0	0

## GAMMA

	-----	-----	-----
	idade80	sx	inst
casados	23	0	0
cat	0	24	0
p_neg	25	0	26
p_pos	27	0	28
s_i	29	0	30
at	31	0	32
ag	33	0	34
p	0	0	0
sol	35	36	0
sof	0	0	0

## PHI

-----	-----	-----
idade80	sx	inst

idade80	37			
sx	38	39		
inst	40	41	42	

PSI

	casados	cat	p_neg	p_pos	s_i	
at	-----	-----	-----	-----	-----	-----
48	43	44	45	46	47	

PSI

	ag	p	sol	sof
	-----	-----	-----	-----
	49	50	51	52

- LISREL - - 13

Number of Iterations = 36

LISREL Estimates (Weighted Least Squares)

BETA

	casados	cat	p_neg	p_pos	s_i	
at	-----	-----	-----	-----	-----	-----
casados	--	--	--	--	--	
cat	--	--	--	--	--	
p_neg	--	-0.15	--	--	--	
		(0.02)				
		-6.52				
p_pos	--	-0.03	--	--	--	
		(0.02)				
		-1.55				
s_i	-0.13	0.48	-0.03	0.04	--	
0.03	(0.10)	(0.12)	(0.02)	(0.02)		
(0.01)	-1.27	4.06	-1.49	2.09		
2.47						

- -	at	-0.03	- -	-0.25	0.34	- -	
		(0.02)		(0.06)	(0.07)		
		-1.28		-4.07	4.82		
0.34	ag	-0.03	-0.02	-0.36	-0.17	- -	
(0.08)		(0.02)	(0.02)	(0.07)	(0.07)		
4.43		-1.58	-1.12	-5.07	-2.55		
- -	p	0.05	0.01	- -	- -	- -	
		(0.02)	(0.02)				
		2.21	0.77				
0.22	sol	- -	- -	- -	- -	- -	-
(0.07)							
3.13							
0.02	sof	- -	- -	- -	- -	-0.02	-
(0.01)						(0.10)	
2.52						-0.18	-

BETA

	ag	p	sol	sof
	-----	-----	-----	-----
casados	- -	- -	- -	- -
cat	- -	- -	- -	- -
p_neg	- -	- -	- -	- -
p_pos	- -	- -	- -	- -
s_i	- -	- -	- -	- -
at	- -	- -	- -	- -
ag	- -	- -	- -	- -
p	-0.44	- -	- -	- -
	(0.07)			
	-6.56			
sol	-0.24	- -	- -	- -
	(0.07)			
	-3.55			

sof            - -            - -            - -            - -

GAMMA

	idade80	sex	inst
	-----	-----	-----
casados	0.52 (0.09) 5.77	- -	- -
cat	- -	-0.37 (0.10) -3.70	- -
p_neg	-0.06 (0.03) -1.96	- -	-0.03 (0.03) -0.92
p_pos	-0.01 (0.02) -0.50	- -	0.09 (0.02) 4.06
s_i	0.02 (0.15) 0.14	- -	0.22 (0.13) 1.75
at	-0.03 (0.02) -1.41	- -	-0.02 (0.02) -0.90
ag	0.01 (0.02) 0.55	- -	0.01 (0.02) 0.64
p	- -	- -	- -
sol	0.06 (0.02) 2.86	0.01 (0.02) 0.42	- -
sof	- -	- -	- -

Covariance Matrix of Y and X

	casados	cat	p_neg	p_pos	s_i
	-----	-----	-----	-----	-----
at					
-----					
casados	1.00				
cat	-0.10	1.01			
p_neg	-0.01	-0.13	1.00		
p_pos	-0.03	-0.03	0.00	1.00	
s_i	-0.24	0.50	-0.10	0.06	1.00

0.97	at	-0.04	0.03	-0.24	0.34	0.08	
0.36	ag	-0.03	0.05	-0.44	-0.05	0.05	
0.16	p	0.06	-0.01	0.19	0.02	-0.03	-
0.31	sol	0.05	-0.03	0.16	-0.07	-0.05	-
0.02	sof	0.01	-0.01	0.01	-0.01	-0.02	-
0.05	idade80	0.52	-0.20	-0.02	-0.06	-0.28	-
0.02	sx	0.28	-0.37	0.02	0.01	-0.20	-
0.04	inst	-0.31	-0.01	0.01	0.09	0.25	

## Covariance Matrix of Y and X

	ag	p	sol	sof	idade80	
sx	-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----						
ag	0.93					
p	-0.41	1.00				
sol	-0.31	0.14	1.00			
sof	-0.01	0.00	0.01	1.00		
idade80	0.00	0.03	0.08	0.01	1.01	
sx	-0.01	0.01	0.05	0.00	0.54	
1.01						
inst	0.01	-0.02	-0.05	-0.01	-0.60	
0.02						

## Covariance Matrix of Y and X

	inst
inst	1.00

## PHI

	idade80	sx	inst
idade80	1.01 (0.08) 12.18		
sx	0.54 (0.07) 7.18	1.01 (0.10) 10.50	
inst	-0.60 (0.08) -7.29	0.02 (0.10) 0.24	1.00 (0.09) 10.67

## PSI

Note: This matrix is diagonal.

	casados	cat	p_neg	p_pos	s_i	
at	-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.79	0.73	0.87	0.98	0.99	0.67	
(0.11)	(0.13)	(0.12)	(0.10)	(0.10)	(0.14)	
7.09	5.57	7.43	10.15	10.13	4.79	

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	ag	p	sol	sof
	-----	-----	-----	-----
	0.65	0.82	0.85	1.00
	(0.10)	(0.11)	(0.11)	(0.10)
	6.25	7.51	8.04	10.18

Squared Multiple Correlations for Structural Equations

	casados	cat	p_neg	p_pos	s_i	
at	-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.18	0.27	0.14	0.02	0.01	0.33	

Squared Multiple Correlations for Structural Equations

	ag	p	sol	sof
	-----	-----	-----	-----
	0.31	0.18	0.15	0.00

Squared Multiple Correlations for Reduced Form

	casados	cat	p_neg	p_pos	s_i	
at	-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.00	0.27	0.14	0.00	0.01	0.10	

Squared Multiple Correlations for Reduced Form

	ag	p	sol	sof
	-----	-----	-----	-----
	0.00	0.00	0.01	0.00

Reduced Form

idade80	sx	inst
---------	----	------

casados	----- 0.52 (0.09) 5.77	----- - -	----- - -
cat	- -	-0.37 (0.10) -3.70	- -
p_neg	-0.06 (0.03) -1.96	0.05 (0.02) 3.01	-0.03 (0.03) -0.92
p_pos	-0.01 (0.02) -0.50	0.01 (0.01) 1.49	0.09 (0.02) 4.06
s_i	-0.04 (0.13) -0.34	-0.18 (0.06) -2.86	0.23 (0.13) 1.78
at	-0.03 (0.02) -1.45	-0.01 (0.01) -1.71	0.02 (0.02) 1.10
ag	0.01 (0.02) 0.66	-0.02 (0.01) -2.04	0.01 (0.02) 0.82
p	0.02 (0.02) 1.28	0.00 (0.01) 0.43	-0.01 (0.01) -0.80
sol	0.07 (0.02) 3.12	0.02 (0.02) 0.69	-0.01 (0.01) -1.14
sof	0.00 (0.01) 0.27	0.00 (0.02) 0.19	0.00 (0.02) -0.20

#### Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 39

Minimum Fit Function Chi-Square = 47.79 (P = 0.16)

Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 8.79

90 Percent Confidence Interval for NCP = (0.0 ; 30.46)

Minimum Fit Function Value = 0.45

Population Discrepancy Function Value (FO) = 0.084

90 Percent Confidence Interval for FO = (0.0 ; 0.29)

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.047

90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.0 ; 0.087)

P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.52

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 1.46  
 90 Percent Confidence Interval for ECVI = (1.38 ; 1.67)  
 ECVI for Saturated Model = 1.75  
 ECVI for Independence Model = 19.04

Chi-Square for Independence Model with 78 Degrees of Freedom =  
 1953.80

Independence AIC = 1979.80  
 Model AIC = 151.79  
 Saturated AIC = 182.00  
 Independence CAIC = 2027.67  
 Model CAIC = 343.26  
 Saturated CAIC = 517.07

Normed Fit Index (NFI) = 0.98  
 Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.99  
 Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.49  
 Comparative Fit Index (CFI) = 1.00  
 Incremental Fit Index (IFI) = 1.00  
 Relative Fit Index (RFI) = 0.95

Critical N (CN) = 140.79

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.075  
 Standardized RMR = 0.075  
 Goodness of Fit Index (GFI) = 0.99  
 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.97  
 Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.42

- LISREL - - 13

Fitted Covariance Matrix

	casados	cat	p_neg	p_pos	s_i	
at	-----	-----	-----	-----	-----	----
-----						
casados	1.00					
cat	-0.10	1.01				
p_neg	-0.01	-0.13	1.00			
p_pos	-0.03	-0.03	0.00	1.00		
s_i	-0.24	0.50	-0.10	0.06	1.00	
at	-0.04	0.03	-0.24	0.34	0.08	
0.97						
ag	-0.03	0.05	-0.44	-0.05	0.05	
0.36						
p	0.06	-0.01	0.19	0.02	-0.03	-
0.16						
sol	0.05	-0.03	0.16	-0.07	-0.05	-
0.31						
sof	0.01	-0.01	0.01	-0.01	-0.02	-
0.02						
idade80	0.52	-0.20	-0.02	-0.06	-0.28	-
0.05						
sx	0.28	-0.37	0.02	0.01	-0.20	-
0.02						

0.04	inst	-0.31	-0.01	0.01	0.09	0.25
------	------	-------	-------	------	------	------

## Fitted Covariance Matrix

	ag	p	sol	sof	idade80	
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----						
ag	0.93					
p	-0.41	1.00				
sol	-0.31	0.14	1.00			
sof	-0.01	0.00	0.01	1.00		
idade80	0.00	0.03	0.08	0.01	1.01	
sx	-0.01	0.01	0.05	0.00	0.54	
1.01						
inst	0.01	-0.02	-0.05	-0.01	-0.60	
0.02						

## Fitted Covariance Matrix

	inst
-----	-----
inst	1.00

## Fitted Residuals

	casados	cat	p_neg	p_pos	s_i	
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----						
casados	0.00					
cat	-0.03	-0.01				
p_neg	0.04	0.03	0.00			
p_pos	0.01	0.04	-0.28	0.00		
s_i	-0.08	-0.06	0.00	-0.02	0.00	
at	0.01	0.00	-0.03	-0.11	-0.01	
0.03						
ag	0.01	-0.01	0.01	0.07	0.01	
0.01						
p	-0.06	-0.03	0.00	0.06	0.00	
0.03						
sol	-0.04	-0.02	0.09	-0.03	0.00	
0.06						
sof	-0.05	-0.02	0.03	-0.01	-0.09	-
0.01						
idade80	0.04	0.19	0.00	0.02	0.07	
0.03						
sx	-0.08	-0.12	0.02	-0.03	0.01	
0.01						
inst	-0.14	0.02	-0.02	-0.03	-0.14	-
0.04						

## Fitted Residuals

	ag	p	sol	sof	idade80
sx					

-----							
-----	ag	0.07					
	p	0.07	0.00				
	sol	0.03	0.24	0.00			
	sof	-0.02	0.06	0.06	0.00		
	idade80	0.02	-0.02	-0.05	-0.10	-0.01	
	sx	-0.01	0.05	0.03	0.22	-0.29	-
0.01	inst	-0.03	0.03	0.02	0.05	0.02	
0.15							

Fitted Residuals

	inst	
-----		
inst	0.00	

Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.29  
 Median Fitted Residual = 0.00  
 Largest Fitted Residual = 0.24

Stemleaf Plot

```

- 2|98
- 1|44210
- 0|988665544333333322222111111100000000000000
0|11111111222222333333344455666677779
1|59
2|24
    
```

Standardized Residuals

	casados	cat	p_neg	p_pos	s_i	
at	-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----						
	casados	0.17				
	cat	-0.13	-0.48			
	p_neg	1.42	1.24	0.17		
	p_pos	0.55	1.57	-3.32	-0.17	
	s_i	-0.65	-0.39	0.36	-1.41	0.25
	at	0.38	0.02	-0.44	-1.67	-0.96
1.45						
	ag	0.49	-0.50	0.15	1.13	1.20
0.12						
	p	-1.87	-1.20	0.03	0.54	0.22
0.31						
	sol	-1.51	-0.61	1.02	-0.38	0.08
0.89						
	sof	-0.30	-0.06	1.28	-0.65	-0.47
0.68						
	idade80	0.24	0.67	-0.20	1.14	0.58
1.55						

0.54	sx	-0.53	-0.67	1.18	-1.48	0.11	
2.58	inst	-0.87	0.06	-0.66	-2.12	-1.45	-

Standardized Residuals

	ag	p	sol	sof	idade80	
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----						
ag	1.51					
p	1.19	--				
sol	0.42	3.15	--			
sof	-1.66	1.98	2.11	--		
idade80	1.36	-0.75	-2.04	-0.70	-0.16	
sx	-0.88	1.40	1.19	1.23	-2.13	-
0.78	inst	-2.39	1.12	1.15	0.41	0.23
1.43						

Standardized Residuals

	inst
-----	-----
inst	0.06

Summary Statistics for Standardized Residuals

Smallest Standardized Residual = -3.32  
 Median Standardized Residual = 0.06  
 Largest Standardized Residual = 3.15

Stemleaf Plot

```

- 3|3
- 2|64110
- 1|977554420
- 0|99887777766555544432221100000
  0|111112222223344445556679
  1|01112222222344445556
  2|01
  3|1
  
```

Largest Negative Standardized Residuals  
 Residual for p\_pos and p\_neg -3.32  
 Residual for inst and at -2.58  
 Largest Positive Standardized Residuals  
 Residual for sol and p 3.15

- LISREL - - 13

Total and Indirect Effects

Total Effects of X on Y

idade80	sx	inst
-----	-----	-----

casados	0.52 (0.09) 5.77	- -	- -
cat	- -	-0.37 (0.10) -3.70	- -
p_neg	-0.06 (0.03) -1.96	0.05 (0.02) 3.01	-0.03 (0.03) -0.92
p_pos	-0.01 (0.02) -0.50	0.01 (0.01) 1.49	0.09 (0.02) 4.06
s_i	-0.04 (0.13) -0.34	-0.18 (0.06) -2.86	0.23 (0.13) 1.78
at	-0.03 (0.02) -1.45	-0.01 (0.01) -1.71	0.02 (0.02) 1.10
ag	0.01 (0.02) 0.66	-0.02 (0.01) -2.04	0.01 (0.02) 0.82
p	0.02 (0.02) 1.28	0.00 (0.01) 0.43	-0.01 (0.01) -0.80
sol	0.07 (0.02) 3.12	0.02 (0.02) 0.69	-0.01 (0.01) -1.14
sof	0.00 (0.01) 0.27	0.00 (0.02) 0.19	0.00 (0.02) -0.20

## Indirect Effects of X on Y

	idade80	sx	inst
	-----	-----	-----
casados	- -	- -	- -
cat	- -	- -	- -
p_neg	- -	0.05 (0.02) 3.01	- -
p_pos	- -	0.01 (0.01) 1.49	- -

s_i	-0.07 (0.05) -1.20	-0.18 (0.06) -2.86	0.00 (0.00) 2.35
at	0.00 (0.01) -0.04	-0.01 (0.01) -1.71	0.04 (0.01) 3.15
ag	0.00 (0.02) 0.02	-0.02 (0.01) -2.04	0.00 (0.02) 0.14
p	0.02 (0.02) 1.28	0.00 (0.01) 0.43	-0.01 (0.01) -0.80
sol	0.00 (0.01) 0.36	0.01 (0.00) 2.02	-0.01 (0.01) -1.14
sof	0.00 (0.01) 0.27	0.00 (0.02) 0.19	0.00 (0.02) -0.20

Total Effects of Y on Y

	casados	cat	p_neg	p_pos	s_i
at	-----	-----	-----	-----	-----
casados	- -	- -	- -	- -	- -
cat	- -	- -	- -	- -	- -
p_neg	- -	-0.15 (0.02) -6.52	- -	- -	- -
p_pos	- -	-0.03 (0.02) -1.55	- -	- -	- -
s_i	-0.13 (0.10) -1.28	0.49 (0.12) 4.15	-0.04 (0.02) -1.87	0.05 (0.02) 2.89	- -
at	-0.03 (0.02)	0.03 (0.01)	-0.25 (0.06)	0.34 (0.07)	- -

		-1.28	2.09	-4.07	4.82		
0.34	ag	-0.04	0.05	-0.44	-0.05	--	
(0.08)		(0.02)	(0.02)	(0.08)	(0.06)		
4.43		-2.08	2.88	-5.82	-0.92		
0.15	p	0.07	-0.01	0.19	0.02	--	-
(0.04)		(0.03)	(0.02)	(0.04)	(0.03)		
3.83		2.64	-0.44	4.53	0.91		-
0.31	sol	0.01	-0.02	0.16	-0.06	--	-
(0.07)		(0.01)	(0.01)	(0.04)	(0.04)		
4.59		2.04	-2.60	4.15	-1.68		-
0.02	sof	0.00	-0.01	0.01	-0.01	-0.02	-
(0.01)		(0.01)	(0.05)	(0.00)	(0.00)	(0.10)	
2.92		0.23	-0.19	1.60	-1.92	-0.18	-

## Total Effects of Y on Y

	ag	p	sol	sof
	-----	-----	-----	-----
casados	--	--	--	--
cat	--	--	--	--
p_neg	--	--	--	--
p_pos	--	--	--	--
s_i	--	--	--	--
at	--	--	--	--
ag	--	--	--	--
p	-0.44 (0.07) -6.56	--	--	--
sol	-0.24 (0.07) -3.55	--	--	--

sof            - -            - -            - -            - -

Largest Eigenvalue of B\*B' (Stability Index) is    0.330

Indirect Effects of Y on Y

	casados	cat	p_neg	p_pos	s_i	
at	-----	-----	-----	-----	-----	-----
casados	- -	- -	- -	- -	- -	- -
cat	- -	- -	- -	- -	- -	- -
p_neg	- -	- -	- -	- -	- -	- -
p_pos	- -	- -	- -	- -	- -	- -
s_i	0.00	0.00	-0.01	0.01	- -	- -
	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)		
	-1.20	1.67	-2.67	2.51		
at	- -	0.03	- -	- -	- -	- -
		(0.01)				
		2.09				
ag	-0.01	0.07	-0.08	0.12	- -	- -
	(0.01)	(0.01)	(0.03)	(0.04)		
	-1.22	4.54	-3.21	3.12		
p	0.02	-0.02	0.19	0.02	- -	-
0.15	(0.01)	(0.01)	(0.04)	(0.03)		
(0.04)	1.98	-2.71	4.53	0.91		-
3.83						
sol	0.01	-0.02	0.16	-0.06	- -	-
0.08	(0.01)	(0.01)	(0.04)	(0.04)		
(0.03)	2.04	-2.60	4.15	-1.68		-
3.14						
sof	0.00	-0.01	0.01	-0.01	- -	- -
0.00	(0.01)	(0.05)	(0.00)	(0.00)		
(0.00)						

0.18                    0.23            -0.19            1.60            -1.92            -

Indirect Effects of Y on Y

	ag	p	sol	sof
	-----	-----	-----	-----
casados	- -	- -	- -	- -
cat	- -	- -	- -	- -
p_neg	- -	- -	- -	- -
p_pos	- -	- -	- -	- -
s_i	- -	- -	- -	- -
at	- -	- -	- -	- -
ag	- -	- -	- -	- -
p	- -	- -	- -	- -
sol	- -	- -	- -	- -
sof	- -	- -	- -	- -

Time used: 2.358 Seconds