

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



VALIDADE ESTRUTURAL E EXTERNA DO *DEATH ANXIETY QUESTIONNAIRE*
NUMA AMOSTRA DE ADULTOS IDOSOS PORTUGUESA

Maria Fernanda da Silva Pereira

12241

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

VALIDADE ESTRUTURAL E EXTERNA DO *DEATH ANXIETY QUESTIONNAIRE*
NUMA AMOSTRA DE ADULTOS IDOSOS PORTUGUESA

Maria Fernanda da Silva Pereira

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor António Diniz

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor António Diniz apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Alcancei mais um sonho, um sonho criado por mim mas que só foi possível de ser concretizado com o apoio de algumas pessoas. E é para todas essas pessoas que vai o meu carinho e um muito obrigado!

Agradeço...

... ao meu orientador, Prof. Doutor António Diniz, por ter orientado este trabalho, pela sua constante disponibilidade e paciência e por sempre ter inculcido e reforçado valores como o profissionalismo, o rigor e a ética, valores estes que sempre devem estar presentes em todos os domínios da vida.

... a todos os professores do ISPA que tive ao longo deste curso, que através dos seus conhecimentos e ensinamentos tornaram possível a realização deste trabalho e deste sonho.

... aos meus colegas, hoje alguns deles amigos, pela partilha de angústias, de expectativas, de objectivos, de dúvidas, de motivação e por me terem ajudado de forma directa ou indirecta na concretização deste trabalho.

... aos meus amigos que sempre tiveram uma palavra de apoio, de incentivo, de encorajamento quando o cansaço e a desmotivação se fizeram sentir.

... em especial à minha família pelo seu apoio incondicional, pela sua paciência e pelo seu amor e carinho. Sem ela este trabalho (e este sonho) não teria sido possível.

... a todos os adultos idosos que participaram deste trabalho, pela sua disponibilidade, pelo seu carinho e por terem partilhado comigo as suas experiências de vida, as suas angústias e dificuldades. Permitiram-me compreender que é importante criar estratégias psicossociais que permitam dar-lhes melhor qualidade de vida e proporcionar-lhes um envelhecimento condigno, após uma longa vida de lutas e de trabalhos.

Resumo

O objectivo deste estudo consiste em verificar se as variáveis idade (terceira *versus* quarta idade), género e religião se relacionam com a Ansiedade Face à Morte (AFM), nos adultos idosos portugueses. Para isso, foi testado um Modelo Estrutural Preditor da AFM numa amostra de adultos idosos. A amostra integra 240 sujeitos, de ambos os géneros, não institucionalizados, autónomos e funcionais, com um leque etário 65-90 anos ($M = 72$), residentes na Área Metropolitana de Lisboa, seleccionados mediante métodos de amostragem não probabilísticos, aos quais foi hetero-administrado o *Death Anxiety Questionnaire (DAQ)*, de Conte, Weiner e Plutchic (1982), adaptado / validado para a população portuguesa por Simões & Neto (1994) e posteriormente por Barros (1998). Através do teste do Modelo Estrutural Preditor da AFM (*LISREL8-SIMPLIS*) verificou-se que há uma forte relação do género e da religião com a AFM: os adultos idosos pertencentes ao género masculino e com maior implicação religiosa demonstraram ser mais ansiosos face ao tema da morte.

Palavras-Chave: adultos idosos portugueses, ansiedade face à morte, modelo estrutural.

Abstract

The purpose of this study is to verify if the variables age (third *versus* fourth age), gender and religion are related with Death Anxiety (DA), on the old portuguese adults. So it was tested a Predictor Structural Model of the DA in a sample of old adults. The sample involve 240 subjects, of both genders, not institutionalized, autonomous and functional, with age between 65 - 90 years ($M = 72$), from Lisbon Metropolitan Area, selected by sampling non probabilistic methods, who was heteroadministrated the *Death Anxiety Questionnaire (DAQ)*, of Conte, Weiner and Plutchic (1982), adapted/validated for the portuguese population by Simões & Neto (1994) and therefore by Barros (1998). Through the test of the Predictor Structural Model of the DA (*LISREL8-SIMPLIS*) it was verified there are a strong connection of the gender and religion with DA: the old adults belong to gender masculine and with a bigger implication religious showed been more anxious face death theme.

Keywords: Old portuguese adults, Death Anxiety, Predictor Structural Model.

A morte faz parte da existência humana sendo imprevisível e inevitável. É por esse motivo que ela é uma profunda preocupação do ser humano. O Homem tenta compreender os seus mistérios mas estes ultrapassam a sua compreensão (Áries, 1999).

Assim, a morte torna-se um inimigo temido e respeitado que atinge todas as raças, credos e posições económico-sociais. Cada vez mais a humanidade está rodeada por morte e destruição que advêm das guerras, do armamento, das drogas, da incompreensão e da intolerância entre povos, culturas, interesses políticos e religiões. Por isso, cada vez mais o Homem tenta entender a morte ou simplesmente, a nega enquanto assim o conseguir, por exemplo, através da criação imaginária de heróis e vilões imortais com aparência de comuns mortais (Áries, 1999).

A morte é consciente bem como inconsciente e é por isso que ela está na origem de muitos sintomas e doenças do foro psicológico, como por exemplo, depressões, doenças psicossomáticas, insónias, neuroses e até psicoses (Barros, 1998). Assim, a morte é um conceito relativo que depende do desenvolvimento psíquico do indivíduo, bem como de circunstâncias diversas, é mutável (a visão que se tem da morte, dentro de uma mesma cultura, vai sofrendo alterações) e complexo (Barros, 1998).

A aceitação da morte não só implica como também é sinal de maturidade, assim, torna-se necessária uma pedagogia tanatológica, que permita que o indivíduo não só aprenda a viver e a comporta-se bem (socialmente e consigo próprio) como também, a morrer bem, isto é, cada vez mais se torna necessária uma “educação sobre e para a morte” (Barros, 1998, p. 182).

Ansiedade face à morte (AFM)

Quando o Homem pensa no seu futuro apercebe-se que inevitavelmente terá um fim e esta certeza gera nele ansiedade. Só através da actividade e de uma produção socializada (processos de socialização) é que o Homem encontra uma maneira de se defender contra tal ansiedade. A AFM é tanto maior quanto maiores são as perdas, pois a morte separa-nos daquilo que gostamos, do que queremos, de quem amamos e, inclusive, de nós mesmos (Ross, 1996).

A AFM pode ser consciente ou inconsciente, por exemplo, o medo de uma doença que possa conduzir à morte, o desejo de deixar descendência como um prolongar da espécie, a religião como meio de superar a morte mediante a transcendência (Barros & Neto, 2004). Autores como Kastenbaum e Aisenberg (1972) (cit. por Barros & Neto, 2004, p. 356) falam do medo de morrer como tendo origem em

diversificados aspectos como: o facto de deixar de existir, de não saber o que esperar após a morte, de deixar os seus entes queridos, de sofrer muito antes de morrer (por exemplo, com uma doença dolorosa) e de fazer sofrer os outros como consequência do sofrimento pessoal. As circunstâncias em que a morte poderá ocorrer também são um factor que contribui para o aumento da AFM: saber quando, onde e como é que vai ocorrer.

Alguns autores, mediante os seus estudos, afirmam que quanto mais a idade aumenta mais aumenta a AFM, devido ao facto de se tornar cada vez mais consciente para o indivíduo a finitude da vida: com a saída dos filhos de casa, com a morte dos pais, com o aumento da perda das capacidades físicas e psíquicas, com a perda de entes queridos, com o aparecimento de determinadas doenças, tudo isto contribui para que o adulto idoso sinta a morte mais presente e próxima de si. Segundo Cicirelli (2003), é por volta dos 80 anos de idade que há uma maior ansiedade face à morte devido à consciencialização de que esta se aproxima a “passos largos” associada a um acentuado declínio da saúde, quer física quer mental. Trata-se da transição da terceira para a quarta idade. No entanto, também existem estudos com adultos idosos em que se verifica que só um pequeno número de idosos teme o fim e que a maioria aceita a morte, devido em parte ao facto de terem atingido uma certa maturidade psicológica. Rasmussen e Brems (1996) (cit. por Oliveira, 2002, p. 164) constataram que a maturidade psicológica era um melhor preditor da ansiedade perante a morte do que propriamente a idade da pessoa. Assim, a idade mais avançada e um maior nível de maturidade psicológica correlacionam-se negativamente com a ansiedade face à morte. Outros estudos demonstram ainda, que é o género feminino que mais teme a morte (Oliveira, 2002).

A religião também tem um papel importante na gestão da AFM, tanto quanto se encontra interiorizada pela pessoa, na medida em que pode ajudar a sublimar ou a transcender o medo (Oliveira, 2002). Há ainda estudos que se mostram conclusivos ao associarem a ansiedade face à morte a variáveis ligadas à experiência pessoal / de vida das pessoas, bem como ao meio social em que estão inseridas e, a características personológicas (Oliveira, 2002). Nas pessoas idosas, o medo da morte pode também exprimir uma síndrome depressiva (Barros & Neto, 2004). Na realidade, na sociedade ocidental, a negação e o repúdio (o não pensar em...) são as atitudes mais comuns perante o tema da morte (Oliveira, 2002).

Assim, a forma como cada idoso reage face à morte vai depender não apenas da sua idade cronológica mas principalmente da sua história de vida, do momento

particular que atravessa, do modo como elaborou as suas perdas, dos seus objectivos de vida, dos seus sonhos, da sua personalidade (Leff, 1999).

Terceira e quarta idades e AFM

Relativamente à idade cronológica dos adultos idosos esta pode ser dividida em dois grupos: terceira idade que vai dos 65 aos 75 / 80 anos de idade e a quarta idade a partir dos 80 anos (Baltes & Smith, 2003). No entanto, estes períodos de idade não têm limites claros e estão sujeitos a alterações decorrentes de estudos científicos. Assim, o conceito de terceira e quarta idades pode sofrer variações. Estes períodos variam também consoante o país em questão: países desenvolvidos em contraponto com países em vias de desenvolvimento, isto é, nos países em vias de desenvolvimento a velhice começa e acaba mais cedo do que nos países desenvolvidos (Baltes & Smith, 2003).

Pode ainda definir-se a terceira e quarta idades através de duas formas: uma com base nos indivíduos e outra com base na população (Baltes & Smith, 2003). A forma que assenta numa abordagem individualizada consiste em estimar a esperança de vida de cada indivíduo e comparar com a média populacional. Neste caso, a quarta idade pode ter início em idades diferentes dado que os cálculos são individuais. A forma com base na população baseia-se em dados demográficos populacionais. Assim sendo, nos países desenvolvidos a transição entre a terceira e a quarta idades situa-se entre os 75 e os 80 anos, enquanto que nos países em vias de desenvolvimento dá-se mais cedo.

Segundo Baltes & Smith (1997) os idosos na quarta idade estão sujeitos a altos níveis de incapacidade, impotência e perdas. Enquanto que os idosos da terceira idade são, geralmente, mais saudáveis e mais activos. Ainda, segundo os autores a quarta idade não deve ser encarada como uma continuação da terceira idade mas como sendo uma fase da vida em que existe uma elevada disfuncionalidade (física e psicológica) e uma diminuição da função adaptativa.

Segundo os autores Mullins e Lopez (in Barros, 1999), através de um estudo que compara idosos com idades inferiores a 75 anos e superiores a 75 anos de idade, concluíram que os últimos tinham mais AFM. No entanto, no estudo de Barros (1999), verificou-se o inverso, isto é, idosos com mais de 75 anos de idade apresentavam uma visão mais optimista e menos ansiosa da morte quando comparados com idosos mais novos (menos de 75 anos). Cicirelli (2003) afirma que o medo da morte, a partir dos 60 anos, não apresenta qualquer aumento ou diminuição. Segundo Kastenbaum (in Vires et al., 1993), as pessoas idosas salientam que se estão a preparar para a morte, embora seja

clara a preocupação que denotam com as circunstâncias em que ela irá ocorrer. Kimsey e colaboradores (in Conte et al., 1982) afirmam que são os idosos mais activos e mais saudáveis que apresentam uma atitude mais optimista, não só face à sua idade, como à situação de vida e até à sua morte. Ainda segundo estes autores, é sugerido que a AFM esteja mais relacionada com aspectos da personalidade do individuo e com sentimentos de bem-estar (também resultantes da experiência de vida) do que propriamente com a idade cronológica.

Género e AFM

Em relação a este factor quer os estudos como as teorias existentes são contraditórios, embora a tendência seja não se encontrarem diferenças entre homens e mulheres no que toca à AFM (Conte et al., 1982; Fortner et al., 2000; Vries et al., 1993). Segundo Cavanaugh (1997) as mulheres apresentam valores mais elevados de AFM, pois tendem a encarar a morte de forma mais emocional enquanto que os homens o fazem de uma forma mais cognitiva. Mas tal pode dever-se o facto de as mulheres serem capazes de falar / expor mais os seus sentimentos e os homens serem por natureza menos ansiosos (Kastenbaum, 1992).

Como foi referido anteriormente na maioria dos estudos não se encontram diferenças quanto ao género perante o constructo AFM, o que acontece é que o género feminino, embora não pense sobre a morte com frequência consegue, regra geral, exprimir mais facilmente os seus sentimentos e pensamentos acerca da morte, da sua ou da dos outros (Berger, 1995). Em contrapartida com o género masculino que parece ficar desconfortável perante o tema da morte devido à consequente tomada de consciência da sua vulnerabilidade. Esta característica pode dever-se não somente a características de género mas igualmente a diferentes padrões de socialização que existem para cada um dos géneros (Cavanaugh, 1997).

Religião e AFM

Qualquer que seja a cultura a morte é sempre uma certeza para o ser humano. Assim, a religião surge como uma forma do ser humano dar resposta a questões existenciais mediante um conjunto de crenças e de práticas (Hennezel & Leloup, 2001). Independentemente de qual seja a religião, ela tenta dar ao Homem uma explicação para a morte de maneira a torná-la mais fácil de aceitar nem que para isso tenha necessidade de recorrer à transcendência, ou seja, de “criar” uma vida para além da morte, alterando

assim a perspectiva da morte. A morte passa a ser encarada não como uma extinção mas como a passagem de uma existência para outro tipo de existência, diminuindo assim a angústia sentida perante a sua inevitabilidade. As diversas religiões elaboram cuidadosamente esta crença a qual é difundida e reforçada pela cultura.

Mas, se por um lado, a religião pode ser um factor de acentuada diminuição da AFM na medida em que o crente confia que terá uma nova vida através da salvação (imortalidade da alma), por outro, o medo do castigo, da condenação aumenta a ansiedade (Kastenbaum, 2000). Assim, a religião permite que a morte não seja encarada numa perspectiva ameaçadora de fim absoluto mas somente apenas para aqueles que vivam de acordo com os seus preceitos morais. Mas a religiosidade nem sempre facilita a vida ao crente na medida em que pode agravar o seu sentimento de culpabilidade. É o que acontece, por exemplo, quando surgem certas doenças, as quais são designadas, nalguns sermões religiosos, como sendo castigos de Deus (Hennezel & Leloup, 2001). Ao adicionar à morte um julgamento e eventuais castigos / punições, faz com que esta seja acrescida de um grande aumento de ansiedade.

Quanto aos vários tipos de religiões existentes, não se pode afirmar que uma é mais redutora da ansiedade do que outra. Em estudos com crentes de várias religiões: judeus, mulçumanos, cristãos e com ateus, Djénare (2001) verificou não existirem diferenças significativas face ao tema da morte. O estudo de Fortner (2000), revela não existir qualquer relação entre a variável religião e o constructo AFM. Porém Neimeyer & Van Brunt (in Thorson & Powell, 1990) verificaram uma relação negativa entre a religião e a AFM. Já nos estudos levados a cabo por Simões & Neto (1994) e Barros (2002) foi encontrada uma relação positiva, embora os resultados não sejam conclusivos.

Segundo Kastenbaum (2000), a religião por si só não é um factor que faça baixar a AFM, mas pode sê-lo associada ao tipo de medo específico que o indivíduo tem da morte e ao seu nível e tipo de religiosidade.

Assim, a devoção e a prática religiosa tendem a diminuir a intensidade do medo da morte, na medida em que fomentam a aceitação da morte (Tomer & Eliason, 2000). A crença religiosa profunda (não o comportamento) aliada à frequência regular à igreja fazem com que os indivíduos que as detêm apresentem valores menores de AFM (Templer in Thorson & Powell, 1990).

No entanto, nem sempre os adultos idosos com elevada crença religiosa apresentam baixos níveis de AFM, isto porque, tanto a religião como a AFM são

variáveis muito complexas. Assim sendo, também se pode dar o caso de adultos idosos com uma profunda crença religiosa apresentarem elevado nível de AFM (Kalish & Reynolds, in Coleman & O'Hanlon, 2004).

Outro aspecto importante a ter em conta quando se fala em aceitação da morte e AFM é o facto de que os indivíduos embora possam aceitar a morte acreditando numa vida para além dela, ainda assim continuam vulneráveis no que toca ao sofrimento, isto é, no que diz respeito a doenças terminais prolongadas e à morte das pessoas queridas (questões ligadas ao processo de morrer e ao luto).

O presente estudo

O objectivo principal deste estudo é verificar se a idade psicológica nos adultos idosos portugueses (terceira ou quarta idades), o género, a religião e a AFM, se relacionam conforme o descrito na literatura. Será que os idosos na quarta idade apresentam menores níveis de AFM? Será que o género feminino é mais ansioso face ao medo da morte? Será que o facto de o idoso ser activo na prática religiosa o vai tornar menos ansioso perante o tema da morte? Será que variáveis como a idade psicológica, o género e a religião se relacionam com os factores do Questionário de AFM: perdas, solidão e sofrimento? Assim, na Figura 1 pode observar-se o Modelo Estrutural Preditor da Ansiedade Face à Morte, em adultos idosos, através do qual é possível verificar as referidas relações.

<Figura 1>

Espera-se verificar que com o aumento da idade (a partir dos 80 anos) haja um declínio da AFM devido a uma maior aceitação da morte (Barros, 1999; Cicirelli, 2003; Conte et al., 1982; Fortner et al., 2000; Simões & Neto, 1994) e que os idosos mais activos na sua religião (praticantes) se mostrem menos ansiosos face à morte (Tomer & Eliason, 2000; Thorson & Powell, 1990), bem como que as mulheres possam apresentar níveis de AFM um pouco mais elevados do que os homens (Berger, 1995; Cavanaugh, 1997; Kastenbaum, 1992).

Estudo 1. *Validação factorial do Death Anxiety Questionnaire (DAQ).*

Método

Participantes. A amostra foi constituída por 240 adultos idosos voluntários (leque etário: 65-90 anos, $M = 72$) e todos eles funcionais, residentes na Área Metropolitana de Lisboa, tendo sido seleccionada através de processos não probabilísticos de amostragem (de conveniência, intencional via informantes privilegiados e intencional por *snowball*). Os idosos eram maioritariamente do género feminino (60,8%), casados/juntos (62,5%), não viviam sós (71,7%), professavam a religião católica, sendo praticantes (52,1%) e possuíam como habilitações literárias o 1º ciclo (57,9%).

Instrumento. O *Death Anxiety Questionnaire (DAQ)* originalmente foi criado por Conte, Weiner e Plutchic, no ano de 1982 e era composto por 24 itens construídos a partir de entrevistas realizadas a idosos e a estudantes universitários, cujo objectivo era a recolha de maior variedade possível de sentimentos relacionados com a morte e com o morrer. A validação da escala contou com uma amostra composta por estudantes graduados e por idosos institucionalizados ou não, levando a uma redução de 24 para 15 o número de itens. Através da Análise Factorial Exploratória (AFE) em componentes principais (rotação *varimax*) foram encontrados cinco factores: medo do sofrimento no processo de morrer, medo dos aspectos desconhecidos da morte, medo da solidão na hora da morte, aspectos interpessoais da AFM e outro factor que não foi possível nomearem. A partir do referido estudo os autores colocaram a hipótese do medo da morte ser um factor multidimensional.

O primeiro estudo de validação deste instrumento para Portugal foi realizado por Simões e Neto, em 1994. Para tal, os autores recorreram a uma amostra composta por estudantes universitários e idosos, de ambos os géneros e que se encontravam institucionalizados ou não. Através da Análise Factorial Exploratória (AFE) em componentes principais (rotação *varimax*) foram destacados três factores que remetiam para a ideia de perdas (das pessoas queridas e amadas, dos projectos de vida, do próprio ser, etc.), a ideia do sofrimento causado pela morte (do próprio e daqueles que lhe são próximos) e a ideia de solidão (afastamento dos outros). A consistência interna da prova, avaliada mediante o coeficiente de *alfa* de Cronbach, foi de .88.

O *DAQ* foi também estudado por Barros, em 1998, recorrendo para a sua validação a uma amostra composta por estudantes portugueses e cabo-verdianos. Através deste estudo Barros faz uma crítica aos estudos de validação anteriores. Assim, refere que no trabalho realizado por Conte e colaboradores (1982), o que estes referem como características da AFM (4 factores) no fundo pertencem ao medo da morte em geral (medo do desconhecido, da do sofrimento, da solidão e da extinção). Faz ainda referência ao facto do terceiro e quinto factores serem representados por dois itens cada um enquanto que o segundo e o quarto factores são representados por três itens cada, o que faz com que sejam insuficientes para caracterizar os factores de forma abrangente/discriminante.

No estudo de Barros (1998), os itens foram formulados na primeira pessoa e de forma afirmativa e não interrogativa e a escala de respostas utilizada foi do tipo Likert de cinco pontos, variando entre o “totalmente em desacordo” (1) e o “totalmente de acordo” (5), com uma pontuação intermédia de “nem de acordo, nem em desacordo” (3). Também esta escala de resposta difere das utilizadas anteriormente que apenas previam 3 modalidades de resposta: “nada” (0), “um pouco” (1) e “muito” (2). Através da AFE a prova foi considerada como unidimensional e foi reduzida a 11 itens, pois alguns deles eram praticamente repetitivos, ou apresentavam saturações baixas, ou eram mais dirigidos à população idosa. Assim, foram excluídos os itens: 5 (pertencente ao factor sofrimento), 7 (factor solidão), 10 (factor perdas) e 11 (factor sofrimento). A consistência interna da prova verificada através do coeficiente *alfa* de Cronbach foi de .86. Assim, Barros (1998) considera a AFM um constructo unidimensional, embora reconheça algumas características específicas que são expressas pelos diversos itens do questionário, mas que são insuficientes para considerar diferentes factores.

Com o objectivo de tentar conciliar a perspectiva unidimensional e tridimensional do constructo AFM, Santos e colaboradores (2004) realizaram a validação para idosos de um modelo hierárquico tridimensional da versão portuguesa do *DAQ* (Conte e al., 1982), da autoria de Barros (1998), através da Análise Factorial Confirmatória (AFC). A amostra foi constituída por 345 idosos voluntários residentes em meio urbano com um leque etário entre os 65-98 anos, seleccionada através de um processo de amostragem de conveniência. A escala ficou constituída por três factores, um deles com baixa precisão, podendo isso dever-se ao 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. Neste estudo verificou-se que a forma de resposta aos itens deverá ser do tipo Likert de três pontos, por se mostrar mais bem ajustada aos dados empíricos, quando comparada com a de cinco pontos. A versão (portuguesa) validada da prova permite avaliar a AFM nas suas três facetas: perdas, sofrimento e solidão.

Procedimento. A amostra foi seleccionada através de métodos não probabilísticos: amostragem intencional, por conveniência, tipo *snowball* (no caso das recolhas nas residências dos idosos) e via informantes privilegiados (no caso dos centros de dia e de convívio). A autorização da direcção das instituições foi concedida mediante termo de consentimento informado.

A recolha ocorreu preferencialmente no período da manhã, devido aos ritmos circadianos a que os adultos idosos estão sujeitos (Li, Hasher, Jonas, Rahhal & May, 1998).

Antes de se iniciar a recolha dos dados, os adultos idosos foram informados sobre o objectivo do estudo, sendo-lhes garantido o anonimato e confidencialidade das respostas. Foi-lhe ainda informado que não lhes seria dada retroinformação dos resultados individuais pois estes seriam analisados no conjunto dos dados obtidos por todos os participantes. Os participantes dispensaram a assinatura do termo de consentimento informado.

Foram previamente excluídos do estudo os idosos em que foram detectadas doenças mentais como a demência e/ou depressão. Para tal, recorreu-se para avaliar a depressão à Escala de Depressão Geriátrica (EDG; Martins, 2009), versão portuguesa da *Geriatric Depression Scale – short form* (GDS-15; Sheikh e Yesavage, 1986) e para avaliar a demência ao *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein e McHugh, 1975), segundo a adaptação para a população portuguesa de Guerreiro e colaboradores (1994).

A aplicação do instrumento DAQ – *Death Anxiety Questionnaire* foi hetero-administrada e individualmente em virtude de muitos dos idosos serem analfabetos ou pouco letrados (INE, 2002) e alguns deles terem problemas de visão. Esta opção da aplicação do questionário em forma de entrevista estruturada e directiva foi tomada com consciência do risco existente de enviesamento nas respostas dadas pelos participantes. Foi utilizada a escala de resposta tipo Likert de cinco pontos, variando entre “totalmente em desacordo” e o “totalmente em acordo”.

Finda a recolha, os dados foram inseridos no *SPSS for Windows* (v.15.0; SPSS Inc., Chicago IL) procedendo-se a uma análise descritiva das características da amostra. Os itens negativamente conotados foram recodificados. O Ficheiro *SPSS* foi convertido em ficheiro do tipo DAD para os dados poderem ser utilizados no *LISREL 8.53* (Jöreskog & Sörbom, 2002).

Foi utilizado o *PRELIS2* (Jöreskog & Sörbom, 1999), através do qual se prepararam os dados para serem lidos e trabalhados pelo *LISREL8-SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1997). Dada a natureza ordinal das variáveis, foi criada através do *PRELIS2* a matriz de covariância assintótica das correlações policóricas das mesmas, de forma a permitir o cálculo das estimativas no *LISREL8-SIMPLIS*, através do método dos mínimos quadrados diagonalmente ponderados (DWLS – *Diagonal Weighted Least Squares*). Esta técnica envolve o robusto Satorra-bentler scaled chi-square (S-B χ^2 ; Satorra & Bentler, 1994). Esta técnica é apropriada para testar modelos em que as amostras sejam de pequena a média dimensão, com variáveis categoriais em modelos de média e grande dimensão (Flora e Curran, 2004).

No *PRELIS2* recorreu-se à técnica de *Bootstrap* para criação das matrizes (Jöreskog & Sörbom, 1999). A técnica de *Bootstrap* é uma técnica de simulação por amostragem probabilística com reposição que permite a criação de uma matriz que é a média das estimativas obtidas pelas n amostras *bootstrap* e uma matriz empírica de covariância das n estimativas *bootstrap* (Jöreskog & Sörbom, 1999). Foram consideradas 1000 amostras de 85% das observações (85% de 240 casos = 204 casos) para os testes efectuados.

O teste da identidade do modelo foi realizado de acordo com uma lógica da “geração de modelos” (Jöreskog & Sörbom, 1997) tendo em conta os resultados obtidos nos seguintes índices de ajustamento: S-B χ^2/df , *Comparative Fit Index* (*CFI*; Bentler, 1990), *Root Mean Square Error of Aproximation* (*RMSEA*; Steiger, 1990) e *Standardized Root Mean Square Residual* (*SRMR*; versão estandardizada do *RMR*; Jöreskog & Sörbom, 1981). Os resultados obtidos nos referidos índices de ajustamento foram em conformidade com os critérios a seguir indicados: o valor do *CFI* deve ser pelo menos de .90 para que o modelo seja aceitável. Valor superior a .95 indica que o modelo está bem ajustado (Hu & Bentler, 1998). O valor do *RMSEA*, deve ser igual ou menor que .06 para que o modelo esteja bem ajustado ou igual ou menor que .08 para que o modelo possa ser aceite como razoavelmente ajustado (Browne & Cudeck, 1993).

Para que houvesse um bom ajustamento do modelo de medida do *DAQ* teve de se recorrer à depuração do instrumento (Model Thining). As reespecificações feitas ao modelo (estimação de covariâncias do erro de mensuração dos itens) foram feitas a partir da análise da matriz dos resíduos estandardizados e dos resultados obtidos nos índices de modificação fornecidos pelo *LISREL8-SIMPLIS*. No entanto, este procedimento pode acarretar enviesamento dado existir uma modificação empírica do modelo, de forma a melhorá-lo com base no simples acaso (MacCallum, 1992). Assim, procurou-se justificar substancialmente as alterações executadas.

Atestaram-se os critérios de Fornell e Larcker (1981) para apreciar a validade convergente de uma dada dimensão / factor (variância média extraída dos itens pelo factor; $VME > .50$ – calculada através da seguinte equação $[\text{SUM}(cfe_i^2)] / [\text{SUM}(cfe_i^2) + \text{SUM}(e_i)]$, onde cfe_i = carga factorial estandardizada dos itens e e_i = variância do erro dos itens) e a validade discriminante dos factores (covariância entre dimensões; $< VME$ dos factores). A consistência interna dos factores é calculada da seguinte forma: $[(\text{SUM}(cfe_i))^2] / [(\text{SUM}(cfe_i))^2 + \text{SUM}(e_i)]$, tendo por critérios de análise dos resultados os valores .70 para resultados iniciais de validação, .80 para comparação de grupos e .90 para diagnóstico individual (Nunnally & Bernstein, 1994).

Resultados

Iniciou-se o estudo de validação do modelo estrutural do *DAQ* tetrafactorial oblíquo (M1; Tabela 1) e verificou-se que este era inaceitável com os 15 itens inicialmente propostos por Conte e colaboradores (1982).

< Tabela 1 >

Foram excluídos os itens 9 (factor sofrimento), 10 (factor perdas), 11 (factor sofrimento), 12 (factor solidão) e 14 (factor perdas), porque eram pouco precisos na representação dos factores ($R^2 \leq .20$). Assim, o processo de depuração do modelo resultou no modelo M2, constante da Tabela 1, com apenas 10 itens. Da sua análise pode verificar-se que houve uma diminuição dos valores do $SB\chi^2/gl$, do *SRMR* e do *RMSEA*, fazendo com que o modelo revelasse um ajustamento aceitável.

Na Tabela 2 estão expressos os resultados substantivos do M2.

< Tabela 2 >

Mediante a sua análise pode verificar-se que tanto o factor perdas como o factor solidão apenas ficaram a ser representados por três itens cada, enquanto que o factor sofrimento ficou representado por quatro itens. O item mais preciso ($R^2 = .60$) para o factor perdas foi o item 1 “Preocupo-me com a morte” e o menos preciso ($R^2 = .33$) foi o item 15 “Preocupa-me não saber o que me espera depois da morte”; quanto ao factor solidão foi o item 7 “ Preocupa-me a ideia de estar sozinho (a) na hora da morte” o mais preciso ($R^2 = .86$) e o item 13 “ Fico preocupado (a) ao pensar que as pessoas que me são queridas podem não se lembrar de mim depois da minha morte” o de menor precisão ($R^2 = .43$); já o factor sofrimento teve como item de maior precisão ($R^2 = .96$) o 5 “Preocupo-me quando penso que o morrer pode ser muito penoso” e o de menor precisão ($R^2 = .40$) o 8 “ Aflige-me o pensamento de perder a razão (de enlouquecer) antes de morrer”.

Discussão

O primeiro estudo visou validar um modelo estrutural tetrafactorial oblíquo do *DAQ* (*Death Anxiety Questionnaire*), com 10 itens, numa amostra de adultos idosos portugueses. Este instrumento permite avaliar a Ansiedade face à Morte (AFM) nos seus três factores: perdas, solidão e sofrimento. Quanto às características psicométricas do *DAQ*, comprovou-se boa validade discriminante da prova. Embora, apenas os factores solidão e sofrimento apresentaram uma boa validade convergente. Quanto ao factor perdas a validade convergente não foi conseguida. O mesmo se passou quanto aos valores alcançados na consistência interna, os quais foram aceitáveis, chegando os factores solidão e sofrimento a permitirem a comparação entre grupos e o factor sofrimento a permitir o diagnóstico individual, de acordo com Nunnaly e Bernstein (1994).

Para o ajustamento do modelo foi necessário excluir alguns itens, levando a uma redução do *DAQ* para 10 itens, os quais não se encontram equitativamente distribuídos pelos factores. Assim, os factores perdas e solidão ficaram representados por três itens cada e o factor sofrimento por quatro itens. No factor perdas saíram os itens 10

(“Preocupa-me que as minhas últimas disposições e vontades acerca dos meus bens não sejam cumpridas depois de morrer”) e 14 (“Preocupa-me pensar que com a morte posso desaparecer para sempre”). Se compararmos estes itens com os que ficaram a representar o factor apercebemo-nos de que eles não representativos de perdas significativas para os adultos idosos. Os idosos quando estavam perante estes itens, normalmente posicionavam as suas respostas ou em desacordo ou em totalmente em desacordo. Possivelmente, por não integrarem a completa definição do factor é que foram excluídos.

Do factor solidão foi apenas excluído o item 12 (“Fico perturbado(a) ao pensar que, com a morte, vou deixar aqueles que amo”). Uma justificação para a exclusão deste item reside no factor de ele possuir uma carga emocional elevada, levando a que os idosos fiquem perturbados e utilizem como estratégia de defesa a mudança de tema. Segundo Santos (2005), não é frequente solicitar-se ao adultos idosos que falem sobre as suas emoções e sentimentos, de maneira, que ao fazê-lo podem sentir-se constrangidos.

Quanto ao factor sofrimento, foram excluídos os factores 9 (“Preocupa-me pensar que as despesas com a minha morte podem vir a ser um peso para as outras pessoas”) e 11 (“tenho medo de ser enterrado(a) antes de estar realmente morto(a)”). A justificação para a exclusão destes itens engloba as anteriores justificações, na medida em que o item 9 não consegue integrar uma completa definição do factor. A maioria das respostas dos idosos a este item posicionou-se entre o em desacordo e o totalmente em desacordo. Quanto ao item 11, este demonstrou possuir uma carga emocional bastante forte, constrangendo os idosos nas suas respostas. Alguns chegaram mesmo a responder que só o facto de pensarem que essa situação poderia ser possível os deixava bastante amedrontados. Provavelmente, foram estes dois motivos tão díspares que levaram à retirada destes itens.

No entanto, deve salientar-se que as diferenças encontradas neste modelo em comparação com a versão original podem dever-se a questões de método: método de amostragem não probabilístico, a proveniência dos participantes ser maioritariamente urbana, recolha dos dados sobre a forma de entrevista (prova hetero-administrada) que pode ter fomentado o fenómeno da desejabilidade social, o distanciamento entre os limites de resposta (1 e 5), pois sabe-se que em provas hetero-administradas dificulta o posicionamento dos idosos face aos itens (em particular os analfabetos).

Uma vez que houve uma modificação do instrumento original, deverá verificar-se se os resultados aqui obtidos são passíveis de replicação em diferentes amostras de adultos idosos portugueses.

Estudo 2. *Teste do Modelo Preditor da AFM em adultos idosos.*

Método

Participantes. A amostra visada neste estudo é a mesma do primeiro estudo.

Instrumento. O instrumento utilizado para a realização do teste do Modelo Preditor da AFM em adultos idosos, foi o mesmo descrito no Estudo 1.

Procedimentos. O procedimento de recolha e tratamento dos dados foi o mesmo do Estudo 1. O teste do Modelo Preditor da AFM (*DAQ*) em adultos idosos, contrariamente ao Estudo 1, foi feito sem recurso à técnica *Bootstrap*. Quanto à operacionalização das restantes variáveis que integram o modelo: idade, género e religião, fez-se a distinção entre a terceira (65-79 anos) e quarta idade (80 ou mais anos), segundo o critério de Baltes e Smith (2003). Foi atribuída a notação um (1) para a terceira e dois (2) para a quarta idade. Quanto ao género, foi atribuída a notação um (1) para o feminino e dois (2) para o masculino. Em relação à religião, foi dada a notação um (1) para os ateus/agnósticos, dois (2) para os não praticantes e três (3) para os praticantes.

Os factores do *DAQ*: perdas, solidão e sofrimento foram operacionalizadas através do cálculo no *LISREL8-SIMPLIS*, das notas obtidas para os factores (notas das variáveis latentes: notas isentas de erro).

Resultados

Os resultados obtidos no teste do Modelo Preditor da AFM em adultos idosos, encontram-se apresentados na Figura 2.

O Modelo Preditor da AFM foi testado e verificou-se estar bem ajustado aos dados empíricos.

<Figura 2>

No que respeita à análise substantiva do Modelo Preditor da AFM, o género revelou-se um bom preditor da AFM [$\beta = .37$; $t = (239) = 3,45$; $p < .001$], com os homens a revelarem-se mais ansiosos face à morte do que as mulheres. A religião também foi boa preditora da AFM [$\beta = .26$; $t = (239) = 2,54$; $p < .01$], mostrando que os adultos idosos mais religiosamente implicados são mais ansiosos quanto ao tema da morte. Quanto à idade psicológica (terceira *vs* quarta idades), esta variável não se mostrou boa preditora da AFM [$\beta = .18$; $t = (239) = 1,25$; $p > .05$], revelando que não existem diferenças entre a terceira e a quarta idades quanto à AFM.

Quanto às relações de covariância presentes no modelo entre as variáveis idade, género e religião, verificou-se existir uma sobreposição entre as mesmas na amostra, salvo para a relação entre a idade e o género.

A quantidade de variância do *DAQ* que é capturada pelos dois preditores (género e religião) foi elevada ($R^2 = .59$).

Discussão geral

Após a validação do *DAQ* procedeu-se ao teste do Modelo Preditor da Ansiedade Face à Morte (AFM) em adultos idosos, que inclui a influência da idade (terceira *versus* quarta idades), do género e da religião sobre a AFM. O modelo mostrou-se plausível (parcimonioso e estatisticamente significativo). No entanto, os resultados obtidos através de testes de identidade dos modelos apenas permitem saber se estes são plausíveis para a abordagem do tema em questão (Browne & Cudeck, 1993). Nada obsta a que hajam modelos alternativos, tanto para representar a AFM (Estudo 1), quanto para representar a sua relação com outras variáveis (Estudo 2).

Os resultados demonstraram que o género e a religião são bons preditores da AFM, sendo que a idade não o é. Os adultos idosos pertencentes ao género masculino e com maior implicação religiosa, demonstraram ser mais ansiosos face ao tema da morte.

Quanto ao género, através dos resultados obtidos, verificou-se que os homens têm mais medo da morte do que as mulheres. Quanto a este factor, os vários estudos e teorias existentes são contraditórios, embora a tendência seja as mulheres apresentarem valores mais elevados de AFM. No entanto, segundo Kastenbaum (1992) e Berger (1995), isso não significa que os homens sejam na realidade menos ansiosos face à

morte quando comparados com as mulheres, mas sim, que as mulheres são capazes de falar e expor os seus sentimentos com mais facilidade. Nos estudos realizados por Cavanaugh (1997), os homens, perante o tema da morte, ficavam desconfortáveis devido ao facto de tomarem consciência da sua vulnerabilidade e finitude.

Relativamente à religião, os resultados demonstraram que os adultos idosos praticantes têm mais AFM, em relação aos menos praticantes. De acordo com a literatura a religião tanto pode ser um factor de diminuição da AFM (imortalidade da alma) como de aumento na medida em que a morte pode ser encarada numa perspectiva ameaçadora, de fim absoluto para todos aqueles que não vivam de acordo com os preceitos morais instituídos pela religião (Kastenbaum, 2000). Hennezel e Leloup (2001) também afirmam que a religião por vezes dificulta a vida do crente pois agrava o seu sentimento de culpabilidade e apresenta a morte como o momento do julgamento final em que a alma do indivíduo será punida ou não conforme conduta tida durante a vida terrena. De facto, a religião não é, por si só, um factor de aumento de ansiedade mas, associada ao tipo específico de medo da morte que o indivíduo tem e ao seu tipo de religiosidade, pode sê-lo (Kastenbaum, 2000).

A idade (terceira *versus* quarta idades), não apresentou resultados estatisticamente significativos quanto à AFM. Tal facto pode ter justificação na perspectiva de Cicirelli (2003). Segundo ele, o medo da morte, a partir dos sessenta anos, tende a estabilizar não apresentando nem aumento nem diminuição. Segundo Kimsey e colaboradores (in Conte et al., 1982), a AFM está mais relacionada a aspectos personológicos do adulto idoso e a sentimentos de bem-estar do que propriamente à idade cronológica.

Como foi referido anteriormente, são várias as limitações que se colocam à generalização dos dados à população idosa portuguesa, sendo, por isso, necessário replicar o trabalho noutras amostras. O facto da recolha dos dados se ter realizado exclusivamente na Área Metropolitana de Lisboa, pode constituir uma das limitações do presente estudo. Assim, uma sugestão aqui deixada é que, em estudos futuros, a amostra possa ser mais abrangente, estendendo-se a outros meios e zonas do nosso País.

O presente estudo revelou-se uma mais-valia quer ao nível teórico, ao reforçar a relação existente (forte) entre a AFM, o género e a religião, quer ao nível prático, na medida em que o conhecimento aqui obtido acresce ao conhecimento existente sobre este complexo constructo (AFM), ajudando os técnicos e pessoal ligado à área da gerontologia, bem como à sociedade em geral, a compreender melhor os adultos idosos

portugueses, de forma a que sejam desenvolvidas intervenções psicossociais que lhes permitam uma melhor adaptação ao final da vida, sendo capazes de lidar com o medo, ansiedade e aceitação da morte (Cicirelli, 2003).

Referências

- Áries, P. (1999). *Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média*. Lisboa: Teorema.
- Baltes, P. B. (2003). Extending Longevity. Dignity gain or dignity drain?. *Max Planck Research*, 3, 15-19.
- 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.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barros, J. (1998). *Viver a morte. Abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Almedina.
- Barros, J. (1999). Os idosos vistos por eles mesmos: variáveis psicológicas e representação da morte. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3, 2, 323-343.
- Barros, J., & Neto, F. (2004). Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte. *Análise Psicológica*, vol. 22, 2, 355-367 (cópia de artigo).
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 2, 238-246.
- 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: Lusodidata.
- 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.

- Cavanaugh, A. (1997). *Adult development and aging*. USA: Brooks / Cole.
- Cicirelli, C. (2003). Older adult's fear and acceptance of death: A transition model. *Ageing International*, 28, 66-81.
- Coleman, P. G., & O'Hanlon, A. (2004). *Ageing and development*. New York: Arnold.
- Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual, psychometric and factor analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 4, 775-785.
- 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.
- 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). Russel Sage Foundation: New York.
- Flora, D. B., & Curran, P. J. (2004). An empirical evolution of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods*, 9, (4), 466-491.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 3, 189-198.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, (1), 39-50.
- Forster, M. R. (2002). Predictive accuracy as an achievable goal of science. *Philosophy of Science*, 69, 124-134.

- 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 adults*, 95-108. USA: Brunner – Routledge.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination (MMSE)”. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- 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.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparametrized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 4, 424-453.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 187-207.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1981). *LISREL V: Analysis of linear structural relationships by the method of maximum likelihood*. Chicago IL: National Educational Resources.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1997). *LISREL8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago: Scientific Software.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1999). *PreliS2: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2002). *LISREL8.53*. Chicago: Scientific Software International.

- Kastenbaum, R. (1992). *The psychology of death* (2nd ed.) New York: Springer Publishing Company.
- Kübler-Ross, G. (1996). *Morte: estágio final da Evolução*. Rio Janeiro: Nova Era.
- Leff, L. D. (1999). Sentimento de imortalidade simbólica e a ansiedade perante a morte entre gerações. *Aletheia – Logos Psicologia*, vol. 9, (Jan. / Jun. 1999), 93-98.
- Li, K., Hasher, L., Jonas, D. Rahhal, T., & May, C. (1998). Distractibility, circadian arousal and aging: A boundary condition. *Psychology and Aging*, 13, 4, 574-583.
- MacCallum, R. C., Roznowski, M., & Necowitz, L. B. (1992). Model modification in covariance structure analysis: The problem of capitalization on chance. *Psychological Bulletin*, 111, 3, 490-504.
- Martins, C. (2009). *Género, saúde funcional subjective e depressão em adultos idosos: Teste de um modelo estrutural*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oliveira, J. B. (1999). Idosos vistos por eles mesmos: variáveis personológicas e representação da morte. *Psicologia, Educação e Cultura*, vol. 3, 2, 232-343.
- Oliveira, J. B. (2002). Ansiedade face à morte: Uma abordagem diferencial. *Revista Psychologica*, vol. 31, 161-176.
- Ribeiro, M., Diniz A., & Costa, J. (2006). Validação cruzada da estrutura factorial do Death Anxiety Questionnaire (DAQ) para idosos. *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 99-108.

- Santos, J. C. (2005). *Ansiedade face à morte em idosos: influência de variáveis sócio-demográficas e do bem-estar subjectivo*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Santos, S., Diniz, A., & Costa, J. (2004). Validação do Death Anxiety Questionnaire (DAQ): Estudo com uma amostra de idosos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, vol. 10, 87-92.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. Von Eye, & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variable analysis* (pp. 399-419). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, 165-173. NY: The Howarth Press. Consultado em 26 de Fevereiro de 2009, através do site <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>.
- Simões, A. (2006). Promover o bem-estar dos idosos: Um estudo experimental. *Psychologica*, vol. 42, 115-131.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 2, 173-180.
- Thorson, J., & Powell, F. C. (1990). Meanings of death and intrinsic religiosity. *Journal of Clinical Psychology*, 46, (4), 379-391.
- 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 adults* (pp.137-153). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- 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.

Tabela 1. *Modelo Estrutural Preditor do Questionário de Ansiedade Face à Morte (DAQ): índices de ajustamento do modelo.*

Modelo Factores (nº de itens)	$SB\chi^2/gl$ (ratio)	<i>CFI</i>	<i>SRMR</i>	<i>RMSEA</i> (IC 90%)
M1 3 (15)	348.03/87 4.00	.91	.14	.12 (.11; .14)
M2 3 (10)	66.56/32 2.08	.98	.087	.073 (.048; .098)

IC = intervalo de confiança; M1 = 1º modelo testado com 3 factores e 15 itens; M2 = 2º modelo testado com 3 factores e 10 itens.

Tabela 2. *DAQ: factores, itens, cargas factoriais e coeficientes de determinação.*

Factores	Itens	CF	R^2
	1	.78	.60
Perdas	2	.66	.44
	15	.58	.33
	6	.78	.60
Solidão	7	.93	.86
	13	.66	.43
	3	.65	.43
Sofrimento	4	.68	.47
	5	.98	.96
	8	.40	.40

CF = cargas factoriais; R^2 = coeficiente de determinação

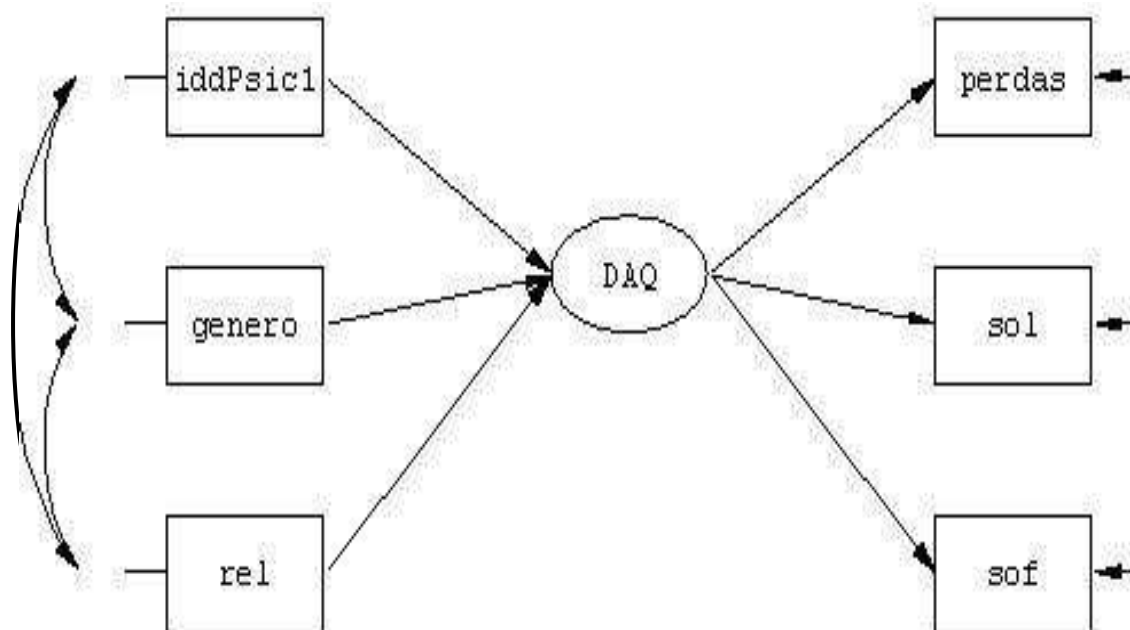
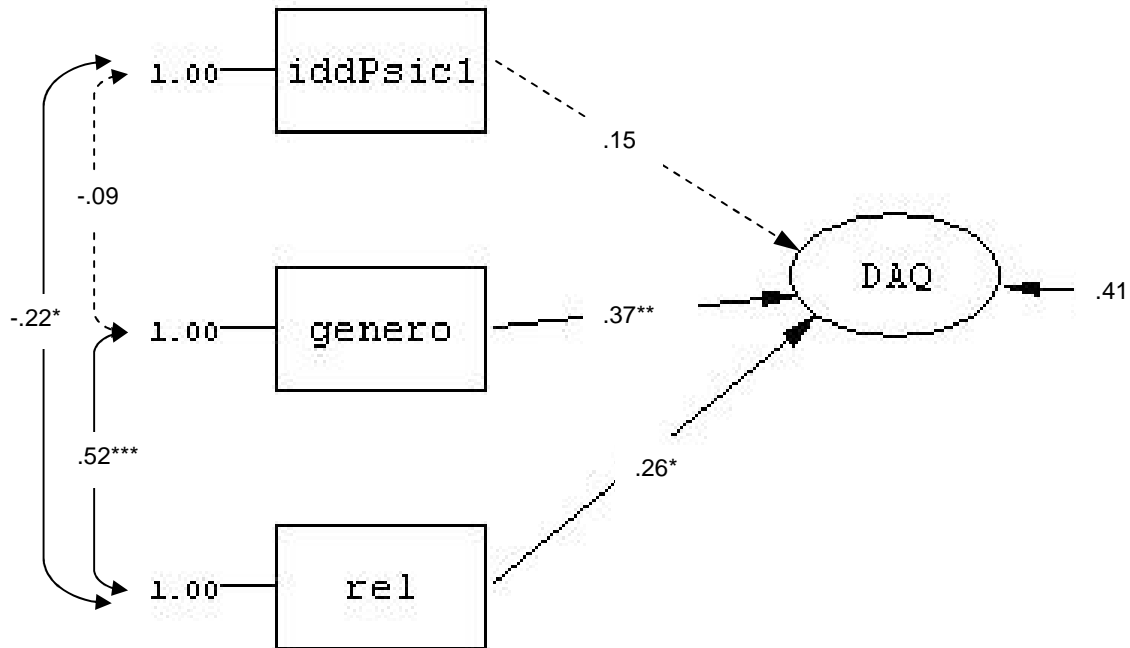


Figura 1. Modelo Preditor da Ansiedade Face à Morte em Adultos Idosos. IddPsic1 = idade psicológica (terceira e quarta idades); Rel = religião; Sol = solidão; Sof = sofrimento.



$$SB\chi^2/gl = 12.03/6 (2.005); CFI = 1.00;$$

$$SRMR = .043; RMSEA (IC 90\%) = .065 (0.0; .12)$$

Figura 2. Teste do Modelo Predictor da Ansiedade Face à Morte em Adultos Idosos. iddPsic1 = idade psicológica (terceira vs quarta idades); rel = religião; sol = solidão; sof = sofrimento. Setas descontinuas = relações estatisticamente não significativas; setas contínuas = relações estatisticamente significativas; setas curvas = relações de correlação entre as variáveis de caracterização da amostra; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Anexo

O envelhecimento consiste numa fase da existência humana em que ocorrem grandes transformações quer a nível físico, psíquico ou social. Estas transformações podem ter uma origem interna ou externa, podem ser imprevistas ou esperadas, naturais ou não, reflectindo-se não só ao nível do comportamento mas também ao nível do psiquismo do indivíduo (Barreto, 1988).

Segundo Barreto (1988) o envelhecimento conduz a limitações intelectuais, como por exemplo, à lentificação e a dificuldades no processamento controlado da informação, mas estas limitações apenas são encaradas pelo autor (o qual se baseou em diversos estudos sobre a temática) como afectações moderadas do rendimento intelectual do idoso activo, as quais podem ser contornadas mediante estratégias apropriadas: fornecimento de dados de forma mais lenta, organizar a informação, evitar interferência de estímulos externos irrelevantes, praticar através da repetição, usar mnemónicas, apoiar emocionalmente, dar apoios positivos, etc..

Ainda segundo o mesmo autor (1996), a partir dos 75 anos a eficácia cognitiva passa a depender essencialmente de outros factores como o estado de saúde do idoso, o grau de actividade, a educação obtida, isto é, passa a depender de factores ligados ao nível sócio-económico do adulto idoso.

No entanto, diversas investigações sobre o funcionamento intelectual dos idosos mostram que existe uma grande diversidade entre indivíduos: há idosos que mantêm até muito tarde a plenitude da sua eficiência enquanto outros manifestam um acentuado declínio. Nos casos de declínio pensa-se que este possa estar mais ligado à(s) doença(s) e à proximidade da morte do que propriamente à idade cronológica.

Outro dos aspectos relacionados com o envelhecimento diz respeito a alterações na personalidade. Se por um lado há características básicas da personalidade que se mantêm estáveis ao longo da vida, contribuindo para a criação de uma imagem pessoal (por exemplo, os valores éticos), por outro, há outras que se modificam, desaparecem e voltam a reaparecer mais tarde (Barreto, 1988).

O adulto idoso experimenta sentimentos de realização ou de fracasso conforme o sucesso apercebido e mediante estes faz o balanço da sua vida passada, a aceitação de si e do fim último. Segundo Erickson, nesta fase da vida podem ainda ser criados novos

objectivos mas estes serão sempre de realização a curto prazo e no âmbito da satisfação de necessidades imediatas (cit. por Barreto, 1988, p. 163).

Indivíduos com idades entre os 60 e os 70 anos quando comparados com indivíduos com idades mais jovens revelam uma maior rigidez de pensamento e perceptiva, maiores dificuldades em se adaptarem às alterações do meio, tendência ao dogmatismo e conseqüente diminuição da tolerância, são mais influenciáveis pela pressão social, interesse focado em si próprios, nos seus problemas e necessidades, na sua saúde, nas suas emoções e não no mundo que os rodeia, revelando uma atitude mais conformista face à vida.

No entanto, as características da personalidade, tal como o funcionamento intelectual, variam mais de pessoa para pessoa do que propriamente em função da idade. Assim, há características da personalidade, como por exemplo, as atitudes, os valores, os interesses dominantes, as representações cognitivas de si, da vida e do mundo, os mecanismos de defesa, que se mantêm constantes ao longo da vida, sendo que o que se altera é a importância que o adulto idoso passa a dar aos estímulos internos por contraposição aos estímulos externos, evitando assim, riscos e desafios.

Muitas vezes, os idosos confrontam-se também com o preconceito e a discriminação, baseados em crenças negativas sobre o envelhecimento (Neto, 1999). Diversos aspectos do envelhecimento estão associados à perda da auto-estima, isto é, tudo o que prive os idosos do controlo das suas vidas, da sua autonomia e independência, conduz a uma redução do nível de auto-estima. Outro aspecto que também influencia negativamente a auto-estima tem a ver com a deslocação do idoso da sua residência para uma instituição ou para a residência de um familiar (ou alternância entre residências de vários familiares), isto porque, nesta situação, o que por vezes acontece, é que são as outras pessoas / familiares que tomam todas as decisões em relação ao idoso. Através de investigações percebeu-se que a fraca auto-estima está frequentemente associada à depressão no idoso, bem como a estados afectivos negativos como a culpabilidade, a ansiedade, a agressividade e a irritabilidade (Neto, 1999). Investigações levadas a cabo por Cameron, em 1975 (cit. por Neto, 1999, p. 305) com pessoas com idades compreendidas entre os 4 e os 99 anos de idade conduziram à conclusão de que sentimentos como a tristeza, a felicidade e o bem-estar subjectivo não se detioram com a idade e que os idosos não têm uma satisfação de vida inferior à das pessoas mais jovens. Relativamente a estas investigações à que fazer a ressalva de que, normalmente, os participantes são pessoas sem problemas financeiros e pouco frágeis, o

que faz com que estejam mais satisfeitos com a vida (Atchley, 1991 cit. por Neto, 1999, p. 306).

O envelhecimento em Portugal

Diversos estudos levados a cabo pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) vêm confirmar o envelhecimento da população portuguesa, aumentando assim o número de pessoas idosas no nosso país. Actualmente existem em Portugal cerca de 1.377.057 pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 80 anos, sendo que 600.038 são do género masculino e 777.019 do género feminino. Existem 384.339 pessoas com idade superior a 80 anos, sendo 136.555 do género masculino e 247.784 do género feminino (INE, 2002).

A população idosa feminina apresenta um maior nível de incapacidade quando comparada com o género masculino (INE, 2002).

A maior parte da população idosa vive sozinha, particularmente as mulheres, muitas vezes como resultado da viuvez (INE, 2003).

Quanto ao nível de escolaridade, são também as mulheres quem apresenta menores níveis de instrução (INE, 2002).

Assim, a população idosa portuguesa caracteriza-se por ser uma população com baixos rendimentos, baixa instrução, grande isolamento, fraca participação social, com más condições de habitabilidade a que se juntam diversos problemas de saúde (INE, 2002).

O envelhecimento bem sucedido

Como já foi anteriormente referido, o envelhecimento é uma das características da existência humana e consiste num período de vida onde ocorrem muitas transformações: ao nível das capacidades mentais, na personalidade, nas funções biológicas e nos papéis sociais e, normalmente, estas inúmeras transformações são quase sempre sentidas pelo adulto idoso como perdas.

Assim, importa que o envelhecimento seja bem sucedido, ou seja, que o idoso consiga adaptar-se a essas transformações e às perdas que vão ocorrendo, promovendo a sua satisfação, diminuindo a ansiedade, cultivando a auto-estima, aumentando a capacidade de superar situações de frustração, de sobrecarga e de ameaça (Barreto, 1988).

São pressupostos de um envelhecimento bem sucedido a satisfação e a auto-estima, os quais são proporcionais às relações sociais existentes bem como às actividades desenvolvidas pelo adulto idoso.

A ansiedade está associada a situações em que é necessário reorganizar e encontrar novas formas de resposta. É por esta razão que, quando na velhice há uma insatisfação com a vida e com o viver, há também um aumento dos níveis de ansiedade no indivíduo.

Torna-se importante que a sociedade não isole e não afaste o idoso, pois o isolamento conduz à infelicidade. A satisfação com a vida, consigo próprio, com o envelhecer depende de uma auto-estima e de um auto-conceito positivo, os quais resultam da percepção que o idoso tem de ser capaz de atingir aos seus objectivos e de manter um papel e uma interacção social gratificantes. Mas, grande parte das vezes o que ocorre na nossa sociedade e com os nossos idosos é precisamente o oposto: há uma tendência para a diminuição dos contactos sociais, não por imposição da sociedade mas devido à motivação intrínseca do adulto idoso (Barreto, 1988).

O idoso vai gradualmente desligando-se afectivamente do meio que o rodeia, diminuindo a quantidade e a qualidade das trocas sociais e aumentando as preocupações consigo mesmo. Mas tanto o desligamento do meio externo como a limitação das tarefas realizadas funcionam como mecanismos adaptativos necessários para que haja uma redução da energia física e mental e um equilíbrio entre as solicitações do meio e os recursos de que dispõe (Barreto, 1988). É visível o desligamento, por exemplo, em situações de reforma, de viuvez, às quais, por vezes, se seguem novos investimentos e escolha de novos papéis sociais, ou seja, há idosos que conseguem modificar o seu comportamento / atitudes sociais assumindo novos papeis com base numa percepção positiva de si próprios, por forma a alcançarem um maior grau de satisfação (Barreto, 1988).

O envelhecimento é assim uma fase da existência em que a experiência de vida passada, a superação ou não dos obstáculos que foram surgindo ao longo da vida, a forma como se foi tratado pelas pessoas com quem se travou um relacionamento, fazem com que o adulto idoso possa ou não ter confiança no futuro, em si mesmo, e nas pessoas que o rodeiam.

A Morte

A morte é parte integrante da existência humana pois sempre existiu e sempre há-de existir. E é por esse motivo que ela é a profunda preocupação do Homem.

Desde os primórdios que o Homem reflecte sobre a morte em busca de resposta para os seus mistérios (Ross, 1996).

Morrer é sempre temeroso e de difícil aceitação em qualquer circunstância e é um dos factores que mais aterroriza as pessoas em geral e principalmente os nossos idosos, por estarem mais próximos de a encarar, por estarem sós (maioritariamente), por terem de enfrentar o desconhecido (não só a morte como a doença) sem qualquer suporte familiar ou apoio.

Uma vez que a morte é para todos nós inevitável e imprevisível é importante que sejamos capazes de conviver melhor com a realidade, tal como acontece em outras culturas de outros países. É importante familiarizarmo-nos com ela (a nossa e a dos outros), pois ao transformá-la num tabu estamos a fomentar um medo desnecessário (Ross, 1996). É preferível aceitá-la como “companheira esperada” que dá um propósito às nossas vidas de que um “estranho a ser temido” que tão terrivelmente nos angustia. Assim sendo, a adaptação ao fim da vida torna-se o maior desafio da pessoa idosa o que, conseqüentemente implica o saber aceitar a morte e o saber lidar com o medo e a ansiedade face a ela (Cicirelli, 2003).

Normalmente quando se fala em morte na realidade fala-se do medo e/ou ansiedade face à morte (AFM), o qual pode ser mais consciente ou mais inconsciente. E é por isso que grande parte dos estudos realizados sobre a AFM apresentam resultados discordantes (Barros, 1998). A AFM, é ainda, um fenómeno mal compreendido que importa compreender urgentemente, pois a sua compreensão vai contribuir, quer a nível teórico ao integrar factores associados à AFM em teorias psicológicas do desenvolvimento humano mais abrangentes, quer a nível prático, permitindo a criação de estratégias que melhorem a qualidade de vida da população idosa (Fortner, Neimeyer, & Rybarczyk, 2000).

O Objecto da AFM ou do medo da morte pode ser diverso: medo da própria morte, medo de não saber quando, como e onde esta vai ocorrer, medo de desaparecer, medo por não saber o que está para além da morte, medo da morte dos entes queridos, medo de uma doença terminal longa e causadora de muito sofrimento, para o próprio bem como para os outros.

Assim, o medo da morte não é mais que o maior medo do Homem o qual está presente sobre a forma perdas, de solidão de sofrimento, na depressão, nas doenças psicossomáticas, nas doenças em geral e que pode disfarçar-se sobre a forma de medo de doenças, do futuro, de que algum mal possa acontecer ao próprio ou às pessoas que lhe são próximas e queridas (Barros, 1998). A maneira como os indivíduos reagem face ao medo pode ser de forma normal ou patológica. Embora a morte seja certa, toda a incerteza que existe quanto a ela é geradora de AFM.

Segundo Cicirelli (2002), a AFM é essencialmente o medo da total inexistência. Este medo da inexistência é sustentado pela *Terror Management Theory – TMT* (Greenberg, Solomon, & Pyszczynki, 1997). A consciencialização da inevitabilidade da morte faz com que o ser humano sinta um enorme terror (AFM), o qual é controlado mediante mecanismos de defesa psicológicos. Quando estes mecanismos de defesa se tornam insuficientes para controlar este medo, o indivíduo começa a ter problemas no seu funcionamento diário (Greenberg et al., 1997).

Segundo os autores Feifel e Nagy (1981), as pessoas com mais medo da morte são aquelas que têm mais pensamentos negativos acerca dela, temendo-a cada vez mais à medida que vão envelhecendo.

Autores como Tomer e Eliason (1996) afirmam que o medo / AFM têm origem nos seguintes aspectos: projectos que não foram realizados / cumpridos (questões ligadas ao passado), noção de que não vai ser possível realizar tudo o que se quer devido à brevidade da vida (questões ligadas ao futuro) e não ser capaz de encontrar um significado, um sentido para a morte (quer do próprio quer dos outros).

Segundo Cicirelli (2003) a consciencialização da proximidade da morte faz com que o idoso se torne mais ansioso face à morte. Este aumento da AFM ocorre entre os 70 e o início dos 80 anos, associada ao declínio (mais ou menos acentuado) da saúde mental e física. É a chamada transição entre a terceira e a quarta idades (Baltes, 2003). A terceira idade caracteriza-se por ser uma fase de uma relativa estabilidade a nível das competências psíquicas, físicas e sociais, enquanto que na quarta idade se começa a assistir ao declínio de todas essas competências.

Operacionalização da ansiedade face à morte

Apesar do constructo de AFM ter sido inicialmente considerado unidimensional, actualmente considera-se multidimensional (Barros & Neto, 2004). No entanto, há ainda quem defenda a pluridimensionalidade e não concorde com o número

de factores, com a sua designação, propondo a existência de cinco ou mais factores: medo da própria morte e da dos outros (mais próximos e mais afastados), medo baseado na religiosidade, em questões culturais e sociais, em questões existenciais (conscientes ou inconscientes), negação e evitamento face à morte.

Há autores / investigadores que consideram o medo da morte como sendo um traço de personalidade, enquanto outros o consideram como algo passageiro e que depende de influências sociais, culturais, ambientais (Barros, 1998). A nível teórico não existe unanimidade quanto às dimensões (quais e em que número) que estão envolvidas na operacionalização deste constructo (Cicirelli, 2003).

A sociedade ocidental tem tendência a negar e a evitar a morte, o que faz com que se possa por em causa algumas das respostas dadas pelos idosos. Outra questão diz respeito ao fenómeno da desejabilidade social, o qual pode influenciar as respostas dadas, traduzindo-se em maior ou menor sinceridade nas mesmas, pois a morte é algo de indesejado na nossa sociedade (Barros, 1998).

Uma das provas utilizada para avaliar o constructo AFM é o *Death Anxiety Questionnaire (DAQ)*, desenvolvido por Conte e colaboradores, em 1982. Inicialmente o questionário era composto por 24 itens, construídos com base em entrevistas feitas a idosos e a estudantes, com o objectivo de captar uma grande variedade de sentimentos relacionados com a morte. Aquando da validação da escala houve uma redução do número de itens para 15 e foram encontrados cinco factores: medo da morte encarada enquanto estranha e desconhecida, medo do sofrimento no processo de morrer, medo da solidão à hora da morte, aspectos interpessoais da AFM e mais outro factor que não foi possível nomear. A validação do *DAQ* para população idosa portuguesa foi feita por Simões e Neto, em 1994 e readaptada por Barros, em 1998. Simões e Neto (1994) reduzem o número de factores para 3: perdas, solidão e sofrimento. Barros (1998) reduz a escala para 11 itens, formulados na primeira pessoa (“preocupo-me...”), de forma afirmativa e não interrogativa como anteriormente.

Outro dos instrumentos, também bastante utilizado, para operacionalizar o constructo AFM, é a *RDAS – Revised Death Anxiety Scale*, criada por Thorson & Powell (1992). Esta escala foi construída a partir da modificação de outros instrumentos: *Fear of Death Scale (FODS)*, de Boyar, *Death Anxiety Scale (DAS)*, de Templer e um item da autoria de Nehrke. Assim, o seu nome inicial era *Nehrke-Templer-Boyar (NTB)*, passando a *RDAS* só posteriormente. No primeiro estudo (Thorson, in Thorson & Powell, 1992), bem como no segundo (Thorson & Perkins, in

Thorson & Powell, 1992), o *NTB* era composto por 34 itens e foi aplicado a uma amostra de estudantes universitários ($N = 208$; leque etário = 18-53 anos; $M = 23$) e a outra amostra de maior dimensão e com uma melhor distribuição da idade ($N = 659$; leque etário inferior a 22 anos – $N = 115$; idades entre 22-35 anos – $N = 302$; idades entre 36-55 anos – $N = 203$; e 55 ou + anos – $N = 39$). O formato de resposta aos itens da escala era dicotómico (verdadeiro ou falso). A análise factorial exploratória (AFE) da prova revelou 4 componentes principais: Ansiedade face ao Isolamento e Imobilidade, Dor, Finalidade da Morte e Medo da Decomposição e do Enterro. Assim, O *NTB* mostrou estar mais relacionado com o isolamento e a claustrofobia do que propriamente com a AFM. O que levou os autores a acrescentarem mais itens relacionados com a ansiedade da perda de controlo pessoal e a retirarem itens redundantes e que expressassem ansiedade face ao isolamento e à dor. Num terceiro estudo (Thorson & Powell, 1984), a escala passou a ter o nome de *RDAS*. Era composta por 25 itens de resposta e era cotada como nos estudos anteriores e a amostra era composta por jovens estudantes universitários e adultos ($N = 599$; leque etário = 16-19 anos – $N = 101$; idades entre 20-29 anos – $N = 228$; idades entre 30-59 anos – $N = 135$; e 60 ou + anos – $N = 135$). Thorson e Powell (1984) aperfeiçoaram a estrutura da *RDAS*, através do melhoramento das inter-relações dos itens entre si e com o total da escala e reavaliaram a sua dimensionalidade. Assim, os autores tiveram de eliminar 4 itens da prova: o 2, 13, 16 e 24, passando a escala a ter 21 itens de resposta e um *alpha* de .83. Sendo que os factores que a compunham eram: Incerteza-Controlo Pessoal (itens 3, 5, 6, 7, 9, 12, 14, 18, 19, 20 e 22), Dor (itens 1, 8 e 15), Medo do processo de Morrer (itens 10, 17, 21 e 23) e Funeral-Decomposição (itens 4, 11 e 25). Só no quarto estudo (Thorson & Powell, 1992), é que foi aplicada uma escala de resposta diferente das anteriores: tipo Likert de 5 pontos. Na primeira fase do estudo, os autores, associaram a AFM e a religiosidade, através da aplicação da prova *Intrinsic Religious Motivation (IRM)* e da *RDAS* a uma amostra de adultos idosos ($N = 103$; leque etário = 61-88 anos; $M = 71$). Quanto ao tipo de resposta, este foi bem aceite pelos idosos, os quais não revelaram qualquer dificuldade perante o novo formato. No entanto, a correlação entre as duas provas foi fraca ($r = -.11$). Os autores atribuíram este resultado ao facto da amostra ser muito homogénea e de reduzida dimensão. Assim, procederam à junção de dados dos estudos anteriores ($N = 346$; leque etário = 18-88 anos; $M = 44$). Com a nova amostra os resultados revelaram que os adultos idosos com níveis mais elevados de religiosidade, apresentavam menores níveis de AFM. Os autores procederam ainda à diferenciação

entre os indivíduos com maior e menor nível da AFM, com base na hipótese de que diferentes níveis de ansiedade determinariam diferentes maneiras de encarar a morte. Dividiram a amostra inicial em duas subamostras: a primeira era composta pelos indivíduos com maiores níveis de AFM ($N = 141$; $M = 36$ anos) e a segunda pelos indivíduos com menores níveis ($N = 136$; $M = 50$ anos). Através da AFE, verificou-se a existência de diferentes factores nas duas subamostras: a primeira revelou 4 factores – Inexistência (itens 2, 3, 6, 7, 12, 14, 19, 20 e 22); Dor-Desamparo (itens 10, 11, 15, 17, 21 e 23); Transcendência-Decomposição (itens 5, 9, 13, 16, 18, 22 e 25) e Controlo-Dor-Transcedência (itens 1, 4, 8, 15, e 24). A segunda revelou igualmente 4 factores mas com diferentes distribuições e definições: Incerteza (itens 2,3,5,6,7,9,12,18,19,20 e 22); Transcendência (itens 8, 13, 14 e 16); Desamparo-Integridade Corporal (itens 4, 10, 17, 21 e 23) e Dor (itens 1, 11 e 15). Assim sendo, foi confirmada a hipótese colocada pelos autores: existem diferentes tipos de conceptualizar a morte. No entanto, isso não quer dizer que tal se deva aos níveis de ansiedade ou há idade dos indivíduos.

Em 2000, Tomer e colaboradores também utilizaram a *RDAS* num estudo de validação da estrutura factorial da escala, tendo por objectivo comprovar a existência de diferenças na complexidade do constructo entre um grupo de adultos idosos ($N = 89$; $M = 69$ anos) e um grupo de jovens adultos ($N = 102$; $M = 20$ anos). Da escala aplicada aos adultos idosos foram retirados 4 factores e eliminados 10 itens (através da AFE). Os factores foram: Inexistência (itens 2, 3, 6, 9, 12, e 20); Dor (itens 1, 8 e 15); Arrependimento (itens 18, 19 e 24) e Corpo (itens 4, 11 e 25). Os autores aplicaram e testaram a invariância do modelo nas duas amostras através da análise factorial confirmatória (AFC) com estimação de máxima verosimilhança (MV). A solução encontrada foi admissível.

A adaptação da *RDAS* à população adulta idosa portuguesa foi feita por Carvalho, Diniz & Ribeiro (2008). A validação da escala resultou numa estrutura bidimensional, com as seguintes dimensões: Ansiedade face ao Processo de Morrer – APM (com 8 itens) e Ansiedade face à Inexistência – AI (com 4 itens), com boa validade discriminante ($r = -.53$; covariância = .29) e convergente para a AI (VME = .59) e APM (VME = .61). A consistência interna (CI) foi de .92 para a AI e de .86 para a APM, revelando que os factores são precisos para a comparação entre grupos, embora a AI também o seja para o diagnóstico individual.

Assim, sabe-se que o medo da morte possui uma natureza multidimensional, mas existem poucos estudos com a população idosa que examinem as várias dimensões

separadamente, o que torna difícil perceber como diferem os diversos medos face à morte (Cicirelli, 2003).

“Pois que, ó cidadãos, o temer a morte não é outra cousa que parecer ter sabedoria, não tendo. È de fato parecer saber o que não se sabe.” (Platão, 1939).

Referências

- Baltes, P. B. (2003). Extending Longevity. Dignity gain – or dignity drain? *Max Plank Research*, 3, 15-19.
- Barreto, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Psicologia*, 4, 2, 159-170.
- Barros, J. (1998). *Viver a morte. Abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Almedina.
- Carvalho, G., Diniz, A. & Ribeiro, M. (2008). Adaptação da Revised Death Anxiety Scale (RDAS) para adultos idosos portugueses. In A. P. Noronha, C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Coords.), *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios.
- Cicirelli, C. (2002). Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. *Journal of Gerontology*, 57, 4, 358-366.
- Cicirelli, C. (2003). Older adult's fear and acceptance of death: A transition model. *Ageing International*, 28, 66-81.
- Feifel, H., Nagy, T. (1981). Another look at fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 2, 278-286.
- Fortner, B. V., 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). Philadelphia PA: Brunner Routledge.
- Greenberg, J. , Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical and conceptual refinement. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 6, pp. 61-139). San Diego: Academic Press.

- Instituto Nacional de Estatística (2001). *Census 2001 – Resultados definitivos*. INE: Portugal
- Instituto Nacional de Estatística (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 187-207.
- Instituto Nacional de Estatística (2003). *Revista de Estudos Demográficos*, 33. INE: Portugal.
- Kübler-Ross, G. (1996). *Morte: estágio final da Evolução*. Rio Janeiro: Nova Era.
- Neto, F. (1999). *As pessoas idosas são pessoas: aspectos psicossociais do envelhecer*. *Psicologia, Educação e Cultura*, vol. 3, 2, 297-322.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1984). *Revision and factor analysis of death anxiety scale*. Paper present at the 37th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, San Antonio.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1992). A revised death anxiety scale. *Death studies*, 16, 507-521.
- Tomer, A., Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive modelo f death anxiety. *Death Studies*, 20, 4, 343-365.
- 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). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.