

Instituto Superior Ciência da Saúde - Norte



Medo da Morte
Um Estudo Empírico na População Idosa

Isabel Maria Barbosa Santos

Tese de Mestrado

Gandra, 1 de Fevereiro de 2010

Medo da Morte
Um Estudo Empírico na População Idosa

Isabel Maria Barbosa Santos

Dissertação de Mestrado em Psicogerontologia
Apresentada ao Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, sob Orientação da
Professora Doutora Vera Almeida

Agradecimentos

Pretendo neste espaço, dedicar a todos os que, de uma forma directa ou indirecta, contribuíram para a realização deste trabalho e que sem eles o percurso teria sido mais solitário:

Às directoras dos Centros de Dia de Pedrouços e Milheirós o meu agradecimento por me terem recebido e acolhido nos seus espaços, para a recolha de dados

Ao Professor Doutor José Carlos Rocha, pelo incentivo, e ao Bruno, Duarte e Sofia, colegas da Unipsa pela ajuda importante prestada no processo de tradução da escala, o meu reconhecimento

A toda a população que se prontificou a responder à escala, nomeadamente à população idosa pela paciência e dedicação ao longo de todo o protocolo de instrumentos, o meu obrigado

Um agradecimento à Professora Doutora Vera Almeida, minha orientadora, pela disponibilidade, interesse e alertas constantes

Às minhas, muito mais que colegas de mestrado, amigas Vânia, Marta e Carla, o meu tributo pessoal por todo o apoio, disponibilidade, boa disposição e companheirismo

Um agradecimento muito sentido aos meus pais, sem eles nada seria possível, desde o meu ingresso no ensino superior, à finalização do mestrado, não esquecendo todo o apoio, carinho e incentivo de que sempre dispuseram

Resta-me agradecer a uma pessoa muito especial, ao meu namorado David, que sempre caminhou ao meu lado ao longo deste percurso e sempre esteve presente para me apoiar, incentivar e enxergar que o dia de amanhã é melhor que o de hoje.

*Tem dias que eu fico pensando na vida
E sinceramente não vejo saída
Como é por exemplo que dá pra entender
A gente mal nasce e começa a morrer
Depois da chegada vem sempre a partida
Porque não há nada sem separação
Sei lá,
Sei lá
a vida é uma grande ilusão
Sei lá,
Sei lá,
eu só sei que ela está com a razão.*

Tom Jobim, Miucha e Chico Buarque

Índice Geral

<i>Agradecimentos</i>	iii
<i>Índice Geral</i>	v
<i>Índice de Tabelas</i>	vii
<i>Índice de Anexos</i>	viii
<i>Resumo</i>	ix
<i>Abstract</i>	xi
<i>Introdução</i>	1
PARTE I	3
<i>Capítulo 1: História da Morte</i>	4
<i>Capítulo 2: O conceito de Medo da Morte</i>	7
2.1- Definição e medição do medo da morte	8
2.1.1- Instrumentos de medição do medo da morte	9
2.1.1.1- <i>Multidimensional Fear of Death Scale</i> (Hoelter, 1979; cit in Neimeyer & Moore, 1994)	10
2.1.1.2- <i>Collett-Lester Fear of Death Scale</i> (Lester, 1969; cit in Lester, 1990, 1994) ...	10
2.1.2.1- <i>Death Perspective Scales</i> (Spilka et al, 1977; cit in Oliveira & Neto, 2004)	10
2.1.2.2- <i>Death Anxiety Questionnaire</i> (Conte, Weiner, & Plutchic, 1982; cit in Campelos, 2006).....	10
<i>Capítulo 3: O Envelhecimento e a Morte</i>	11
3.1- Medo da morte nos idosos – revisão de estudos	13
3.1.1- Variáveis sociodemográficas	13
3.1.1.1- <i>Idade</i>	13
3.1.1.2- <i>Género</i>	14
3.1.1.3- <i>Estado Civil</i>	14
3.1.1.4- <i>Escolaridade/Nível socioeconómico</i>	15
3.1.1.4- <i>Religiosidade</i>	15

3.1.1.5- Institucionalização.....	16
3.1.1.6- Socialização e Suporte Social.....	16
3.1.1.7- Saúde	17
3.1.2- Variáveis psicológicas	17
3.1.2.1- Psicopatologia	17
3.1.2.2- Personalidade.....	17
3.1.2.3- Coping	18
3.1.2.4- Locus de controlo	18
3.1.2.6- Solidão/Otimismo e Satisfação com a Vida.....	18
3.2- Um modelo explicativo do medo da morte	19
3.3- Envelhecimento e aceitação da morte	20
PARTE II.....	22
Capítulo 4:Metodologia do estudo 1.....	23
4.1 – Amostra	23
4.1.1- Selecção da amostra	23
4.1.2- Caracterização da amostra.....	24
4. 2- Instrumentos.....	25
4.2.1- <i>Mini-Mental State Examination - MMSE</i> (Folstein et al., 1975, adaptado por Guerreiro et al., 1994)	25
4.2.2- <i>The Collett-Lester Fear of Death Scale, Revised Version - CL- FODS</i> (Lester, 1990)	25
3.3- Procedimento.....	27
Capítulo 5:Resultados do estudo 1	28
5.1- Validade Factorial.....	28
5.2- Fidelidade: Consistência Interna.....	30
Capítulo 6:Discussão do estudo 1.....	31
Capítulo 7: Metodologia do estudo 2.....	32
7.1 – Amostra	32

7.1.1- <i>Seleção da amostra</i>	32
7.1.2- <i>Caracterização da amostra</i>	32
7.2- Instrumentos	33
7.2.1- <i>Mini-Exame do Estado Mental – MMSE</i> (Folstein et al., 1975, adaptado por Guerreiro, 1994).....	34
7.2.2- <i>SF-36v2</i> (Ferreira, 2000).....	34
7.2.3- <i>Coping Through Emotional Approach – CTEA</i> (Stanton et al., 2000, adaptado por Ponte et al., 2009).....	35
7.3- Procedimento	36
7.4- Desenho do estudo	37
Capítulo 8: Resultados do estudo 2	37
8.1- Estudos de Relação	37
8.1.1- <i>Relação entre as dimensões do medo da morte e as variáveis sociodemográficas</i>	37
8.1.2- <i>Relação entre as dimensões do medo da morte e os índices de saúde na população idosa</i>	38
8.1.3- <i>Relação entre as dimensões do medo da morte e o Coping de Aproximação Emocional na população idosa</i>	39
8.2- Estudos de comparação	40
8.2.1- <i>Comparação entre jovens e idosos</i>	40
8.2.2- <i>Comparação entre idosos de centro de dia e idosos sem apoio institucional </i>	41
8.2.3- <i>Comparação em função do género</i>	42
8.2.4- <i>Comparação entre idosos casados e viúvos</i>	44
Capítulo 9: Discussão do estudo 2	46
9.1- Discussão dos resultados	46
9.2- Conclusão	50
Conclusão	51
Referências	53

Anexos 57

Índice de Tabelas

Tabela 1:	Descrição da amostra do estudo 1 – dados sociodemográficos	24
Tabela 2:	Análise em Componentes Principais da CL- <i>FODS</i> (Solução Factorial com 32 itens)	28
Tabela 3:	Fidelidade da escala CL-FODS na amostra em estudo e a obtida pelo autor	30
Tabela 4:	Descrição da amostra do estudo 2 - dados sociodemográficos	33
Tabela 5:	Medidas de associação entre as dimensões do medo da morte e as variáveis sociodemográficas	38
Tabela 6:	Medidas de associação entre as dimensões do medo da morte e os índices de saúde	39
Tabela 7:	Medidas de associação entre as dimensões do medo da morte e o <i>Coping</i> de Aproximação Emocional	40
Tabela 8:	Médias e desvios padrão das dimensões medo da morte entre os jovens e os idosos	40
Tabela 9:	Médias e desvios padrão das dimensões medo da própria morte entre os idosos de centro de dia e os idosos sem recurso institucional	41
Tabela 10:	Médias e desvios padrão dos índices de saúde entre os idosos do centro de dia e os idosos sem recurso institucional	42
Tabela 11:	Médias e desvios padrão do <i>Coping</i> de Aproximação Emocional entre os idosos de centro de dia e os idosos sem recurso institucional	42
Tabela 12:	Médias e desvios padrão do Medo da Morte em função do género	43
Tabela 13:	Médias e desvios padrão dos índices de saúde em função do género	43
Tabela 14:	Médias e desvios padrão do <i>Coping</i> de Aproximação Emocional em função do género	44
Tabela 15:	Médias e desvios padrão do Medo da Morte em função do estado civil	44
Tabela 16:	Médias e desvios padrão dos índices de saúde em função do estado civil	45
Tabela 17:	Médias e desvios padrão do <i>Coping</i> de Aproximação Emocional em função do estado civil ..	45

Índice de Anexos

<i>Anexo 1: Consentimento Informado</i>	58
<i>Anexo 2: Mini-Mental State Examination</i> (Folstein et al., 1975; adaptado por Guerreiro et al., 1994)	60
<i>Anexo 3: Collett-Lester Fear of Death-Scale, Revised Version</i> (Lester, 1990)	63
<i>Anexo 4: Versão portuguesa do SF-36v2</i> (Ferreira, 2000)	66
<i>Anexo 5: Versão portuguesa do Coping Through Emotional Approach</i> (Stanton et al., 2000; adaptado por Ponte et al., 2009)	71
<i>Anexo 6: Resumo</i>	73
<i>Anexo 7: Abstract</i>	76
<i>Anexo 8: Artigo – Adaptação de uma Escala sobre o Medo da Morte para a População Portuguesa</i>	79

Resumo

Quando nos propomos a estudar o envelhecimento, devemos considerar que as mudanças que aqui ocorrem incluem, na perspectiva de Baltes (1987, *cit in* Paúl, 2006) ganhos e perdas. Para Menéndez (2006) essas mudanças facilitam ao idoso tomar consciência de que é um ser finito, que cresce, amadurece e se deteriora, e que a morte é a consequência final desse processo. Pelo que, neste trabalho adaptamos uma escala sobre o medo da morte (estudo 1) e realizamos um estudo exploratório que analisa, o medo da morte em diferentes grupos e a relação desse medo com índices de saúde e com *Coping* de Aproximação Emocional (estudo 2).

Estudo 1: Metodologia: A amostra foi constituída por 127 participantes e foram utilizados os seguintes instrumentos, *Mini-Mental State Examination* (Folstein et al; 1975, adaptado por Guerreiro, 1994) e a *The Collett-Lester Fear of Death Scale: Revised Version* (Lester, 1990) com vista à sua adaptação para a população portuguesa. Foram analisadas as suas características psicométricas através da análise em componentes principais pelo método de rotação tipo *varimax* e da análise da consistência interna, pelo cálculo do *Alpha de Cronbach*. **Resultados:** A análise em componentes principais foi forçada a quatro factores de extracção e verificamos que os itens, genericamente tendem a agrupar-se nos factores correspondentes. A consistência interna obtida na escala e nas diferentes subescalas é considerada boa. **Discussão:** O arranjo factorial encontrado e a boa consistência interna da escala permitiu-nos manter a sua estrutura original tal qual proposta pelo autor, assim, a sua utilização em futuras investigações será vantajosa para o desenvolvimento do estudo do medo da morte em Portugal.

Estudo 2: Metodologia: A amostra foi constituída por 127 participantes, 61 eram estudantes universitários e 66 idosos. Foram utilizados para a recolha de dados os seguintes instrumentos, *Mini-Mental State Examination* (Folstein et al; 1975, adaptado por Guerreiro, 1994), *The Collett-Lester Fear of Death Scale: Revised Version* (Lester, 1990, adaptado por Santos & Almeida, 2010); *SF-36v2* (Ferreira, 2000), *Coping Through Emotional Approach* (Stanton et al., 2000, adaptado por Ponte et al., 2009) e uma ficha sociodemográfica. Este foi um estudo exploratório, estudamos algumas características da amostra e das suas respostas, pela análise descritiva das médias e desvio padrão, correlacionamos diferentes variáveis através do *r de Pearson* e comparamos grupos através do teste *t* e do teste de Mann-Whitney. **Resultados:** Constatamos que o medo da morte se

correlaciona com a idade, com a escolaridade, com alguns índices de saúde e com algumas dimensões do *Coping* de Aproximação Emocional. Verificamos ainda, pela comparação entre grupos que, de uma forma genérica: os jovens têm mais medo da morte que os idosos; que os idosos do centro de dia têm mais medo da morte e menores índices de saúde que os que não recorrem a este tipo de instituições; que as mulheres têm mais medo da morte, menores índices de saúde e utilizam mais o *coping* religioso que os homens; e que os idosos viúvos apresentam mais medo da morte, índices de saúde mais baixos e utilizam mais o *coping* religioso que os casados. *Conclusão:* Este estudo possibilitou-nos compreender o impacto do medo da morte na população idosa portuguesa e permitiu-nos associar ao medo da morte outras variáveis, como os índices de saúde e o *Coping* de Aproximação Emocional, conhecimento importante para os profissionais que trabalham com esta população.

Abstract

When we consider to study the aging, we must consider changes that occur here include, in the perspective of Baltes (1987, *cit in* Paúl, 2006) profits and losses. For Menéndez (2006) these changes facilitate the aged one to take conscience of whatt is a finite being, that grows, ripens and spoils, and death is the final consequence of this process. For what, in this work we adapt a scale about fear of the death (study 1) and carry through a exploratory study that analyzes, the fear of the death in different groups and the relation of this fear with indices of health and with *Coping* of Emotional Approach (study 2).

Study 1: Methodology: The sample was constituted by 127 participants and had been used the following instruments, *Mini-Mental State Examination* (Folstein et al; 1975; adapted per Warrior, 1994) and *The Collett-Lester Fear of Death Scale: Revised Version* (Lester, 1990) with sight to its adaptation for the Portuguese population. Its psychometrics characteristics analysis of main components for the rotation method had been analyzed type *varimax* and of the analysis of the internal consistency, by calculation of *Alpha de Cronbach*. **Results:** The analysis in main components was forced the four factors of extractor and verifies that the item, generically tend to group themselves in the corresponding factors. The gotten internal consistency in the scale and different subscales is considered good. **Quarrel:** The joined factorial arrangement and the good internal consistency of the scale allow-in them to keep its original structure such which proposal for the author, thus, its use in future inquiries will be advantageous for the development of the study of the death in Portugal.

Study 2: Methodology: The sample was constituted by 127 participants, 61 was university students and 66 aged ones. The following instruments had been used for the retraction of data, *Mini-Mental State Examination* (Folstein et al; 1975; adapted by Warrior, 1994), *The Collett-Lester Fear of Death Scale: Revised Version* (Lester, 1990; adapted for Santos & Almeida, 2010); *SF-36v2* (Blacksmith, 2000), *Coping Through Emotional Approach* (Stanton et al., 2000; adapted for Bridge et al., a 2009) and socio -demographic fiche. This was an exploratory study, studies some characteristics of the sample and of its answers, for the descriptive analysis of the averages and shunting line standard, we correlate different variable through *r of Pearson* and we compare groups through the test *t e* of the test of Mann-Whitney. **Results:** We evidence that the fear of the death if correlates with the age, the school - capabilities , some indices of health and some dimensions of *Coping* of

Emotional Approach. We still verify, for the comparison between groups that, of one it forms generic: the young has more fear of the death that the aged ones; that the aged ones of the day centre have more fear of the death and minors health indices that the ones that they do not appeal to this type of institutions; that the women have more fear of the death, minors health indices and use more *coping* religious that the men; that the aged widowers present more fear of the death, lower indices of health and they use more *coping* religious that the married ones. *Conclusion: This* study make possible them to understand the impact of the fear of the death in the Portuguese aged population and allow them to associate with the fear of the death other variable, as the health indices and Coping of Emotional Approach, important knowledge for the professionals who work with this population.

Introdução

***Sem o pensamento claro da morte,
Em que suscitam as questões fundamentais,
Toda a reflexão do homem sobre o homem perde o seu sentido***

Vieira (1987)

A presente tese de mestrado foi desenvolvida no âmbito da unidade curricular de “Seminário de Investigação” do mestrado de Psicogerontologia.

O tema central desta tese é o medo da morte e surgiu do facto de durante o estágio curricular se constatar a recorrência deste tema no discurso dos idosos, evidenciando alguma preocupação com o mesmo. Surgiu, assim o interesse de investigar o tema da morte na população idosa, aliado ao facto deste ser ainda um tema pouco investigado em Portugal.

Esta tese encontra-se dividida em duas partes, a primeira que corresponde à fundamentação teórica, e é constituída pelos três primeiros capítulos, e a segunda que corresponde ao estudo empírico, onde apresentamos dois estudos, e de onde fazem parte os restantes capítulos.

No primeiro capítulo, realizamos uma abordagem histórica da vivencia da morte no mundo ocidental, onde elucidamos a passagem da morte colectiva para a morte individual e o impacto que esta poderá ter no medo da morte.

No segundo capítulo, debruçamo-nos sobre a definição do medo da morte, sobre a controvérsia que existe em torno dessa definição e enumeramos alguns instrumentos de medição do medo e da ansiedade face à morte, nomeadamente dos que existem em Portugal.

O terceiro capítulo é dedicado à análise do medo da morte no idoso. De facto, é no idoso que surge a inevitabilidade da morte, pelo que é imprescindível a realização de uma elaboração sobre o tema nessa faixa etária. Assim, analisamos quais os pressupostos que poderão estar na origem do medo da morte no idoso, apresentamos a revisão de alguns estudos que se dedicaram à análise deste tema e, finalmente procuramos identificar

algumas estratégias de aceitação da morte como culminar de um processo desenvolvimental.

O quarto capítulo inicia a parte do estudo empírico e refere-se à metodologia utilizada no estudo um, que consiste na adaptação de uma escala sobre o medo da morte. Aqui caracterizamos a nossa amostra, apresentamos os instrumentos utilizados e os procedimentos realizados.

No quarto capítulo, apresentamos os resultados obtidos na adaptação da escala, onde expomos a validade factorial e a fidelidade da mesma.

O quinto capítulo dedicamos à discussão dos resultados do estudo 1, onde reflectimos sobre os nossos resultados e estabelecemos algumas considerações sobre a versão portuguesa adaptada.

O estudo dois inicia-se no capítulo seis com a apresentação da metodologia utilizada. Assim, este capítulo é dedicado à caracterização da amostra, à apresentação dos instrumentos utilizados, à clarificação dos procedimentos utilizados e à descrição do desenho do estudo.

No sétimo capítulo apresentamos os resultados do estudo 2. Aqui encontramos os resultados da análise correlacional e da análise de comparação de grupos.

No quinto capítulo discutimos os principais resultados do estudo 2, sustentando-os teoricamente e realizando uma reflexão sobre os mesmos.

Destinamos à conclusão a síntese dos aspectos que consideramos mais relevantes dos estudos, bem como ao discernimento dos principais contributos e principais limitações encontradas.

PARTE I
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Capítulo 1: História da Morte

Não podemos aprender a apreciar a preciosidade da vida

Sem nos confrontarmos com a realidade da morte

Wong (2000)

Ruffié (1987) refere que se pode morrer por envelhecimento ou por acidente, sendo que a primeira é uma morte inevitável e a segunda uma morte não programada no nosso património genético, ou seja, é uma morte evitável. Para o autor a morte é de um ponto de vista biológico, não apenas um fenómeno natural, mas absolutamente necessário. Pois segundo Dausset (*cit in* Ruffié, 1987, p. 103) *“procurar vencer definitivamente a morte seria, afinal, antibiológico (...) de um ponto de vista psicológico, o homem, como é evidente, pode desejá-lo (...) será possível um dia consegui-lo? Em minha opinião não”*. Ruffié (1987, p.103) conclui: *“ainda bem que assim é, pois a supressão da morte provocaria, a supressão dos nascimentos. A humanidade, formada por grupos de velhos, mesmo que experientes e sábios, deixaria de ter possibilidade de se enriquecer”*.

Morin (1970) apontou os contrastes da *“morte em comum e da morte solitária”* (p.94). A primeira, verificada nos povos arcaicos, era um acontecimento colectivo, de toda a comunidade e o medo e o traumatismo da morte eram menos acentuados do que nas sociedades evoluídas, onde a morte é um acto individual, morre-se sozinho, é a morte solitária.

Contudo, estas modificações nas atitudes perante a morte foram, na maior parte dos casos, lentas e, por vezes, imperceptíveis, parecendo imóveis através de longos períodos de tempo, contrastando, no entanto, com a rapidez com que se apresentam hoje (Morin, 1970), como descreveremos de seguida.

Durante séculos ou milénios, a morte era aguardada no leito, ou então era a morte terrível, como a peste ou a morte súbita. A morte no leito subjazia em si ritos de um cerimonial tradicional marcados pela lamentação da própria vida, pelo perdão dos outros, pela escolha da sepultura (mais tardiamente) e pela cerimónia pública, organizada pelo próprio moribundo. O quarto dos agonizantes tornava-se um lugar público, de entrada livre, onde estavam presentes familiares, amigos, vizinhos e as crianças, como refere o autor *“não há*

representação do quarto de um moribundo até ao séc. XVIII que não incluía crianças. Quando, hoje em dia, se pensa nas preocupações de afastar as crianças das coisas da morte” (Ariès, 1989, p.24). Entre os séc. XIII ao séc. XVIII, o testamento constituía o meio de cada um exprimir, de forma muito pessoal, as suas ideias e sentimentos profundos, era o meio de obrigar a respeitar as vontades do defunto (ibidem).

Morria-se com simplicidade, os rituais da cerimónia e da morte eram cumpridos e aceites, sem características dramáticas, sem expressão emocional excessiva. A familiaridade da morte era uma forma de aceitação da ordem da natureza: *“não se morre sem se ter tido tempo de saber que se vai morrer (...) o homem estava prevenido (...) eram pessoas práticas e simples observadoras dos sinais e sobretudo de si mesmas” (Ariès, 1989, pp. 20-21).*

A partir do séc. XVIII verifica-se um fenómeno novo e surpreendente: a morte que antes era familiar, próxima, atenuada e indiferente, torna-se uma situação que provoca medo. Mas a simplicidade da morte não foi interrompida nem abolida, foi parcialmente alterada a partir dos séc. XI-XII, foram modificações subtis que, pouco a pouco, conferiram um sentido dramático e pessoal à anterior familiaridade do homem com a morte (Ariès, 1989).

Foi entre os séc. XVI e XVIII que se deu uma ruptura que contribuiu para o novo fenómeno. Os temas da morte que se encontravam carregados de um sentido erótico, onde a morte era desejada, passam a ter um sentido romântico, a morte é admirável pela sua beleza, marcada pelo relato de doenças, agonias e reflexões sobre a morte (Ariès, 1989). Nasce, então, um novo sentido da morte, pois a morte romântica introduz a preocupação com a morte do outro, mais do que a preocupação com a própria morte, isto é, os sobreviventes aceitam a morte do próximo mais dificilmente do que noutros tempos, temendo a morte do outro e não a própria morte. Assim, o homem das sociedades ocidentais, inspirados por uma dor apaixonada, exalta e dramatiza a morte, pois a expressão de dor dos sobreviventes é a demonstração de um sentimento de intolerância em relação à separação. No entanto, o cerimonial da morte no leito, presidida pelo moribundo rodeado duma multidão de parentes e amigos, persiste e continua a ser o cenário da representação, onde a lamentação e saudade inspiram os séc. XIX e séc. XX ao surgir de um novo culto, o culto dos túmulos e dos cemitérios, onde evocam o morto e cultivam a sua recordação, conferindo-lhe uma espécie de imortalidade (ibidem).

O surgimento da preocupação com a morte do outro, introduziu uma mudança na relação entre o moribundo e a família, no entanto, é na segunda metade do séc. XIX que surge a atitude de esconder do moribundo a gravidade do seu estado, tomando como motivação o desejo de poupar o doente, de assumir o seu infortúnio. *“Mas desde muito cedo, este sentimento cuja origem nos é conhecida foi recoberto por um sentimento diferente, característico da modernidade: evitar, já não ao doente mas à sociedade e ao próprio círculo de relações, o incómodo e a emoção demasiado forte, insustentável, provocados pela fealdade da agonia e a simples presença da morte em plena vida feliz, pois se admite agora que a vida é sempre feliz ou deve parecê-lo sempre”* (Ariès, 1989, p. 56).

Apesar de se conservarem os rituais da morte a carga dramática que os caracterizava tendem a desvanecer e entre, 1930 e 1950, a evolução precipita-se pois, por um lado, o local da morte é transferido da residência para o hospital e passa de um acontecimento familiar e colectivo a individual e só. Isto é, morre-se no hospital, pois lá proporcionam-se cuidados não possíveis em casa, assim, a morte, torna-se um fenómeno técnico declarado por uma equipa médica hospitalar, não sendo o moribundo, nem a sua família, os senhores da morte e das circunstâncias da mesma, como acontecia outrora (Ariès, 1989). Por outro lado, a cena da morte procura agora que, a sociedade, os vizinhos e as crianças se apercebam o mínimo possível da passagem da morte, deve-se ser discreto e evitar qualquer pretexto de expressão emocional, pois estes inspiram repugnância e são sintoma de desorganização mental. Na própria família a expressão de dor deve ser solitária, por receio de impressionar as crianças (Ariès, 1989).

Assim, a partir da segunda metade no séc. XX, o cenário da morte visa reduzir a um mínimo decente as operações inevitáveis destinadas a fazer desaparecer o corpo. Já não se faz questão de visitar o túmulo e nos países em que a revolução da morte é radical, a cremação está a tornar-se o modo dominante de sepultura (Ariès, 1989).

Em suma: desde a Alta Idade Média (entre os séc.V e X), até meados do séc. XIX, a atitude perante a morte mudou tão lentamente que os contemporâneos não se aperceberam. Contudo, desde há cerca de 30 anos deu-se uma revolução brutal das ideias e dos sentimentos que, *“a morte outrora tão presente, de tal modo era familiar, vai desvanecer-se e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objecto de um interdito”* (Ariès, 1989, p. 55).

A contextualização histórica das atitudes face à morte assume relevância na contextualização do que será objecto de investigação deste trabalho. É importante perceber até que ponto o medo da morte pode ser influenciado pela evolução da prestação de cuidados ao moribundo, isto é, por um lado vamos estudar uma população (idosa) que, de certo modo, ao longo da sua vida contactou com a morte colectiva, mas que, por outro lado, em caso de necessidade de cuidados, poderá estar dependente de um cuidador da geração em que os cuidados são despojados para os hospitais, habituados à morte individual (ex. filhos ou netos). Este cruzamento de atitudes fruto de diferentes gerações pode introduzir um sentimento de incerteza face ao futuro.

Capítulo 2: O conceito de Medo da Morte

*Quando as pessoas perdem tanto tempo em actividades
triviais e auto-destrutivas,
é porque negaram a realidade da própria morte*

Wong (2000)

Becker (1973, *cit in* Cicirelli, 2002) refere que o medo ou a ansiedade face morte, é um fenómeno comum em todas as sociedades e é frequentemente considerado como a principal motivação para o comportamento humano, e que este é, na sua maioria, consequência de uma resposta para o problema da morte (Nagi & Feifel, 1981). Assim, o medo ou a ansiedade face à morte é uma reacção universal de que ninguém está livre (Nagi & Feifel, 1981), sendo que todo o medo que sentimos é, em última análise, um medo da morte (Stekel, 1949, *cit in* Nagi & Feifel, 1981).

Neste sentido, podemos considerar que o medo da morte é uma reacção provocada por situações que colocam a vida ou a integridade da pessoa em risco de morte. Regularmente, associamos o medo da morte a situações de doença, talvez pela possível irreversibilidade de algumas, ou ao envelhecimento, dada a sua inevitabilidade. No entanto, o medo da morte pode ser despoletado por situações inesperadas e abruptas, como acidentes.

É certo que ao longo do percurso de desenvolvimento humano, o confronto com a morte e sofrimento de outro, despertam uma reflexão sobre a própria morte. Assim, para

apresentarmos uma definição de medo da morte teremos que incluir a morte do outro, que nos coloca a pensar sobre a própria morte e nos traz um sentimento de perda e luto, e a própria morte, que nos coloca reflectir sobre os objectivos pessoais e a imaginar que o mundo continua a viver sem nós.

2.1- Definição e medição do medo da morte

No passado, os investigadores definiram o medo e a ansiedade face à morte como uma única dimensão (Nagi & Feifel, 1981), no entanto, estes termos têm sido usados alternadamente na literatura. Assim, Wong, Reker e Gesser (1994) referem que o medo da morte é mais específico e consciente do que a ansiedade face à morte que é uma reacção mais generalizada e talvez inacessível à consciência. Defendem ainda, baseados em Collett e Lester (1969) e Littlefield e Fleming (1984) que o medo da morte não é um constructo unitário, pois se por um lado, as questões relacionadas com a morte e com o morrer são complexas, por outro, a morte é temida por várias razões (Wong et al., 1994). Assim, o medo da morte é geralmente considerado como um conceito multidimensional (Lester, 1994; Neimeyer & Moore, 1994; Wong, et al., 1994, Cicirelli, 2002) e maioria dos instrumentos de medição do medo da morte incluem vários aspectos relacionados com este medo, permitindo usar medidas mais ajustadas e determinar de forma mais correcta o nível de medo nas pessoas (Nagi & Feifel, 1981).

Lester (1967) destacou vários aspectos a ter em consideração na definição do medo da morte:

i) Ser necessário perceber se a consistência e a validade dos diferentes instrumentos de medição do medo da morte, avaliam realmente essa dimensão;

ii) Perceber que, muitas vezes, a escolha das variáveis de análise têm pouca relevância no que concerne à origem do medo da morte, ressaltando o facto do medo da morte ter sido amplamente correlacionado com variáveis que estão facilmente disponíveis, como, sexo, idade, perturbações psiquiátricas, entre outras. Sendo necessário compreender o efeito de variáveis mais profundas como, doença física, morte dos pais na infância, a perda de amigos ou outras variáveis, com o intuito de não apenas correlacionar as variáveis mas também perceber qual a sua função na origem do medo da morte;

iii) A dificuldade de comparação entre os diferentes trabalhos que estudam o medo da morte, pois estes não se limitam a analisar pacientes moribundos mas sim a analisar uma

multiplicidade de amostras, para além de que o medo da própria morte, o medo da morte de outros e o medo dos efeitos da morte não foram distinguidos nos métodos de investigação, sendo todos eles chamados colectivamente de medo da morte.

Cicirelli (1999), partilha da mesma opinião, dizendo que embora estudos anteriores tenham tentado relacionar o medo de morte com uma série de variáveis, estes não foram realizados para determinar os efeitos combinados das variáveis, sendo, por isso, os resultados pouco consistentes, acrescidos do facto de a maioria dos estudos utilizarem medidas globais do medo da morte, não evidenciando as suas características multidimensionais.

Na mesma direcção, Powell e Thorson (1994) referiram que vários estudos abordaram a ansiedade face à morte como um constructo unidimensional, sendo que a maioria adoptou um número de diferentes factores ou elementos que compõem o medo da morte, resultando num grande número de abordagens para medição da ansiedade face à morte. Neimeyer e Moore (1994) criticaram salientando que embora o questionário de ansiedade face à morte contenha uma ampla gama de experiências relacionadas com a morte, essas experiências diferentes foram simplesmente somadas de forma a produzir uma única medida (unidimensional), interpretada como ansiedade ou medo face à morte. Assim, destacam que a imprecisão na medição combinada com a falta de atenção para a validade e fidelidade das medidas iniciais, contribuíram substancialmente para a ambiguidade da literatura resultante sobre o tema do medo da morte.

2.1.1- Instrumentos de medição do medo da morte

Neste ponto além da apresentação da existência de algumas escalas do medo da morte ilustramos também as que existem em Portugal. A este respeito, o medo da morte, em geral e a utilização de instrumentos de avaliação do medo da morte, em particular, não têm merecido tanta investigação, quanto outras áreas da psicologia no nosso país. A este respeito, da investigação realizada, encontramos uma escala sobre diversas perspectivas da morte, *Death Perspective Scales* de Spilka et al. (1977; adaptada por Oliveira & Neto, 2004) e uma escala de ansiedade face à morte *Death Anxiety Questionnaire* (Conte, Weiner, & Plutchic, 1982, adaptada por Simões & Neto, 1994).

2.1.1.1- *Multidimensional Fear of Death Scale* (Hoelter, 1979, *cit in* Neimeyer & Moore, 1994)

A *Multidimensional Fear of Death Scale* (Hoelter, 1979, *cit in* Neimeyer & Moore, 1994) apresenta em oito subescalas ilustrando uma concepção multidimensional do medo da morte: Medo do Processo de Morrer, Medo dos Mortos, Medo de Ser Destruído, Outros Medos Significativos (relacionados com o medo da morte), Medo do Desconhecido, Medo da Morte Consciente, Medo do Corpo Após a Morte e Medo da Morte Prematura.

2.1.1.2- *Collett-Lester Fear of Death Scale* (Lester, 1969, *cit in* Lester, 1990, 1994)

A *Collett-Lester Fear of Death Scale* também propõe uma visão multidimensional do medo da morte, distribuída por quatro subescalas: Medo da Própria Morte, Medo do Próprio Morrer, Medo da Morte de Outros e Medo do Morrer de Outros (Lester, 1990). Um dos objectivos deste trabalho é a adaptação da versão revista desta escala, pelo que será explanada no capítulo 4.

2.1.2.1- *Death Perspective Scales* (Spilka et al, 1977, *cit in* Oliveira & Neto, 2004)

A *Death Perspectives Scales* foi desenvolvida por Spilka et al. em 1977 (*cit in* Oliveira & Neto, 2004) e foi adaptada para a população portuguesa por Oliveira e Neto em 2004. Esta é constituída por oito subescalas: Morte como Sofrimento e Solidão, Morte como Vida do Além de Recompensa, Indiferença Frente à Morte, Morte como Desconhecido, Morte como Abandono dos que Dependem de Nós com Culpabilidade, Morte como Coragem e Morte com Fim Natural, de formato Likert (de 1 até 6) que identificam várias reacções emotivas (umas negativas e outras positivas) experimentadas por quem pensa na própria morte. As subescalas procuram espelhar a natureza multidimensional dos sentimentos experimentados acerca da morte (Oliveira & Neto, 2004).

2.1.2.2- *Death Anxiety Questionnaire* (Conte, Weiner, & Plutchic, 1982, *cit in* Campelos, 2006)

A *Death Anxiety Questionnaire* foi desenvolvida por Conte, Weiner e Plutchic em 1982 (*cit in* Campelos, 2006). Da análise factorial da mesma resultaram cinco factores: Medo do Desconhecido, Medo do Sofrimento, Medo da Solidão e Medo da Extracção Pessoal, o último factor os autores não o conseguiram denominar (Campelos, 2006). No entanto, esta

distribuição de cinco factores foi contestada, através de uma análise qualitativa de conteúdo de cada item, pois aquilo que os autores designaram de “características da natureza da ansiedade face à morte” eram, na verdade, características do medo da morte em geral (Campelos, 2006). Assim, na adaptação deste questionário para a população portuguesa, por Simões e Neto em 1994, resultou uma organização de 15 itens distribuídos por três factores. Em estudos posteriores foi realizada uma readaptação, por Oliveira em 1998 (*cit in* Ramalho, 2007), cuja disposição resultou na diminuição de 15 para 11 itens, e de três factores para apenas um, denotando um carácter unifactorial e dimensional ao instrumento (Coelho, 2008).

Em suma, como foi explorado neste capítulo, o tema do medo da morte tem sido alvo de controversa ao longo dos anos, não só pela dificuldade em distinguir entre ansiedade face à morte e medo da morte como na dificuldade de definição dos conceitos que integram cada dimensão desses constructos. Parece-nos contudo, que o medo da morte, se refere especificamente a situações/acontecimentos que implicam o aniquilamento pessoal ou a perda e sofrimento do outro. Concluindo, o tema do medo da morte merece ainda muita investigação, Lester (1967) salienta que apesar do medo da morte ocupar os psicólogos, a compreensão do mesmo tem aumentado muito pouco em comparação com o progresso de outras áreas da psicologia.

Capítulo 3: O Envelhecimento e a Morte

É preciso toda a vida para aprender a morrer

Séneca *cit in* Oliveira (2008b)

Birren e Schroots (2001, *cit in* Oliveira, 2008a) defendem que, a psicologia do envelhecimento, analisa e explica as mudanças que acontecem nos indivíduos, segundo a dimensão bio-psico-social, ao longo de todo o percurso de vida, mas, sobretudo na velhice. Assim, a psicologia do envelhecimento estuda as mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros à medida que avançam na idade cronológica, abrangendo todas as áreas do comportamento humano e sua evolução (Birren, & Renner, 1997, *cit in* Paúl,

2006). Desta feita, quando nos propomos a estudar o envelhecimento, o conceito de percurso de vida, ganha especial relevância pois as mudanças adaptativas que ocorrem ao longo da vida incluem, na perspectiva de Baltes (1987, *cit in* Paúl, 2006) ganhos e perdas.

Seguindo a ideia suprarreferida, Paúl (2006) elucida que independentemente da forma como dividimos as etapas do curso de vida, esta tem um carácter contínuo, em que os acontecimentos do passado influenciam o presente e o futuro dos indivíduos e de um modo particular a forma, mais ou menos positiva, como envelhecemos. Assim, tal como sublinha Menéndez (2006) todo o seu humano, mas especificamente o idoso, ao longo do desenvolvimento do seu ciclo vital, toma consciência de que é um ser finito, que cresce, amadurece e se deteriora, estrutural e funcionalmente, à medida que envelhece, sendo a morte a consequência final desse processo.

Neste sentido, Tomer (1992, *cit in* Menéndez, 2006) ressalva que para a maioria das pessoas pensar sobre a morte provoca incómodo e um certo grau de ansiedade e medo. Também Bayés (2001) e Kastenbaum (2000) citados por Menéndez (2006, p. 314) defendem que “o próprio processo de envelhecimento tem conotações negativas e dolorosas e, embora a esperança de vida aumente sem parar em países industrializados, o balanço entre perdas e ganhos na velhice é difícil de avaliar como favorável, sobretudo pela aproximação do final: a morte seria o culminar desse processo à qual se associa a ideia de perda absoluta e irreversível”, definida nos seguintes aspectos:

- A morte como dissolução do eu, de tudo o que somos. A história de vida desaparece assim como tudo aquilo que ainda se desejava realizar.
- A morte como uma separação definitiva das pessoas queridas. Teme-se o próprio desaparecimento, pois este poderá causar dor e dificuldades para outros que já não têm a nossa presença.
- O receio antes da morte remete para o medo do desconhecido. Reflecte-se sobre o que existirá depois da morte, ou se existe algo, o que influencia a atitude que se adopta em relação à mesma. A morte é entendida como um vazio definitivo que gera angústia, stress e ansiedade provocados pela incerteza que provoca.
- O temor do caminho que pode conduzir à morte: medo da dor, sofrimento, dependência e sobrecarga que, nalgumas situações, acompanha o processo de agonia.

3.1- Medo da morte nos idosos – revisão de estudos

É consensual que entre os diversos autores que estudam a o medo da morte nos idosos, que para estes a morte já não é um acontecimento muito longe no seu futuro, mas uma crise concreta do presente (McCoy, Psyszczynski, Solomon, & Greenberg, 2000; Cicirelli, 2006; Menéndez, 2006). Assim, as expectativas que o idoso tem sobre a sua longevidade e a constatação do seu declínio na sua saúde física e mental, permitem uma maior consciência da sua proximidade com a morte (Cicirelli, 2006).

Apesar, da dificuldade de estudo do medo e da ansiedade face à morte no idoso, devido à multiplicidade metodológica referida no capítulo 2, valorizamos a proficuidade dos estudos para a compreensão, concepção o operacionalização do medo da morte no idoso. Neste sentido, apresentamos algumas variáveis, nomeadamente sociodemográficas e psicológicas, que se relacionam com o medo ou ansiedade face à morte e que podem contribuir como explicação desse temor antes da morte.

3.1.1- Variáveis sociodemográficas

3.1.1.1- Idade

Os estudos não são concludentes mas apontam que os adultos de meia-idade temem mais a morte que os idosos (Oliveira, 2008b). Segundo Fortner et al. (2000), vários estudos demonstram uma maior carga de ansiedade face à morte na meia-idade do que na velhice. Também Cicirelli (1999) baseando-se em vários estudos refere que esses pesquisadores descobriram que o medo da morte tende a ser menor nos idosos. No entanto, a opinião contrária, que o medo da morte aumenta nos idosos com o aproximar da morte, também encontrou algum suporte (Cicirelli, 1999). Em estudos portugueses, constata-se que Ramalho (2007) verificou que, os adultos foram os que mostraram uma ansiedade face à morte maior, seguidos dos idosos velhos e depois dos idosos novos. Coelho (2008) por seu turno, conclui que a ansiedade face à morte diminui com o aumento da idade nas três classes etárias definidas (idosos novos, idosos velhos e idosos muito velhos).

Os estudos mostram tendencialmente um predomínio do medo da morte nas pessoas mais jovens, pois, por um lado os jovens têm uma maior perspectiva de vida e, por isso, mais objectivos definidos temendo a morte que impossibilita de os alcançar, por outro lado, segundo Tomer e Eliason (2000) os idosos adoptam metas mais realistas renunciando a

objectivos impossíveis de alcançar, portanto, alteram os seus critérios de sucesso e fracasso, diminuindo o seu temor à morte.

3.1.1.2- Género

Fortner, Neimeyer e Rybarczyk (2000) numa meta-análise de vários estudos que controlaram esta variável verificaram que em geral não há correlação entre o medo da morte e o género, tal como Conte, Weiner e Plutchik (1982, *cit in* Cicirelli, 1999). Middletown (1936, *cit in* Lester, 1967) num estudo que realizou com estudantes universitários constatou que não existem diferenças relevantes entre os dois sexos, mas verificou que as mulheres pensam e temem mais a morte que os homens. Ramalho (2007) também constatou que não existem diferenças entre os géneros.

Diggory e Rothman (1961, *cit in* Lester, 1967) referem que as mulheres temem mais a dissolução do próprio corpo enquanto que os homens temem mais a possibilidade de dependência de cuidados, as mulheres preocupam-se mais com a dor associada ao morrer.

Outros estudos encontram que as mulheres têm mais medo da morte que os homens (Cicirelli, 1999), mas mostram menos medo do desconhecido (Neimeyer & Moore, 1994). Cicirelli (1999) verificou que as mulheres idosas têm mais medo do processo de morrer do que os homens idosos, mas têm menos medo do desconhecido.

Em suma, apesar de muitos estudos não encontrarem diferenças entre os géneros, podemos perceber de outros estudos revistos que as mulheres se preocupam essencialmente com a dor e doença prolongada, enquanto os homens temem os cenários que desconhecem, por exemplo, um cenário de dependência física e incapacidade.

3.1.1.3- Estado Civil

Swenson (1961, *cit in* Lester, 1967) constatou que idosos viúvos tendem a fugir da questão da morte, enquanto as pessoas casadas, solteiras e separadas tendem a olhar a morte de frente. Rhudick e Dibner (1961, *cit in* Lester, 1967) não encontraram diferenças entre os mesmos grupos.

3.1.1.4- Escolaridade/Nível socioeconómico

Swenson (1961, *cit in* Lester, 1967) verificou que os idosos menos instruídos tendem a fugir à questão da morte mais do que os que com maior instrução. Outros autores não encontraram influência quanto ao nível de escolaridade (Lester, 1967).

Diggory e Rothman (1961, *cit in* Lester, 1967) constataram que a classe média teme a dor associada ao morrer mais do que as classes inferior e superior. A classe mais baixa teme mais a vida após a morte e têm menor preocupação com as consequências afectivas para os outros. No entanto, os autores consideram que essas diferenças também podem ser devidas a diferenças educacionais. Cicirelli (1999) verificou que os idosos com menor nível socioeconómico têm mais medo do desconhecido do que os que têm um nível menor e que esta variável não se correlacionava com o medo do processo de morrer.

Relativamente a esta variável, consideramos que as conclusões dos estudos são bastante heterogéneas e que as questões de escolaridade, nível socioeconómico e educacionais são factores que relacionam de forma estreita.

3.1.1.4- Religiosidade

Bee (1997, *cit in* Oliveira, 2008b) refere que não foi encontrada correlação entre esta variável e o medo da morte já que alguns estudos mostraram que quem é profundamente religioso tem menos medo da morte, o que também acontece para os que se descrevem como convictamente descrentes. Eliason (2000, *cit in* Oliveira, 2008b) afirma que a espiritualidade e a transcendência pode diminuir a carga de ansiedade em relação à morte, levando o idoso a compreender e a enquadrar melhor o sentido da vida e da morte. Menéndez (2006) fala em sentimentos religiosos, as pessoas que os professam em maior medida parecem ter uma menor ansiedade antes da morte, pois a religião traz uma resposta à incerteza que existe antes da morte, as pessoas religiosas tendem a descrever a morte como um novo início e não como o final.

Cicirelli (1999) diz que os resultados variam de acordo com o conteúdo específico da crença religiosa do indivíduo, por exemplo, se a crença religiosa valoriza noções de punição na vida após a morte, a religiosidade relaciona-se positivamente com o medo da morte (Florian & Kravitz, 1983, *cit in* Cicirelli, 1999). Por outro lado, se a crença salienta o amor de Deus, um Deus zelador e benevolente, e uma vida após a morte idílica, a

religiosidade está menos relacionada com o medo da morte (Rigdon & Epting, 1985, *cit in* Cicirelli, 1999).

3.1.1.5- Institucionalização

Os estudos mostram que os idosos institucionalizados (em lares) apresentam maior ansiedade em relação à morte do que os idosos que vivem mais independentemente nas famílias (Oliveira, 2008a). Coelho (2008), comprovou que não existem diferenças significativas, quanto à ansiedade face à morte, entre os grupos de idosos que viviam sozinhos, os que viviam em casa própria mas com a família e os idosos institucionalizados. Shrut (1958, *cit in* Lester, 1967), comparando idosos institucionalizados, verificou que os idosos que vivem de forma mais independente mostraram menos medo da morte e menos preocupação com esta. Também Fortner e Neymeyer (1999, *cit in* Coelho, 2008b) referem que idosos institucionalizados apresentam mais ansiedade face à morte do que os idosos não institucionalizados.

De uma forma geral a maioria dos estudos aponta que os idosos institucionalizados têm mais ansiedade face à morte que os não institucionalizados, talvez porque os primeiros estejam em ambientes que não são familiares para si, percebendo-os com maior estranheza e ansiedade.

3.1.1.6- Socialização e Suporte Social

Menéndez (2006) refere que os idosos temem menos a morte pelo facto destes viverem a morte de maneira mais próxima, isto é, o desaparecimento de pessoas da sua geração socializa e prepara-os para a própria morte. Oliveira (2008a) vai de encontro à justificação anterior dizendo que os idosos já se mentalizaram da inevitabilidade e relativa proximidade da morte, vendo desaparecer pessoas da sua geração.

Também os idosos que percebem ter um forte apoio social e um maior sentimento de segurança, parecem ter menos medo da morte do que os idosos que estão sozinhos (Cicirelli, 1999).

3.1.1.7- Saúde

Fortner et al. (2000) após a análise de vários estudos, constataram que os resultados sugerem que maiores problemas físicos fazem prever maior ansiedade face à morte, nos idosos. Cicireli (2000) diz que o idoso pode até desejar a morte por influência das condições de saúde. Swenson (1961, *cit in* Lester, 1967) verificou que os idosos com pouca saúde esperam a morte de uma forma mais positiva. Cristo (1961, *cit in* Lester, 1967), por seu turno constatou que os pacientes idosos com uma melhor saúde temiam menos a morte.

Os estudos não são conclusivos, mas sugerem que a percepção que a pessoa tem da sua saúde se associa ao medo da morte.

3.1.2- Variáveis psicológicas

3.1.2.1- Psicopatologia

Segundo Nagi e Feifel (1981) alguns autores acreditam que a noção de morte pode desempenhar um papel importante na depressão, diversos distúrbios psicossomáticos e de uma forma mais geral na psicopatologia.

Rhudick e Dibner (1961, *cit in* Lester, 1967) constataram que uma elevada preocupação com a mortalidade, avaliada pelo TAT (Thematic Apperception Test), se associava com scores elevados nas escalas de hipocondria, histeria, dependência e impulsividade, no MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) e concluíram que a preocupação com a morte envolve preocupações neuróticas.

Fortner et al. (2000) encontraram também uma correlação positiva entre a ansiedade face à morte e os problemas psicológicos, encontrados com medidas globais de problemas psicológicos, de depressão e de ansiedade.

Concluimos que o medo da morte se associa à psicopatologia, isto é, muitas vezes os problemas psicológicos fomentam dificuldades na vida da pessoa levando-a a perceber a morte como um futuro próximo despoletando medo em relação à mesma.

3.1.2.2- Personalidade

Em geral, os idosos com personalidades mais integradas e com mais objectivos de vida mostram-se menos ansiosos (Oliveira, 2008b). Um estudo de Munnich (1966, *cit in* Oliveira, 2008b) refere que a maioria dos idosos aceitava a morte e não tinha medo dela,

sobretudo os que possuíam maior maturidade psicológica e que atitudes negativas em relação à morte estavam relacionadas com personalidades imaturas.

3.1.2.3- *Coping*

Cicirelli (2006) refere que vários pesquisadores que estudam o *coping* identificaram um conjunto de estratégias de confronto utilizadas por adultos, tais como o *coping* focalizado na emoção, *coping* focalizado no problema, busca de apoio social, reavaliação cognitiva, reavaliação positiva, e a criação de eventos positivos. Salienta, contudo que até ao momento não se sabe até que ponto os adultos mais velhos fazem uso dessas estratégias de *coping* em relação aos seus medos e preocupações com a morte.

Segundo Menéndez (2006) pensava-se que os pacientes que durante a sua vida apresentavam melhores estratégias de *coping* encaravam melhor a sua situação terminal, no entanto, tem-se verificado que pacientes com menor estabilidade emocional também o fazem.

3.1.2.4- *Locus de controlo*

Cicirelli (1999) verificou que os indivíduos idosos com maior *locus* de controlo interno têm menos medo do processo de morrer e medo do desconhecido do que os idosos com menor *locus* de controlo externo.

3.1.2.6- *Solidão/Optimismo e Satisfação com a Vida*

Ramalho (2007), no seu estudo verificou que a solidão se correlaciona negativamente com a ansiedade face à morte, sugerindo que quanto maior o nível de solidão menor a ansiedade face à morte e vice-versa. Relativamente, à satisfação com a vida, esta correlaciona-se positivamente com a ansiedade face morte, o mesmo acontece com o optimismo. Fortner e Neimeyer (1999, *cit in* Coelho, 2008) referem que a ansiedade face à morte é mais elevada em idosos com baixos níveis de integração social e de satisfação com a vida.

Após a exposição da relação entre o medo da morte e algumas variáveis sociodemográficas e psicológicas concluímos que os estudos não são conclusivos e parecem pouco explicativos. No entanto, a pesquisa realizada contribuiu para o conhecimento de factores que se relacionam com o medo da morte e que constituirão um importante suporte na hora da discussão dos resultados da investigação.

3.2- Um modelo explicativo do medo da morte

Segundo Cicirelli (2002), o núcleo do medo da morte é o medo de aniquilamento, de extinção. Isto é, todos os seres humanos são instintivamente conduzidos para a sobrevivência e conservação, mesmo tendo conhecimento da inevitabilidade da sua morte, resultando um sentimento consciente de medo da morte (Greenberg et al., 1997, *cit in* Cicirelli, 2006).

Assim, a Teoria de Gestão de Terror (TMT) de Greenberg et al. (1997, *cit in* Cicirelli, 2002, 2006), procura explicar o medo da morte, tentando identificar quais os factores ou mecanismos que suprimem os pensamentos de morte da consciência. Apesar dos pensamentos de medo da morte serem suprimidos da consciência, muitas vezes os mecanismos que reprimem esses pensamentos quebram quando os estímulos de morte estão presentes (Cicirelli, 2006).

A TMT preconiza que as normas e valores da sociedade actual, caracterizada pela racionalidade, previsibilidade e permanência, protegem do medo da morte, criando a ilusão de padrões de valor de vida significativa e de formas de transcender a morte (Cicirelli, 2006). Neste sentido, Lifton (1983, *cit in* Cicirelli, 2002) propõe que os indivíduos, de acordo com as crenças dos sistemas culturais, podem alcançar a imortalidade literal e simbólica. Sendo que a imortalidade literal se refere à crença de que um aspecto incorpóreo do indivíduo vai viver indefinidamente, de algum modo, esta é alcançada através de crenças religiosas, como a alma e a vida após a morte. A imortalidade simbólica refere-se à crença de que os indivíduos são representados por algo ou alguém após a sua morte, visualizando as crianças como extensões de si mesmas, isto é, estas continuarão a deixar uma marca no mundo de uma cultura que resiste ao longo de tempo.

Neste contexto, Cicirelli (2002) esclarece que uma vez que a morte é inevitável e que os medos são despertados ao nível da consciência, o estudo do medo da morte seria justificado como uma extensão da TMT. Pois procuraria identificar em que medida as variáveis da cultura e da imortalidade, explicadas anteriormente, se relacionam com os pensamentos conscientes de medo da morte, no sentido de os atenuar. Assim, quando o medo da morte emerge à consciência, os indivíduos podem utilizar mecanismos de defesa imediatos, como negar a sua vulnerabilidade, distanciando-se, ou usar distrações para lidar com a ameaça. Ou utilizar mecanismos mais profundos, como as normas culturais, a

auto-estima e a auto-eficácia, para manterem a supressão dos pensamentos (Cicirelli, 2006).

3.3- Envelhecimento e aceitação da morte

Foram vários os autores que se debruçaram sobre o tema da aceitação da morte no idoso. Desta feita, apresentamos de seguida alguns contributos que nos elucidam sobre os mecanismos que contribuem para essa aceitação.

Cicirelli (2006) refere que na velhice os indivíduos devem enfrentar os medos da morte resultantes da realidade de um tempo limitado para viver, do aumento da morte dos seus contemporâneos, das perdas cognitivas e sensoriais e da fragilidade física, o que leva a um conflito, entre o desejo de viver e a consciência do seu tempo de sobrevivência limitado. Segundo o autor, este conflito evoca temores de morte, particularmente relacionados com temores de aniquilação ou extinção da auto-identidade. Assim, os receios da morte despoletariam nos idosos um processo de transição, envolvendo reorganização cognitiva e emocional (que inclui a reinterpretação sobre a vida e a morte), para encontrar mecanismos de reduzir o medo da morte e, eventualmente, levar à aceitação da morte (Cicirelli, 2006).

A nível psicossocial, existem evidências de que a proximidade percebida até à morte é acompanhada de stress e ansiedade, que despertam determinadas reacções emocionais. Assim, segundo a teoria de selectividade socioemocional, os idosos tendem a reduzir o leque das suas relações com os outros, para desta forma maximizar os ganhos sociais e emocionais e reduzir os riscos, pois vão-se tornando cada vez mais sensíveis para o fim inevitável da vida (Castensen, 1992, *cit in* Cicirelli, 2006). Os idosos também parecem ser mais capazes de regular as suas experiências emocionais que os pode ajudar a lidar com a sua mortalidade (Lawton et al., 1992, *cit in* Cicirelli, 2006).

Erikson (1963, 1982, *cit in* Cicirelli, 2006) identificou na fase final da vida o conflito de integridade *versus* desespero, onde os indivíduos que alcançam o senso de integridade podem olhar para trás, ao longo dos anos vividos, com satisfação e também aceitar sua mortalidade inevitável, sendo que os da fase de desespero ainda não alcançaram essa aceitação.

Johnson e Bares (1997, *cit in* Cicirelli, 2006) salientaram que os idosos de oitenta e cinco anos, onde é mais reconhecida a sua vulnerabilidade à morte, desenvolveram uma atitude de aceitação da morte, em vez de medo da morte. Cicirelli (2006) refere que a faixa etária

dos setenta anos e início dos oitenta, não deve ser considerada como um período específico, onde a aceitação da morte é alcançada, mas esta é sugerida pelo facto de, nesta fase da vida, o declínio da saúde e vigor, levar ao reconhecimento de que a vida do indivíduo está a chegar ao fim e que ele deve lidar com esse facto, sendo, portanto uma data provável em que o processo de aceitação ocorra. Assim, o autor salienta que o período de transição servirá para os idosos reorganizarem o seu pensamento e comportamento para melhor lidarem com seus medos de morte, através da utilização de determinadas estratégias já existentes no repertório de muitos adultos.

Wong (2000) salienta que as defesas psicológicas de negação e evasão podem eventualmente falhar face à crescente evidência do envelhecimento e morte. É por isso que, mais cedo ou mais tarde, as pessoas precisam chegar a alguma forma de aceitação da morte, a fim de superar o medo da morte.

Em suma, Cicirelli (2006) sustenta que para responder ao receio da morte, e atenuar o conflito, entre o desejo de viver e a consciência do seu tempo de sobrevivência limitado, os idosos passam por um processo de reestruturação cognitiva e emocional e de reinterpretação da sua vida para melhor lidarem com o medo da morte e chegarem a uma aceitação do seu fim, esta não é uma perda mas um processo adaptativo para lidar com a última fase da vida (Cicirelli, 2006). O autor sublinha, no entanto, que dependendo das circunstâncias individuais (por exemplo, ser vítima de uma doença terminal), os indivíduos podem ser forçados a chegar a uma aceitação da morte iminente, em qualquer momento da vida.

O enquadramento do medo da morte na população idosa assume particular relevância neste trabalho dado os objectivos que pretendemos investigar. Contextualizar o medo da morte numa perspectiva desenvolvimental permitiu-nos questionar sobre as variáveis que contribuem para o medo da morte nesta fase da vida. Neste sentido, procuramos perceber o que foi estudado neste âmbito, pois por um lado os nossos resultados podem sustentar dados que já foram encontrados e por outro podem surgir novos elementos que contribuam para a definição do medo da morte, mas sobretudo para os profissionais que lidam com os idosos, para os ajudarem a desenvolver estratégias de aceitação da morte.

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

O presente estudo de investigação surgiu da constatação da recorrência do tema da morte no discurso dos idosos aquando de um estágio curricular. Reconhecemos que é nesta fase da vida que surge a inevitabilidade da morte, e questionamos então se a constante necessidade de falar sobre a morte reflectia um sentimento de medo face à mesma. Assim, decidimos investigar o medo da morte nos idosos e para tal organizamos a investigação em dois estudos.

O estudo 1 tem como objectivo a tradução e adaptação da Collett-Lester Fear of Death Scale, Revised Version (Lester, 1990) para a população portuguesa.

O estudo 2 tem como objectivos, explorar a relação entre o medo da morte e variáveis sociodemográficas, índices de saúde e *Coping* de Aproximação Emocional, bem como determinar diferenças entre grupos (idade, institucionalizados/não institucionalizados, género e estados civis) em relação ao medo da morte, aos índices de saúde e ao *Coping* de Aproximação Emocional.

Este trabalho de investigação procura contribuir para o enriquecimento dos conhecimentos sobre o medo da morte na pessoa idosa, mais concretamente na temática do medo da morte, mas também definir uma medida do medo da morte que permita ampliar a investigação desta área em Portugal.

Capítulo 4: *Metodologia do estudo 1*

Procedemos neste capítulo à apresentação da metodologia do estudo 1, que consiste na adaptação da Collett-Lester Fear of Death Scale, Revised Version - CL-FODS (Lester, 1990) para a população portuguesa. Este capítulo está organizado em três secções: amostra, instrumentos e procedimento.

4.1 – Amostra

4.1.1- Selecção da amostra

A amostra foi obtida no Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte, nos Centro de Dia de Pedrouços e no de Milheirós (pertencentes à Santa Casa da Misericórdia da Maia) e junto

da população idosa que não tem recurso institucional. Os participantes foram recrutados pela investigadora.

Relativamente à amostra da população idosa, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- i) Ter idade igual ou superior a 65 anos
- ii) Obter resultado de ausência de defeito cognitivo, no Mini-Mental State Examination - MMSE (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975, adaptado por Guerreiro, Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia, 1994), isto é, foram excluídos todos os idosos que apresentavam as seguintes pontuações: ≤ 15 para analfabetos; ≤ 22 para 1 a 11 anos de escolaridade e ≤ 27 para escolaridade superior a 11 anos.

4.1.2- Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 127 participantes, 61 eram estudantes do ensino superior e 66 idosos. Quanto ao género, 35 participantes eram do sexo masculino e 92 do feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 92 anos, sendo a média de 50.91 e o desvio padrão de 25.62. Relativamente ao estado civil, 42 eram casados, 28 viúvos, 54 solteiros, 2 divorciados e 1 em união de facto. Quanto ao nível de instrução 7 eram analfabetos, 53 tinham uma escolaridade entre o 1º e o 4º ano de escolaridade, 5 entre o 5º e o 12º ano, 60 o grau de licenciatura e 2 de bacharelato (tabela 1).

Tabela 1: Descrição da amostra do estudo 1 – dados sociodemográficos.

Variáveis	N	%	
Sexo	Masculino	35	27.6
	Feminino	92	72.4
Estado Civil	Casados	42	42.5
	Viúvos	28	33.1
	Solteiros	54	0.8
	Divorciados	2	1.6
	União de facto	1	22.0
	Instrução	Iltrado	7
1ª classe		2	1.6
2ª classe		1	0.8
3ª classe		15	11.7
4ª classe		35	27.3
5º ano		1	0.8
6º ano		1	0.8
7º ano		1	0.8
12º ano		2	1.6
Bacharelato		2	1.6
Licenciatura		60	46.9

4. 2- Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo foram o MMSE (Folstein et al., 1975, adaptado por Guerreiro et al., 1994) e a CL-FODS (Lester, 1990).

4.2.1- Mini-Mental State Examination - MMSE (Folstein et al., 1975, adaptado por Guerreiro et al., 1994)

O Mini-Mental State Examination – MMSE, foi criado por Folstein e colaboradores em 1975 (*cit in* Guerreiro et al., 1994), nos Estados Unidos. Este instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa, por Manuela Guerreiro e seu grupo, em 1994. Permite avaliar as capacidades cognitivas, como orientação, memória, cálculo, atenção, linguagem e capacidade visuo-construtiva. É constituído por 30 questões e a sua administração demora aproximadamente 10 a 15 minutos (Sobral, 2006). A sua utilização, neste estudo, teve como principal propósito o cumprimento dos critérios de inclusão/exclusão da população idosa na amostra (Anexo 2)

4.2.2- The Collett-Lester Fear of Death Scale, Revised Version - CL- FODS (Lester, 1990)

A Collett-Lester Fear of Death-Scale – CL-FODS, foi desenvolvida em 1969 para eliminar o problema da heterogeneidade de conteúdo existente entre as diferentes escalas sobre o medo da morte utilizadas até à altura. O autor pretendia também eliminar todos os itens sobre funerais e cemitérios (que eram comuns) e distinguir entre o próprio sujeito e o outro em relação ao medo da morte e do morrer, originando quatro subescalas distintas (Lester, 1990):

- i) Medo da Própria Morte: refere-se ao receio da própria morte que implica o fim como pessoa, o fim da sua existência;
- ii) Medo do Próprio Morrer: remete para um percurso de sofrimento que conduz à morte, associado à doença prolongada, à morte lenta;
- iii) Medo da Morte do Outro: implica a hipótese de morte de uma pessoa que normalmente é querida à pessoa que responde ao questionário;
- iv) Medo do Morrer de Outros: lembra a possibilidade de doença dolorosa e morte lenta de uma pessoa querida.

A escala original era constituída por 36 itens e apresentava algumas limitações. Por um lado, os itens de cada subescala apareciam dispersos, isto é, cada subescala continha diferentes números de itens (por exemplo, os itens 1; 4; 6; 14; 17; 20; 23; 26; 28; constituíam a subescala do Medo da Própria Morte), o que dificultava muitas vezes a sua utilização em investigação e na escrita de artigos. Por outro lado, os resultados de consistência interna e de validade obtidos em estudos que utilizavam a escala eram divergentes segundo os autores, assim, Lester (1990) concluiu que a estrutura factorial da escala Collett-Lester era complexa, e não correspondia à estrutura de hipótese (composta por quatro dimensões) com base no conteúdo dos itens.

Uma vez identificadas as principais lacunas da escala original, Lester em 1990 efectuou uma revisão da mesma, de onde resultou a Collett-Lester Fear of Death-Scale, Revised Version (Lester, 1990), a que será utilizada neste estudo (Anexo 3). A versão revista agrupa os itens em 4 subescalas, cada uma com 8 itens, e altera a escala de opção de resposta, que antes era de -3 a + 3 e na nova versão é de 1 a 5. Esta nova versão é constituída por 32 itens (*Ibidem*).

A Collett-Lester Fear of Death Scale, foi revista para uma população de 73 participantes e salientam-se as seguintes características psicométricas:

i) Validade factorial: utilizando o método de rotação tipo *varimax*, o autor obteve uma solução factorial de 7 factores. Dos sete factores, verificou que: o primeiro, continha sete dos oito itens da subescala do Medo da Própria Morte; o segundo factor compreendia nove dos dezasseis itens que compõem as duas subescalas que se relaciona com o Medo da Morte e do Morrer do Outro; o terceiro incluía seis itens das subescalas que se referem ao Medo da Própria Morte e Próprio Morrer e um das subescalas orientadas para o outro. Nos outros factores os itens encontravam-se misturados (Lester, 1994). Assim, o autor refere que os resultados da análise factorial não são favoráveis à validade de conteúdo dos itens das subescalas, salientando a necessidade de outros estudos que utilizem um maior número de indivíduos.

ii) Consistência interna: o autor obteve os seguintes valores de *Alpha de Cronbach*, $\alpha=.91$ para o Medo da Própria Morte, $\alpha=.89$ para o Medo do Próprio Morrer, $\alpha=.72$ e $\alpha=.87$ para o Medo da Morte de Outros e Medo do Morrer de Outros, respectivamente. Conclui, que a escala mostrou razoável validade, fidelidade e utilidade (Lester, 1994).

3.3- Procedimento

O estudo de adaptação da escala CL- FODS iniciou-se pela obtenção da autorização do autor para a utilização da mesma. De seguida procedeu-se à sua tradução para a língua portuguesa, uma vez que este tem como língua original o inglês americano. Este procedimento tem em consideração parâmetros específicos, objectivando a manutenção da semântica do texto, pois tal como salienta Ribeiro (1999) o processo de adaptação é muito semelhante ao de construção, pelo que *“uma nova tradução necessita de ser submetida aos mesmos procedimentos psicométricos que é suposto a versão original ter sofrido”* (Bradley, 1994, cit in Ribeiro, 1999).

Neste sentido, primeiramente, a tradução da escala foi realizada por um grupo com domínio em ambas as línguas. Posteriormente, outro sujeito, também este fluente em ambas as línguas, efectuou o processo contrário, isto é, o processo de retrotradução, salientando-se que o último não tinha qualquer conhecimento do instrumento na sua versão original. Por fim, pediu-se a um profissional da área da Psicologia que examinasse as diferentes versões e identificasse possíveis erros, de forma a corrigi-los (Ribeiro, 1999).

Depois de concluídos todos os procedimentos de autorização e tradução, iniciou-se a recolha de dados. De salientar que, no que concerne aos idosos, existiam critérios de inclusão/exclusão a serem cumpridos, teriam que ter idade igual ou superior a 65 anos e obter no MMSE (Folstein et al., 1975, adaptado por Guerreiro et al., 1994) ausência de defeito cognitivo. Por esse motivo, a escala foi preenchida pelo entrevistador, conforme a resposta do entrevistado. Os participantes foram contactados pessoalmente para obtenção do consentimento informado, sendo-lhes administrado o instrumento.

Concluída a recolha de dados, procedeu-se à inserção dos mesmos no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS- versão 15), para averiguar as características psicométricas da escala portuguesa, comparando-as com as do autor original, e desta forma adaptá-la. Assim, para testar a validade factorial da escala recorreremos à análise em componentes principais, utilizando o método de rotação tipo *varimax* e para testar a sua fidelidade realizamos a análise da consistência interna, pelo cálculo do *Alpha de Cronbach*.

Capítulo 5: *Resultados do estudo 1*

Neste capítulo apresentamos os resultados da análise estatística efectuada, para a adaptação da CL- FODS (Lester, 1990), que começou pela análise factorial da escala, através da análise em componentes principais, seguindo-se o estudo da consistência interna dos factores e da escala total, através do cálculo do *Alpha de Cronbach*.

5.1- Validade Factorial

A análise factorial da escala em componentes principais teve como principal propósito perceber em que medida a estrutura factorial por nós obtida era semelhante à do autor, foi utilizado o método de rotação tipo *varimax*, sendo que este foi também o utilizado pelo autor original.

Na primeira análise, tal como o autor original, obtivemos uma solução de sete factores. No entanto, a escala está estruturada tendo em conta quatro subescalas, Medo da Própria Morte, Medo do Próprio Morrer, Medo da Morte de Outros e Medo do Morrer de Outros, que deveriam corresponder a quatro factores. Assim, forçamos a análise de componentes principais a quatro factores de extracção, cuja solução explica 58.65% da variância total (tabela 2)

Tabela 2: Análise em Componentes Principais da CL- FODS (Solução factorial com 32 itens)

Itens	Componentes				Comun.*	M	DP
	mpmt	mpmr	mmto	mmro			
1.O total isolamento da morte	.84				.71	2.27	1.46
2.O encurtamento da vida	.80				.66	2.66	1.54
3.Perda de tanta coisa depois da morte	.69				.48	2.31	1.56
4.Morrer jovem	.69				.59	2.79	1.62
5.Como será sentir que está morto	.70				.55	2.22	1.43
6.Nunca mais pensar ou experienciar qualquer coisa	.77				.61	2.24	1.51
7.A possibilidade de dor e punição por actos cometidos em vida. depois da morte	.50					2.28	1.42
8.A deterioração do seu corpo após a morte	.68				.50	1.97	1.40
9.A degradação física associada à morte lenta		.73			.63	4.12	1.17
10.A dor associada ao morrer		.73			.65	4.27	1.02
11.A deterioração mental associada à idade avançada		.68			.53	4.11	1.09
12.Que as suas capacidades fiquem limitadas. quando estiver à beira da morte		.69			.63	4.19	1.06
13.A incerteza do quão corajosamente		.50			.52	3.34	1.24

enfrentará o processo do morrer					
14.A falta de controlo sobre o processo do morrer	.59		.51	3.86	1.21
15.A possibilidade de morrer no hospital longe dos amigos e da família	.60		.46	3.00	1.58
16.O luto dos outros quando estiver à beira da morte	.40	.37	.40	.43	3.34 1.40
17.A perda de alguém próximo de si		.58		.56	4.46 .91
18.Ter que ver o corpo deles morto		.55	.49	.56	3.63 .51
19.Nunca mais poder comunicar com eles		.60		.57	4.29 1.15
20.Arrependimento por não ter sido mais agradável enquanto estavam vivos		.49			3.06 1.46
21.Envelhecer sozinho sem eles	.44	.43		.46	3.44 1.43
22.Sentir-se culpado por ficar aliviado por eles terem morrido	.55				2.11 1.44
23.Sentir-se sozinho sem eles		.55		.47	3.89 1.27
24.Inveja por eles estarem mortos		.43			1.40 .93
25.Ter que estar com alguém que está a morrer			.72	.55	3.24 1.50
26.Ter de falar sobre morte com pessoas que estão a morrer			.74	.58	3.58 1.30
27.Ver os outros a sofrer de dor			.78	.69	4.37 .94
28.Ter que ser você a dizer-lhes que estão a morrer			.72	.58	4.26 1.05
29.Ver a degradação física do corpo deles			.76	.68	4.05 1.14
30.Não saber como lidar com o luto da perda. quando está com os que estão a morrer			.42		3.54 1.21
31.Ver a deterioração das capacidades mentais dos outros			.55	.42	4.06 1.01
32.Tomar consciência de que um dia também irá passar por essa experiência			.53	.52	4.09 1.22
<hr/>					
% de variância explicada (Total = 58.65%)	18.08	11.77	8.43	14.32	
<hr/>					
<i>KMO</i> = .83; <i>Teste de Esfericidade de Bartlett</i> . χ^2 (496) = 1818.86. <i>p</i> < .001					

* Itens com carga superior a .40; Legenda: **mpmt**. Medo da Própria Morte; **mpmr**. Medo do Próprio Morrer; **mmto**. Medo da Morte de Outros; **mmro**. Medo do Morrer de Outros.

Verificamos então que os itens tendem a agrupar-se da forma que esperávamos, em quatro factores. Por exemplo, na subescala Medo do Morrer de Outros, todos os itens que esperávamos que avaliassem esta dimensão estão no mesmo factor (avaliam o mesmo constructo), o mesmo aconteceu na primeira dimensão, Medo da Própria Morte. Verifica-se, contudo, que alguns itens não se agrupam no factor correspondente, por exemplo, tanto na segunda subescala, Medo do Próprio Morrer, como na terceira, Medo da Morte de Outros, existe um item de cada uma que se apresenta noutra factor, nomeadamente os itens 15 e 22. Também alguns itens (16, 18 e 21) apresentam múltipla saturação (tabela 2).

Apesar de não termos obtido exactamente a estrutura factorial proposta pelo autor (em 4 subescalas), esta é genericamente semelhante. Assim, resolvemos analisar os valores de consistência interna associados às subescalas conforme propostas pelo autor original.

5.2- Fidelidade: Consistência Interna

No seguimento do estudo psicométrico da escala, procedemos à análise da consistência interna das subescalas, através do cálculo do *Alpha de Cronbach*.

Para a subescala Medo da Própria Morte, obtivemos um valor de $\alpha = .89$, um valor considerado bom (Pestana & Gageiro, 2008), o mesmo aconteceu para as subescalas Medo do Próprio Morrer e Medo do Morrer de Outros, com um valor de consistência interna de $\alpha = .83$ e $\alpha = .84$, respectivamente, considerados valores bons (Pestana & Gageiro, 2008). Para a subescala Medo da Morte de Outros, obtivemos um valor de consistência interna de $\alpha = .77$, que é considerado um valor razoável (Pestana & Gageiro, 2008), mas superior ao obtido pelo autor (tabela 3). No total da escala o *Alpha* obtido foi de $\alpha = .91$, que é um valor muito bom (Pestana & Gageiro, 2008).

Tabela 3: Fidelidade da escala CL-FODS na amostra em estudo e a obtida pelo autor

Subescalas	<i>Alpha de Cronbach</i> obtido	<i>Alpha de Cronbach</i> autor original
Medo da própria morte	.89	.91
Medo do próprio morrer	.83	.89
Medo da morte de outros	.77	.72
Medo do morrer de outros	.84	.87
Escala completa	.91	-

Concluindo, comparando os alfas obtidos na nossa população com os obtidos pelo autor, constatamos que apesar dos valores por nós obtidos serem ligeiramente mais baixos, mantém um nível de consistência considerado bom, pelo que, decidimos manter a estrutura original da escala organizada em quatro subescalas. Tomámos esta decisão, após avaliarmos que o comportamento da consistência interna da escala não melhorava quando retirávamos os itens que saturavam em factores que não lhe correspondiam e os que apresentavam múltipla saturação.

Capítulo 6: Discussão do estudo 1

No que concerne à estrutura factorial da escala, ressalva-se o facto de ter sido necessário forçar a análise de componentes principais a quatro factores de extracção para obtermos a estrutura proposta pelo autor, mesmo assim, registamos alguns problemas ao nível da distribuição dos itens pelas respectivas subescalas (Medo da Própria Morte, Medo do Próprio Morrer, Medo da Morte de Outros e Medo do Morrer de Outros). Este problema também surgiu noutros estudos, nomeadamente com Mooney e O’Gorman (2001). Neste sentido, decidimos analisar a consistência interna da escala.

A consistência interna da escala e subescalas é considerada, genericamente boa, e verificamos que o seu comportamento não melhorava quando retirávamos os itens que apareciam num factor que não lhe correspondia ou que tinham múltipla saturação, pelo que mantivemos a estrutura original. Este procedimento também foi realizado por Mooney e O’Gorman (2001), sendo que estes refere que a estratégia de análise utilizada foi do tipo exploratória e de confirmação de uma solução factorial de quatro factores.

Deste trabalho de adaptação, obtivemos uma validade factorial satisfatória e uma boa fidelidade. Assim, consideramos que a versão portuguesa da CL-FODS (Lester, 1990) mostrou boa adaptabilidade à população portuguesa e que reúne critérios de validade e fidelidade para avaliar as diferentes dimensões do medo da morte propostas nesta escala (Medo da Própria Morte, Medo do Próprio Morrer, Medo da Morte de Outros e Medo do Morrer de Outros). Neste sentido, a versão portuguesa final, conta com 32 itens distribuídos por 4 subescalas (com oito itens cada), com 5 hipóteses de resposta (1-nada; 3-algumas vezes; 5-muito), tal como a versão original.

Apesar das favoráveis características psicométricas obtidas na amostra em estudo, salientamos que se tratou de um estudo preliminar, e que, por isso, evidenciamos a necessidade da realização de novos estudos de investigação, tanto ao nível da validade factorial como da consistência interna, nomeadamente o recurso ao teste-reteste, para se averiguar a estabilidade temporal dos resultados e da aplicabilidade da escala. Consideramos ainda que será pertinente o recurso a uma amostra com um maior número de participante, aumentando a diversidade da amostra e potenciando as boas características do instrumento.

Por fim, gostaríamos de destacar a importância da adaptação desta escala à população portuguesa, uma vez que se mostra pioneira no estudo do medo da morte em Portugal, pois os estudos que encontramos referem-se à ansiedade face à morte. Assim, a utilização deste instrumento permitirá, por um lado, perceber em que medida o medo da morte se associa à ansiedade face à morte (se compararmos estudos semelhantes) e, por outro, introduzir uma nova área de investigação que, em Portugal, se encontra ainda muito aquém de outras áreas de investigação.

Capítulo 7: *Metodologia do estudo 2*

Neste capítulo expomos a metodologia do estudo 2. Este foi um estudo exploratório, baseado em análises comparativas, através do teste *t* e do teste de Mann-Whitney, e em análises de relação através do *r de Pearson*. A organização deste capítulo divide-se em 4 secções: amostra, instrumentos e procedimento e desenho do estudo.

7.1 – Amostra

7.1.1- *Seleção da amostra*

A população do ensino superior foi recolhida no Instituto Superior Ciência da Saúde - Norte e a população idosa foi recolhida nos Centros de Dia de Pedrouços e de Milheirós (pertencentes à Santa Casa da Misericórdia da Maia) e junto de idosos que não frequentam nenhuma instituição de apoio destinada a idosos. Os participantes foram recrutados pela investigadora e seleccionados mediante os seguintes critérios de inclusão/exclusão:

- i) Ter idade igual ou superior a 65 anos
- ii) Obter resultado de ausência de defeito cognitivo MMSE (Folstein et al., 1975, adaptado por Guerreiro et al., 1994), isto é, foram excluídos todos os idosos que apresentavam as seguintes pontuações: ≤ 15 para analfabetos; ≤ 22 para 1 a 11 anos de escolaridade e ≤ 27 para escolaridade superior a 11 anos.

7.1.2- *Caracterização da amostra*

A amostra foi constituída por 127 participantes sendo que 66 eram idosos (constituem uma amostra de conveniência) e 61 estudantes do ensino superior.

Da população idosa, 27 eram do sexo masculino e 39 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos, sendo a média de 74,7 e o desvio padrão de 6.9. dos participantes 35 tinham recurso a Centro de Dia e 31 não tinham qualquer apoio institucional dirigido a idosos, tendo uma vida mais autónoma. Relativamente, ao estado civil, 33 eram casados, 28 viúvos, 2 solteiros, 2 viúvos e 1 em união de facto. Quanto ao nível de instrução, salienta-se a baixa escolaridade dos participantes, 53% tinham a 4ª classe, 22,7% a 3ª classe e 10,6% eram analfabetos (tabela 4).

Da população do ensino superior, 8 eram do sexo masculino e 53 do feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 53 anos, sendo a média de 25 e o desvio padrão de 6 (tabela 4).

Tabela 4: Descrição da amostra do estudo 2 - dados sociodemográficos

População	Variáveis		N	%
Universitária	<i>Sexo</i>	Masculino	8	13.1
		Feminino	53	86.9
Idosa	<i>Sexo</i>	Masculino	27	40.9
		Feminino	39	59.1
	<i>Estado Civil</i>	Casados	33	50.0
		Viúvos	28	42.4
		Solteiros	2	3.0
		Divorciados	2	3.0
		União de facto	1	1.5
	<i>Instrução</i>	Analfabeto	7	10.6
		1ª classe	2	3.0
		2ª classe	1	1.5
		3ª classe	15	22.7
		4ª classe	35	53.0
		5º ano	1	1.5
		6º ano	1	1.5
		7º ano	1	1.5
12º ano		1	1.5	
Bacharelato		2	3.0	
<i>Acesso a Instituição</i>	Centro de Dia	35	53.0	
	Sem instituição	31	47.0	

7.2- Instrumentos

Para este estudo foram seleccionados os seguintes instrumentos: CL-FODS (Lester, 1990, adaptada por Santos & Almeida, 2010) com o objectivo de avaliar o medo da morte; o

MMSE (Folstein et al., 1975, adaptado por Guerreiro et al., 1994) com o objectivo de avaliar o estado mental e mais especificamente a ausência de defeito cognitivo, para se cumprirem os critérios de inclusão/exclusão da população idosa; o SF-36v2 (Ferreira, 2000), para caracterizar os índices de saúde; o CTEA (Stanton, Kirk, Cameron & Danoff-Burg, 2000, adaptado por Ponte, Sousa, Rocha & Almeida, 2009) para identificar estratégias de *Coping* de Aproximação Emocional e uma ficha sociodemográfica que construímos. Neste estudo foram utilizadas as versões já adaptadas para a população portuguesa de todos os instrumentos.

7.2.1- Mini-Exame do Estado Mental – MMSE (Folstein et al., 1975, adaptado por Guerreiro, 1994)

O Mini-Mental State Examination – MMSE, foi criado por Folstein e colaboradores, em 1975 (*cit in* Guerreiro, 1994), nos Estados Unidos. Este teste foi traduzido e adaptado para a população portuguesa, por Manuela Guerreiro e seu grupo, em 1994. Avalia as capacidades cognitivas, como orientação, memória, cálculo, atenção, linguagem e capacidade visuo-construtiva. É constituído por 30 questões e a sua administração demora aproximadamente 10 a 15 minutos (Sobral, 2006). A sua utilização teve como principal propósito o cumprimento dos critérios de inclusão/exclusão da amostra.

7.2.2- SF-36v2 (Ferreira, 2000)

O SF-36v2 (Ferreira, 2000) foi desenvolvido por uma equipa de investigadores da Rand Corporation nos Estados Unidos na década de 80, com o objectivo de criar um instrumento que permitisse a monitorização contínua dos resultados de saúde (Ferreira, 2000). Este instrumento foi adaptado e validado para a população portuguesa por Ferreira, em 2000. É um indicador genérico do estado de saúde e destina-se a medir conceitos de saúde, tanto físicos como mentais, importantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada pessoa. Pode ser aplicado a qualquer indivíduo com idade igual ou superior a 14 anos (Anexo 4). É constituído por 36 questões, com um formato de escala de Likert, de 3 ou de 5 pontos, para as alíneas correspondentes (Ferreira & Santana, 2003), distribuídas por oito dimensões de estados de saúde (Ferreira, 2000):

- 1- *Função física (FF)*: esta pretende medir a função física desde a limitação para executar actividades físicas menores até às mais extenuantes.

- 2- *Desempenho físico (DF) e desempenho emocional (DE)*: medem a limitação em saúde em termos do tipo e da quantidade do trabalho executado.
- 3- *Dor física (DC)*: representa não só a intensidade e o desconforto causados pela dor, mas também a forma como interfere nas actividades normais.
- 4- *Saúde em geral (SG)*: mede o conceito de percepção holística da saúde.
- 5- *Vitalidade (VT)*: inclui os níveis de energia e de fadiga.
- 6- *Função social (FS)*: pretende captar o impacto que a saúde tem na quantidade e qualidade das actividades sociais.
- 7- *Saúde mental (SM)*: inclui questões relacionadas com as mais importantes dimensões da saúde mental: ansiedade, depressão, perda de controlo em termos emocionais ou comportamentais e o bem-estar psicológico.

As oito dimensões podem ser agrupadas em duas componentes: saúde física (desta fazem parte a FF, DF, DC e SG) e saúde mental (VT, FS, DE e SM) (Barros, Lopes, Santos & Severo, 2006). Contudo, neste estudo, apenas foram utilizadas as dimensões que integram essas componentes. Esta escala possui um sistema de pontuação, que segundo Ferreira (2000) “os dados brutos provenientes da codificação das respostas ao questionário não estão (...) em condições de serem usados” sendo necessário proceder à transformação dos valores, que se incluirão numa escala de 0 (incapacidade) a 100 (ótimo funcionamento).

7.2.3- Coping Through Emotional Approach – CTEA (Stanton et al., 2000, adaptado por Ponte et al., 2009)

O *Coping Through Emotional Approach – CTEA* foi desenvolvido por Stanton e colaboradores, em 2000 e é um instrumento utilizado para aceder ao *Coping* de Aproximação Emocional. A sua adaptação para a população portuguesa foi realizada por Ponte, Sousa, Rocha e Almeida, em 2009, e é constituído por 15 itens, distribuídos por 9 dimensões: o *Coping* Focado na Emoção, através do Processamento Emocional (4 itens) e da Expressão Emocional (4 itens); *Coping* Associado ao Distress (1 item); Busca de Suporte Social (1 item); *Coping* focado no problema (1 item); Consumo de Álcool ou Drogas (1 item); Evitamento (1 item); Humor (1 item) e Procura de Ajuda Religiosa (1 item); Stanton et al. (2000). É uma escala de auto-resposta segundo uma escala ordinal com quatro alternativas (de 1 a 4) entre “nunca faço isso” até “faço isso muitas vezes” (Stanton et al., 2000) (Anexo 5).

7.3- Procedimento

O primeiro passo deste estudo consistiu na selecção dos instrumentos que nos permitiriam alcançar os objectivos que pretendíamos investigar. Assim, após a selecção dos mesmos, procedemos ao pedido de autorização para a sua utilização.

Depois de concluídos todos os procedimentos de autorização, definido e organizado o protocolo de administração (com todas as escalas a serem aplicadas) iniciou-se a recolha de dados. O preenchimento das escalas foi efectuado pela entrevistadora, por dois motivos prementes:

- 1- O facto do protocolo ser bastante extenso e a maioria das pessoas ter uma escolaridade baixa, elevaria o tempo de administração e o cansaço dos participantes por demorarem a ler e a preencher;
- 2- Faziam parte da amostra indivíduos analfabetos e, nestes casos, o preenchimento do protocolo teria que ser realizado pela entrevistadora. Por uma questão de uniformidade de recolha a entrevistadora preencheu também os protocolos das pessoas com escolaridade.

Tal como salienta Ribeiro (1999, p.83) *“em Portugal, quanto mais avançada for a idade do inquirido, maior a probabilidade de literacia baixa, o que, acrescentando à pouca experiência da população na utilização destas técnicas, exige dos técnicos cuidados redobrados na utilização de técnicas de avaliação psicológica”* ou de instrumentos de investigação.

Os participantes foram contactados pessoalmente para obtenção do consentimento informado (Anexo 1), sendo-lhes então administrados os instrumentos necessários. Iniciando-se pela aplicação do MMSE (Folstein et al., 1975, adaptado por Guerreiro et al., 1994) com o intuito de cumprimento dos critérios de inclusão/exclusão.

Concluída a recolha de dados, procedeu-se à inserção dos mesmos no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS- versão 15). Os cálculos estatísticos para o estudo correlacional, realizaram-se com recurso ao *r de Pearson* para estabelecer possíveis relações entre o medo da morte e variáveis sociodemográficas, índices de saúde e *Coping* de Aproximação Emocional. Para o estudo de comparação entre grupos utilizamos o teste *t* e o teste de Mann-Whitney para amostras independentes. O teste de Mann-Whitney foi utilizado quando a população de um grupo tinha um número de elementos inferior a 30, o

que poderia colocar em causa a distribuição normal da amostra, assim, optamos por este teste pois como refere Pestana e Gageiro (2008), nestes casos, a perda de eficiência do teste de Mann-Whitney em relação aos pressupostos do teste t é pequena. Foi realizada também uma análise descritiva dos diferentes grupos, através da observação da média e desvio padrão, quanto ao medo da morte.

7.4- Desenho do estudo

Este estudo foi de carácter exploratório, que consistiu numa análise comparativa de grupos e numa investigação de natureza correlacional que procura definir as relações estatísticas entre variáveis tal como elas existem naturalmente. Foi um estudo transversal pois os dados foram recolhidos num único momento (Ribeiro, 1999).

Capítulo 8: *Resultados do estudo 2*

Neste capítulo, apresentamos os resultados da análise estatística. Começamos pela apresentação dos resultados do estudo de relação (realizada através do teste *r de Pearson*) e terminamos com a apresentação dos resultados do estudo de comparação (realizado com o teste t ou o teste de Mann-Whitney) e do estudo descritivo (pela análise das médias e desvio padrão) quanto ao medo da morte.

8.1- Estudos de Relação

Apresentamos nesta fase, as análises de associação entre as várias medidas. Iniciamos com as correlações entre as dimensões do medo da morte e as variáveis demográficas, passando em seguida para o estudo da relação entre as dimensões do medo da morte e os índices de saúde e as dimensões do *Coping* de Aproximação Emocional.

8.1.1- Relação entre as dimensões do medo da morte e as variáveis sociodemográficas

No que concerne à variável idade, verifica-se que esta apresenta uma correlação negativa com o Medo da Própria Morte, $r = -.49$; $p < .01$, apontando que quanto maior a idade menor

o medo da morte e vice-versa. Por outro lado, constata-se uma correlação positiva com o Medo do Morrer de Outros, $r = .52$; $p < .01$, sugerindo que à medida que se envelhece maior o receio do morrer de outros e vice-versa.

Relativamente ao nível de instrução, verifica-se uma correlação positiva com o Medo da Própria Morte, $r = .49$; $p < .05$, isto é, quanto mais elevado o nível de instrução maior o Medo da Própria Morte, e vice versa. Constata-se também a existência de uma correlação negativa, com o Medo do Morrer de Outros, $r = -.45$; $p < .01$, assim quanto maior o nível de instrução menor Medo do Morrer de Outros e vice-versa (tabela 5).

Tabela 5: Medidas de associação entre as dimensões do medo da morte e as variáveis sociodemográficas (N=127)

	Medo da própria morte	Medo do próprio morrer	Medo da morte de outros	Medo do morrer de outros	Medo da morte (escala total)
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Idade	-.49(**)	.17	-.17	.52(**)	-.03
Instrução	.49(*)	-.18	-.08	-.45(**)	.02

Significância: * $p < .05$. ** $p < .01$

8.1.2- Relação entre as dimensões do medo da morte e os índices de saúde na população idosa

No que concerne ao Medo da Própria Morte, esta apresenta correlações negativas com várias dimensões do SF-36 (Ferreira, 2000), índices de saúde, o que indica que quanto menor a Função Física, $r = -.36$; $p < .01$, o Desempenho Físico, $r = -.31$; $p < .01$, a Vitalidade, $r = -.26$; $p < .04$, a Função Social, $r = -.34$; $p < .01$ e o Desempenho Emocional, $r = -.34$; $p < .01$, maior o Medo da Própria Morte ou vice-versa.

O Medo da Morte de Outros relaciona-se negativamente, apenas com o Desempenho Físico, $r = -.28$; $p < .02$, e com a Função Social, $r = -.27$; $p < .03$, o que significa que quanto menor for o seu desempenho nestas variáveis maior é o Medo da Morte de Outros, ou o contrário.

O Medo do Morrer de Outros apresenta correlações negativas com as dimensões, Função Física, $r = -.36$; $p < .01$, Desempenho Físico, $r = -.26$ $p < .04$, Saúde Geral, $r = -.36$; $p < .01$, Vitalidade, $r = -.35$; $p < .01$, Função Social, $r = -.34$; $p < .01$, e Desempenho Emocional, $r = -.34$; $p < .01$, sugerindo que quanto menores forem os índices de saúde maior será o Medo do Morrer de Outros, ou vice-versa.

O Medo da Morte (totalidade da escala) relaciona-se negativamente com Função Física, $r=-.30$; $p<.05$, Desempenho Físico, $r=-.30$; $p<.05$. Saúde Geral, $r=-.31$; $p<.05$, Vitalidade, $r=-.30$; $p<.05$, Função Social, $r=-.33$; $p<.01$ e Desempenho Emocional, $r=-.44$; $p<.01$, apontando que quanto menores forem esse índices de saúde maior será o medo da morte, ou o contrário.

De uma forma geral, menores índices de saúde relacionam-se com maior medo da morte e suas dimensões (tabela 6).

Tabela 6: Medidas de associação entre as dimensões do medo da morte e os índices de saúde (N=66)

	Medo da própria morte <i>r</i>	Medo do próprio morrer <i>r</i>	Medo da morte de outros <i>r</i>	Medo do morrer de outros <i>r</i>	Medo da morte (escala total) <i>r</i>
Função Física	-.36(**)	-.04	-.19	-.36(**)	-.30(*)
Desempenho Físico					
Dor Corporal	-.17	-.11	-.17	-.22	-.20
Saúde Geral	-.20	-.16	-.23	-.36(**)	-.31(*)
Vitalidade	-.26(*)	-.09	-.22	-.35(**)	-.30(*)
Função Social	-.34(**)	-.08	-.27(*)	-.34(**)	-.33(**)
Desempenho Emocional					
Saúde Mental	-.53(**)	-.23	-.25	-.34(**)	-.44(**)
	-.24	-.13	-.12	-.20	-.23

Significância: * $p < .05$. ** $p < .01$

8.1.3- Relação entre as dimensões do medo da morte e o Coping de Aproximação Emocional na população idosa

Quanto ao *Coping* de Aproximação Emocional constatamos a existência de algumas correlações: O Medo da Própria Morte relaciona-se positivamente com a Expressão Emocional $r= .38$; $p<.01$, e com o *Coping* Focado no Problema, $r= .35$; $p<.01$. O Medo da Morte de Outros apresenta relação positiva com o Processamento Emocional, $r= .27$; $p<.03$. O Medo da Morte (escala total) relaciona-se com a Expressão Emocional, $r=.29$; $p<.05$, com o *Coping* Focado no Problema, $r=.28$; $p<.05$ e com a Religião, $r=.26$; $p<.05$ de forma positiva (tabela 7).

Tabela 7: Medidas de associação entre as dimensões do medo da morte e o *Coping* de Aproximação Emocional

	Medo da própria morte <i>r</i>	Medo do próprio morrer <i>r</i>	Medo da morte de outros <i>r</i>	Medo do morrer de outros <i>r</i>	Medo da morte (escala total) <i>r</i>
Processamento Emocional	.179	.09	.27(*)	.10	.218
Expressão Emocional	.38(**)	.25(*)	.09	.17	.292(*)
Coping associado ao distress	.04	-.01	.06	-.04	.024
Busca de suporte social	.10	.21	.08	-.02	.180
Coping focado no problema	.35(**)	.22	.05	.24	.283(*)
Consumo de álcool e droga	-.08	-.10	-.08	.04	-.112
Evitamento	-.03	-.14	.18	.11	-.023
Humor	.03	.15	-.09	.10	.029
Religião	.16	.21	.25(*)	.23	.26(*)

Significância: * $p < .05$. ** $p < .01$

8.2- Estudos de comparação

8.2.1- Comparação entre jovens e idosos

Desta análise, através do teste *t*, verifica-se que os jovens têm mais Medo da Própria Morte do que os idosos, $t(122) = 6.86$; $p < .01$, o mesmo acontece no Medo da Morte de Outros em que os jovens têm mais medo, $t(122) = 1.99$; $p < .05$. Por outro lado verifica-se que os jovens têm menos Medo do Morrer de Outros do que os idosos, $t(122) = -6.33$; $p < .01$. Relativamente ao Medo do Próprio Morrer e Medo da Morte (escala completa) não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes grupos (tabela 8). No entanto, pela observação das médias (tabela 8), que ronda o valor 3, verifica-se que existe preocupação semelhante, entre os grupos, para estas dimensões.

Tabela 8: Médias e desvios padrão das dimensões do medo da morte entre os jovens e os idosos

	Idosos		Jovens		<i>t</i> (122)	<i>p</i> <
	M	DP	M	DP		
Medo da própria morte	1.77	.85	3.00	1.07	6.86	.01**
Medo do próprio morrer	3.89	.75	3.65	.91	-1.63	.11
Medo da morte de outros	3.15	.71	3.43	.85	1.99	.05*
Medo do morrer de outros	4.29	.65	3.48	.78	-6.33	.01**
Medo da morte (escala total)	3.28	.58	3.37	.76	.67	.50

Significância: * $p < .05$. ** $p < .01$

8.2.2- Comparação entre idosos de centro de dia e idosos sem apoio institucional

Nesta análise foram comparados os grupos de idosos de centro de dia e idosos sem apoio institucional relativamente ao medo da morte, aos índices de saúde e ao *Coping* de Aproximação Emocional, através do teste *t*.

Medo da morte: da análise realizada, constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos apenas relativamente ao Medo da Própria Morte, $t_{64}=-3.07$; $p < .04$, sendo que os idosos do centro de dia têm mais Medo da Própria Morte do que os idosos sem apoio institucional. Relativamente às outras dimensões, apesar de não existirem diferenças significativas entre os grupos, pela análise das médias, constatamos que ambos mostram alguma preocupação com as mesmas, média entre o valor três e quatro, até mais do que com a própria morte, média varia entre 1 e 2 (tabela 9).

Tabela 9: Médias e desvios padrão das dimensões medo da própria morte entre os idosos de centro de dia e os idosos sem recurso institucional

	Idosos Centro de Dia		Idosos sem recurso institucional		<i>t</i> (64)	<i>p</i> <
	M	DP	M	DP		
Medo da própria morte	2.04	1.05	1.46	.38	-3.07	.04*
Medo do próprio morrer	3.87	.84	3.92	.65	.28	.28
Medo da morte de outros	3.14	.68	3.15	.76	.83	.93
Medo do morrer de outros	4.39	.61	4.18	.68	-1.23	.20
Medo da morte (escala total)	3.36	.64	3.18	.50	-1.21	.23

Significância: * $p < .05$. ** $p < .01$

Índice de saúde: da análise realizada verificamos que os idosos que têm uma vida mais autónoma apresentam melhores índices de saúde em todas as subescalas, exceptuando na dimensão Dor Corporal, onde não existem diferenças entre os grupos: Função Física, $t_{64}= 5.68$; $p < .01$; Desempenho Físico, $t_{64}= 4.44$; $p < .01$; Saúde Geral, $t_{64}= 2.15$; $p < .04$; Vitalidade, $t_{64}= 2.91$; $p < .01$; Função Social, $t_{64}= 5.58$; $p < .01$; Desempenho Emocional, t_{64} ; $p < .01$; e Saúde Mental, $t_{64}= 4.04$; $p < .01$ (tabela 10).

Tabela 10: Médias e desvios padrão dos índices de saúde entre os idosos de centro de dia e os idosos sem recurso institucional

	Idosos Centro de Dia		Idosos sem recurso institucional		<i>t</i> (64)	<i>p</i> <
	M	DP	M	DP		
Função Física	55.86	27.59	85.32	12.71	5.68	.01**
Desempenho Físico	55.00	24.62	82.26	25.16	4.44	.01**
Dor Corporal	58.29	30.33	67.48	28.99	1.26	.21
Saúde Geral	46.37	14.87	55.26	18.69	2.15	.04*
Vitalidade	40.00	23.87	55.04	17.11	2.91	.01**
Função Social	75.00	19.88	95.97	9.35	5.58	.01**
Desempenho Emocional	65.16	20.89	93.01	13.63	6.35	.01**
Saúde Mental	52.43	24.26	74.19	18.71	4.04	.01**

Significância: * $p < .05$. ** $p < .01$

Coping de Aproximação Emocional, não encontramos diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos, para as nove dimensões do *Coping* de Aproximação Emocional (tabela 11).

Tabela 11: Médias e desvios padrão do *Coping* de Aproximação Emocional entre os idosos de centro de dia e os idosos sem recurso institucional

	Idosos Centro de Dia		Idosos sem recurso institucional		<i>t</i> (64)	<i>p</i> <
	M	DP	M	DP		
Processamento Emocional	3.04	.35	3.10	.41	.63	.53
Expressão Emocional	2.84	.49	2.68	.27	-1.67	.10
<i>Coping</i> associado ao distress	2.83	.71	2.77	.43	-.38	.70
Busca suporte social	2.37	.84	2.55	.57	1.01	.32
<i>Coping</i> focado no problema	2.69	.53	2.55	.51	-1.07	.29
Consumo de álcool e droga	1.11	.47	1.10	.54	-.14	.89
Evitamento	2.43	.78	2.40	.62	-.16	.87
Humor	2.17	.89	2.35	.66	.96	.34
Religião	3.80	.63	3.68	.65	-.77	.44

Significância: * $p < .05$. ** $p < .01$

8.2.3- Comparação em função do gênero

Foi realizada uma análise comparativa entre o sexo feminino e o sexo masculino, utilizando o teste de Mann-Whitney (uma vez que a população masculina tinha menos de

30 elementos) em relação ao medo da morte, aos índices de saúde e ao *Coping* de Aproximação Emocional.

Medo da Morte: da comparação realizada, verificamos que apenas na dimensão Medo da Própria Morte existem diferenças entre os dois grupos, sendo que as mulheres têm mais medo que os homens, $U=227.5$; $p < .01$. No entanto, podemos constatar, pela observação das médias, que nas outras dimensões ambos os grupos apresentam médias bem mais elevadas do que as encontradas no medo da própria morte, o que reflecte que ambos os grupos receiam mais o processo de morrer (próprio e de outros) do que a morte em si (tabela 12).

Tabela 12: Médias e desvios padrão do Medo da Morte em função do género

	Sexo Feminino			Sexo Masculino			<i>U</i> (66)	<i>p</i> <
	M	DP	MRank	M	DP	MRank		
Medo da própria morte	1.97	.82	39.88	1.47	.83	24.28	227.50	.01**
Medo do próprio morrer	3.97	.77	35.78	3.77	.72	30.20	437.50	.25
Medo da morte de outros	3.15	.68	33.06	3.13	.77	32.90	504.50	.97
Medo do morrer de outros	4.32	.66	34.64	4.24	.64	31.85	482.00	.56
Medo da morte (escala total)	3.35	.58	36.24	3.16	.58	28.13	380.50	.09

Significância: * $p < .05$. ** $p < .01$

Índice de Saúde: da análise realizada verificamos que os homens apresentam melhores índices de saúde em todas as subescalas, exceptuando as dimensões Saúde Geral e Função Social, onde não existem diferenças entre os géneros: Função Física, $U=215.50$; $p < .01$; Desempenho Físico, $U=301.50$; $p < .01$; Dor Corporal, $U=326.50$; $p < .01$; Vitalidade, $U=261.50$; $p < .01$; Desempenho Emocional, $U=287.50$; $p < .01$; e Saúde Mental, $U=249.00$; $p < .01$ (tabela 13).

Tabela 13: Médias e desvios padrão dos índices de saúde em função do género

	Sexo Feminino			Sexo Masculino			<i>U</i> (66)	<i>p</i> <
	M	DP	MRank	M	DP	MRank		
Função Física	60.38	25.43	25.53	83.15	21.62	45.02	215.50	.01**
Desempenho Físico	59.29	28.17	27.73	80.09	23.83	41.83	301.50	.01**
Dor Corporal	54.44	27.89	28.37	74.41	28.91	40.91	326.50	.01**
Saúde Geral	47.62	17.64	30.01	54.78	15.99	38.54	390.50	.08
Vitalidade	39.58	22.27	26.71	57.87	17.04	43.31	261.50	.01**
Função Social	81.09	20.25	30.09	90.28	15.63	38.43	393.50	.06
Desempenho Emocional	72.08	23.35	26.77	87.65	18.11	40.35	287.50	.01**
Saúde Mental	53.72	24.89	26.38	75.56	16.60	43.78	249.00	.01**

Significância: * $p < .05$. ** $p < .01$

Coping de Aproximação Emocional: do tratamento estatístico, verificarmos que apenas na dimensão religião se encontram diferenças entre os géneros, $U=392.00$; $p < .01$, sendo que a mulheres procuram mais a ajuda de Deus que os homens (tabela 14).

Tabela 14: Médias e desvios padrão do *Coping* de Aproximação Emocional em função do género

	Sexo Feminino			Sexo Masculino			<i>U</i> (66)	<i>p</i> <
	M	DP	MRank	M	DP	MRank		
Processamento Emocional	3.05	.37	32.42	3.09	.39	35.06	484.50	.56
Expressão Emocional	2.73	.48	30.86	2.81	.27	37.31	423.50	.16
<i>Coping</i> associado ao distress	2.85	.63	34.87	2.74	.53	31.52	473.00	.40
Busca suporte social	2.41	.79	32.62	2.52	.64	34.78	492.00	.62
<i>Coping</i> focado no problema	2.64	.49	34.33	2.59	.57	32.30	494.00	.62
Consumo de álcool e droga	1.05	.32	32.83	1.19	.68	34.46	500.50	.35
Evitamento	2.46	.76	33.88	2.35	.63	31.67	472.50	.61
Humor	2.21	.80	32.83	2.33	.78	34.46	500.50	.72
Religião	3.90	.38	36.95	3.52	.85	28.52	392.00	.01**

Significância: * $p < .05$. ** $p < .01$

8.2.4- Comparação entre idosos casados e viúvos

Foi realizada uma análise comparativa entre os idosos casados e os viúvos, através do teste de Mann-Whitney, uma vez que o grupo dos viúvos tinha um número de elementos inferior a 30. Os outros estados civis não foram analisados, uma vez que continham entre um e dois elementos.

Medo da Morte: da análise dos dados constatamos que apenas para a dimensão Medo do Morrer de Outros, existem diferenças entre os grupos, $U=320.50$; $p < .04$. Não obstante, pela análise das médias verifica-se que o Medo do Próprio Morrer é um temor que ambos os grupos manifestam, seguido do Medo da Morte de Outros (tabela 15).

Tabela 15: Médias e desvios padrão do Medo da Morte em função do estado civil

	Casado			Viúvo			<i>U</i> (61)	<i>p</i> <
	M	DP	MRank	M	DP	MRank		
Medo da própria morte	1.48	.46	27.68	1.94	.93	34.91	32.50	.11
Medo do próprio morrer	3.79	.78	29.21	3.96	.71	33.11	403.00	.39
Medo da morte de outros	3.05	.78	28.97	3.24	.58	32.25	399.00	.47
Medo do morrer de outros	4.11	.72	26.71	4.47	.50	36.05	320.50	.04*
Medo da morte (escala total)	3.11	.55	26.70	3.40	.51	34.84	326.50	.07

Significância: * $p < .05$. ** $p < .01$

Índice de Saúde: da análise realizada verificamos que os idosos casados apresentam índices de saúde mais elevados que os idosos viúvos em todas as dimensões, exceptuando a dimensão Dor Corporal, onde não existem diferenças significativas: Função Física, $U=186.00$; $p < .01$; Desempenho Físico, $U=228.50$; $p < .01$; Saúde Geral, $U= 311.50$; $p < .03$; Vitalidade, $U=267.50$; $p < .01$; Função Social, $U=224.00$; $p < .01$; Desempenho Emocional, $U=160.50$; $p < .01$; e Saúde Mental, $U=233.50$; $p < .01$ (tabela 16).

Tabela 16: Médias e desvios padrão dos índices de saúde em função do estado civil

	Casado			Viúvo			U(61)	p<
	M	DP	MRank	M	DP	MRank		
Função Física	82.58	19.25	39.36	59.46	23.86	21.14	186.00	.01**
Desempenho Físico	80.30	26.20	38.08	55.80	26.35	22.66	228.50	.01**
Dor Corporal	64.70	29.50	33.33	55.18	28.81	28.25	385.00	.26
Saúde Geral	55.18	17.89	35.56	44.57	15.40	25.63	311.50	.03*
Vitalidade	53.98	20.48	36.89	37.95	22.37	24.05	267.50	.01**
Função Social	94.32	10.41	38.21	75.89	20.95	22.50	224.00	.01**
Desempenho Emocional	89.43	19.26	38.48	68.72	19.90	19.94	160.50	.01**
Saúde Mental	70.76	21.87	37.92	50.89	23.73	22.84	233.50	.01**

Significância: * $p < .05$. ** $p < .01$

Coping de Aproximação Emocional: do tratamento estatístico, constatamos que apenas a dimensão religiosa apresenta diferenças entre os dois grupos, $U=372.00$; $p < .05$, sendo que os idosos viúvos procuram mais ajuda de Deus (tabela 17).

Tabela 17: médias e desvios padrão do *Coping* de Aproximação Emocional em função do estado civil

	Casado			Viúvo			U(61)	p<
	M	DP	MRank	M	DP	MRank		
Processamento Emocional	3.11	.44	33.55	2.98	.27	28.00	378.00	.19
Expressão Emocional	2.68	.29	28.27	2.85	.51	34.21	372.00	.17
<i>Coping</i> associado ao distress	2.82	.47	31.26	2.79	.69	30.70	453.50	.88
Busca suporte social	2.61	.61	33.17	2.36	.78	28.45	390.50	.26
<i>Coping</i> focado no problema	2.55	.51	29.64	2.64	.49	32.61	417.00	.45
Consumo de álcool e droga	1.09	.52	30.45	1.14	.53	31.64	444.00	.49
Evitamento	2.44	.67	31.50	2.36	.68	29.36	416.00	.60
Humor	2.24	.75	30.38	2.29	.85	31.73	441.50	.75
Religião	3.64	.70	28.27	3.86	.59	34.21	372.00	.05*

Significância: * $p < .05$. ** $p < .01$

Capítulo 9: *Discussão do estudo 2*

Como referido no decorrer deste trabalho, o estudo 2 tinha como principal objectivo, explorar o medo da morte no idoso, relacionando-o com diferentes variáveis. Neste sentido, apresentamos, no presente capítulo, um resumo dos principais resultados obtidos, iniciando pelo estudo correlacional e posteriormente o estudo comparativo. Antes de iniciar a discussão dos mesmos, é fulcral salientar que no nosso estudo foram analisadas diferentes dimensões do medo da morte, no entanto, na fundamentação teórica, a maioria dos estudos, fazia referência ao medo ou ansiedade da morte como uma única dimensão, devemos salientar igualmente, que as hipóteses explicativas dos nossos resultados baseiam-se nas explicações que os idosos iam comunicando à medida que era aplicado o protocolo de investigação.

9.1- Discussão dos resultados

Dos estudos de relação destacamos os seguintes resultados:

- Relativamente à idade, encontramos uma correlação negativa com o Medo da Própria Morte, ou seja, quanto mais idade menor o Medo da Própria Morte, o que vai de encontro com a maioria dos estudos por nós revistos que sugere que o medo da morte diminui com o aumento da idade (Cicirelli, 1999; Ramalho, 2007; Coelho, 2008; Oliveira, 2008). Também quanto à idade encontramos uma correlação positiva com o Medo do Morrer de Outros, isto é, à medida que envelhecemos aumenta o receio do morrer de outros, esta correlação pode ser explicada pelo facto do idoso recear não poder prestar auxílio a uma pessoa que se encontre numa situação de doença prolongada e incapacitante, dado que também ele já sente as perdas da idade.

- Quanto ao nível de instrução, constatamos que o Medo da Própria Morte se relaciona positivamente com este, o que significa que quanto mais elevado o nível de instrução maior o Medo da Própria Morte ou vice-versa. Swenson (1961, *cit in* Lester, 1967) verificou que os idosos menos instruídos tendem a fugir à questão da morte em relação aos mais instruídos. Já o Medo do Morrer de Outros relaciona-se negativamente, isto é, quanto menor o nível de instrução maior o Medo de Morrer de Outros e vice-versa. Parece-nos

que a baixa escolaridade pode acarretar maior dificuldade de acesso aos apoios médicos e suporte social e, pois isso, encarar com maior receio o processo de morrer.

- Quanto às dimensões dos índices de saúde verificamos que, das correlações encontradas todas são negativas, o que significa que menores índices de saúde implicam maior medo da morte ou o contrário, tal como se verifica nalguns estudos (Fortner et al., 2000; Cristo, 1961, *cit in* Lester, 1967) que mencionam que problemas ao nível da saúde se associam a maior medo face à morte. Este facto, pode ser explicado, pela percepção que os idosos têm da sua saúde fragilizada, que em retrospectiva com o seu passado lhes permite constatar que a sua força e vigor já não são as mesmas de outrora e que tendem a declinar até chegar a sua morte, portanto, coloca-lhes a morte numa perspectiva mais próxima.

- Relativamente ao *Coping* de Aproximação Emocional, verificamos que o Medo da Própria Morte se relaciona positivamente com a Expressão Emocional e com o *Coping* Focado no problema. O Medo do Próprio Morrer relaciona-se com a Expressão Emocional de forma positiva, o que significa que esta dimensão do medo da morte e a Expressão Emocional se relacionam e variam no mesmo sentido. O estabelecimento destas correlações entre o medo da morte e estas estratégias de *Coping* são importantes pois permitem-nos perceber quais as estratégias preferenciais dos idosos face às situações de morte.

Quanto aos principais resultados dos estudos de comparação, podem resumir-se da seguinte forma:

- Os jovens têm mais medo da morte do que os idosos nas dimensões Medo da Própria Morte e Medo da Morte de Outros. A maioria dos estudos corrobora estes resultados. Oliveira (2008b) refere que os estudos apontam que os adultos de meia-idade são os que mais temem a morte e os idosos os que menos a temem, situando-se os jovens-adultos numa posição intermédia.

No entanto, é interessante observar que os medos mais predominantes nos jovens se referem à morte como um fim (medo da própria morte e do outro), onde esta implica uma separação definitiva, isto é, uma desvinculação e uma impossibilidade de contacto com as pessoas que ama. Relativamente ao Medo do Morrer de Outros constatamos que os idosos têm mais receio que os jovens, esta situação poderá ser explicada pelo facto de, ser mais provável, o idoso na sua vida já ter passado por vários processos de morrer (avós, pais,

irmãos) e portanto esteja mais consciente do sofrimento que implica, por outro lado, o idoso, pela fragilidade do envelhecimento, pode já não se sentir com tanta força para auxiliar o outro na doença e, por isso, mostrar aqui mais temor.

- No que concerne à análise entre o grupo de idosos que tinha recurso a Centro de Dia e o grupo que não tinha recurso a instituições destinadas a apoiar idosos, verificamos que apenas na dimensão Medo da Própria Morte existem diferenças entre ambos, sendo que o primeiro apresentava mais temor que o segundo. Como evidenciamos na fundamentação teórica, a maioria dos estudos corrobora este resultado, defendendo que os idosos que vivem mais independentemente mostram menos ansiedade face à morte e menos preocupação com a mesma (Shrut, 1958, *cit in* Lester, 1967; Fortner & Neymeyer, 1999, *cit in* Coelho, 2008; Oliveira, 2008).

Uma das explicações para estas diferenças poderá ser a saúde mais debilitada dos idosos do Centro de Dia, pois normalmente quando os idosos recorrem a uma instituição de apoio, apresentam uma saúde debilitada, ora se o medo da morte se correlaciona com os índices de saúde (como verificamos nos nossos resultados) é natural que temam mais a sua morte, pois percebem-na como mais próxima. No entanto, Coelho (2008) comprovou que não existem diferenças significativas quanto à ansiedade face à morte, entre os grupos de idosos que viviam sozinhos, os que viviam em casa própria mas com a família e os idosos institucionalizados. Os resultados de Coelho poderão explicar as outras dimensões do medo da morte, Medo do Próprio Morrer, Medo da Morte de Outros e Medo do Morrer de Outros, para as quais não encontramos diferenças.

- Relativamente à comparação entre os géneros, constatamos que as mulheres idosas têm mais Medo da Própria Morte que os homens idosos. Este resultado, vai de encontro às conclusões de alguns estudos que defendem que as mulheres pensam e temem mais a morte que os homens (Middletown, 1936, *cit in* Lester, 1967; Cicirelli, 1999). Outros estudos, por seu turno, mostraram que as mulheres têm menos medo do desconhecido (Neimeyer & Moore, 1994; Cicirelli, 1999), mais medo do processo de morrer (Cicirelli, 1999), da dor associada ao morrer e da dissolução do próprio corpo (Diggory & Rothman, 1961, *cit in* Lester, 1967) do que os homens, sendo que estes temem mais a dependência de cuidados (Diggory & Rothman, 1961, *cit in* Lester, 1967). Por fim, existem estudos que concluem que não existem diferenças entre os géneros (Fortner et al., 2000; Conte et al., 1982, *cit in* Cicirelli, 1999; Ramalho, 2007).

De facto, nos nossos resultados nas dimensões Medo do Próprio Morrer, Medo da Morte de Outros e Medo do Morrer de Outros, não encontramos diferenças significativas entre os grupos. Neste sentido, para além de depreendermos que esta variável gera controversa entre os estudos, podemos tentar explicar os nossos resultados, tendo em conta que as mulheres apresentaram índices de saúde mais baixos do que os homens, por esse motivo podem temer mais a sua própria morte, pois colocam-na num futuro mais próximo, por outro lado, elas também utilizam mais o *coping* religioso (que se correlaciona positivamente com o medo da morte) que poderá ser um pedido de apoio para as ajudar a suportar as limitações que vão sentindo. Finalmente, em relação às dimensões onde não existem diferenças constatamos que ambos os géneros apresentam preocupação com as mesmas, assim, por um lado, temem o sofrimento de perder alguém próximo de si (Medo da Morte de Outros) e, por outro, temem a agonia e o prolongar de uma situação de doença dolorosa própria ou de alguém próximo (Medo do Próprio Morrer e do de Outros).

- Quanto ao estado civil, comparando idosos casados com viúvos, constatamos que os viúvos têm mais Medo do Morrer de Outros do que os casados. De acordo com Swenson (1961, *cit in* Lester, 1967) os idosos viúvos tendem a fugir da questão da morte, enquanto as pessoas casadas, solteiras e separadas tendem a olhar a morte de frente.

Os nossos resultados, não vão totalmente ao encontro dos de Swenson, uma vez que para as dimensões Medo da Própria Morte, Medo do Próprio Morrer e Medo da Morte de Outros, não encontramos diferenças entre os casados e os viúvos. Nestas dimensões ambos apresentam níveis semelhantes de preocupação, isto é, a própria morte não lhe causa muito temor, o que poderá ser reflexo de uma aceitação da mesma (Erikson, 1963, 1982, *cit in* Cicirelli, 2006; Johnson & Bares, 1997, *cit in* Cicirelli, 2006; Wong, 2000, *cit in* Cicirelli, 2006), o Medo do Próprio Morrer causa-lhes algum temor pela possibilidade de dor e sofrimento extremos e pela perda das capacidades mentais e de controlo da situação, tal como verificou Ramalho (2007) que os idosos demonstram preocupação de adoecer antes de morrer, nomeadamente de sofrer ou perder a sua saúde mental, o Medo da Morte de Outros também lhe causa algum temor, sendo que parecem temer principalmente a perda dos filhos, nomeadamente dos que dão apoio e são os seus confidentes. Relativamente, ao Medo do Morrer de Outros, onde encontramos diferenças entre os grupos, podemos colocar a seguinte explicação, os idosos viúvos são os que apresentam menores índices de saúde (nos nossos resultados), o que lhe dificulta a prestação de auxílio a pessoas que estão a morrer, por outro lado utilizam mais o *coping* religioso (nos nossos resultados) talvez

porque também já perderam o seu cônjuge, com quem poderiam partilhar a sua angústia não o conseguindo procuram a ajuda de Deus.

9.2- Conclusão

Em jeito de resumo, concluímos que o medo da morte é, antes de tudo, uma dimensão difícil de operacionalizar e ainda mais de analisar. É um constructo influenciado por uma multiplicidade de variáveis que são vividas de forma singular por cada sujeito. Não obstante, e apesar dos estudos e os nossos resultados não serem conclusões absolutas, é positiva a sua contribuição na área gerontologia permitindo um melhor entendimento do medo da morte na população idosa.

Assim, do conjunto de resultados por nós obtido, concluímos que as dimensões que constituem a nossa escala de medo da morte se correlacionam com diversos índices de saúde, mostrando um predomínio do medo da morte nos idosos com uma saúde mais debilitada, e que diferentes populações da amostra temem a morte de forma diferente, sendo que os jovens, as mulheres, os institucionalizados e os viúvos são os que apresentam, em geral, maior receio nas diferentes dimensões do medo da morte, por nós estudadas.

Este estudo apresenta algumas limitações, como por exemplo, o tamanho da amostra que é muito pequena se consideramos a totalidade de idosos que vivem em Portugal, para além de não incluir a realidade dos idosos que residem em lares, constituindo uma limitação à generalização dos nossos resultados. Por outro lado, os dados foram recolhidos junto de idosos que não se mostraram reticentes em relação ao tema da morte, isto é, todos eles se mostraram disponíveis para abordar o tema.

No entanto, podemos constatar que este estudo também nos trouxe vantagens no âmbito do medo da morte, pois para além de nos possibilitar um aumento da compreensão deste constructo na população idosa portuguesa, permitiu associar ao medo da morte factores que com ele se relacionam, como variáveis sociodemográficas, índices de saúde e Coping de Aproximação Emocional. Assim, teremos à disposição uma panóplia de indicadores que nos orientam no trabalho do medo da morte.

Conclusão

Neste momento, após percorrermos e elaborarmos todas as secções deste trabalho realizamos uma reflexão sobre o mesmo.

O objectivo primordial deste trabalho era a avaliação do medo da morte no idoso, neste sentido, procedemos à adaptação de uma escala, que mede o medo da morte, para que desta forma tivéssemos à nossa disposição um instrumento que nos auxiliasse no cumprimento desse objectivo. Assim, organizamos a nossa investigação em dois estudos, o estudo que se refere à adaptação da escala do medo da morte, e o estudo dois onde realizamos um estudo exploratório.

Quanto ao estudo 1, apesar de se tratar de um estudo preliminar, a escala adaptada mostrou uma boa fidelidade mostrando que o constructo teórico nas suas diferentes dimensões se relaciona com o carácter multidimensional do medo da morte. Assim, salientamos a importância da utilização da escala numa amostra mais alargada, pois contribuirá para um ajustamento da distribuição dos itens pelos factores, e da utilização do teste-reteste para melhorar a percepção da estabilidade temporal da consistência interna.

Por fim, realçamos o carácter pioneiro e a importância da adaptação desta escala para a população portuguesa, uma vez que, os instrumentos que existem relacionados com esta temática em Portugal se referem à ansiedade face à morte, neste sentido, a investigação do medo da morte, poderá ser impulsionado com a disponibilização deste instrumento de medida. Se nos reportarmos a Nagi e Feifel (1981) e considerarmos que o medo da morte é uma reacção universal de que ninguém está livre, será de extrema relevância a utilização deste instrumento associado a populações clínicas para perceber quais os seus temores e procurar apoiá-las no desenvolvimentos de estratégias de aceitação da morte. Ao nível da investigação, poder-se-á, por exemplo, perceber qual o papel que o medo da morte tem em determinadas patologias psicológicas. Em suma, a utilização deste instrumento introduz uma nova área de investigação em Portugal, que em comparação com outras áreas da psicologia se encontra ainda nos seus primórdios.

Quanto ao estudo 2, identificamos que o medo da morte, no idoso, se relaciona com a idade, com a escolaridade, com os índices de saúde e com o *Coping* de Aproximação Emocional, sendo que este último não mostrou ser tão discriminativo ao nível dos grupos.

Por outro lado, pudemos também identificar algumas populações cujas dimensões do medo da morte se mostraram mais predominantes, como nas mulheres, nos jovens, nos viúvos e nos institucionalizados.

Obviamente, que no final deste trabalho, encontramos muitas situações por responder, nomeadamente o que se prende com os mecanismos que fazem com que, por exemplo, as mulheres tenham mais medo da morte que os homens. Algumas hipóteses explicativas foram colocadas na discussão dos resultados, no entanto cada uma delas necessita claramente de um suporte empírico, assim este trabalho de investigação poderá funcionar como linha de partida para futuras investigações.

Por fim, consideramos que os resultados por nós encontrados constituem uma pequena ajuda aos profissionais de saúde que trabalham com a população idosa, pois estarão mais cientes das situações que se relacionam com o medo da morte, e desta forma poderão ajudá-los a diminuir o medo da morte, ajudando-os a restaurar o significado e esperança realista da sua vida.

Referências

Ariès, P. (1989). *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. 2ª Edição. Lisboa. Teorema.

Barros, H., Lopes, C., Santos, A., & Severo, M. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 281-288.

Bracinha, A.(1987). Da morte e do morrer. *Psicologia*, 5 (2), 139-145.

Campelos, I. (2006). A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde. Monografia para obtenção de licenciatura em Psicologia Social e do Trabalho, *não publicada*. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Cicirelli, V. (1999). Personality and demographic factors in older adults' fear of death. *The Gerontologist*, 39(5), 569-579.

Cicirelli, V. (2002). Fear of death in older adults: predictions from terror management theory. *Journals of Gerontology*, 57B(4), 358-366

Cicirelli, V. (2006). Fear of death in mid-old age. *Journals of Gerontology Series*, 61B(2), 75-81.

Coelho, V. (2008). Ansiedade face à morte e optimismo nos idosos: conforme a idade e a situação habitacional. *Tese de Mestrado não publicada*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação Universidade do Porto.

Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.

Ferreira, P.L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2), 15-30.

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, 189-198.

Fortner, B., Neimeyer, R., & Rybarczyk, B. (2000). Correlates of death anxiety in older adults: a Comprehensive review. p. 95-108; cit in Tomer, A. (2000). *Death Attitudes and the Older Adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge.

Guerreiro, M., 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*, 3 (1), 9-10.

Hoelter, J. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 996-999.

Lester, D. (1967). Experimental and correlational studies of the fear of death. *Psychological Bulletin*, 67(1), 27-36.

Lester, D. (1990). The Collet-Lestter fear of death scale: the original version and a revision. *Death Studies*, 14, 451-468.

Lester, D. (1994). The Collett-Lester fear of death scale; 45-60; cit in Neimeyer, R. (1994). *Death Anxiety Handbook: research, instrumentation, and application*. Philadelphia. Taylor & Francis.

McCoy, S., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (2000). Transcending the self: a terror management perspective on successful aging. 37-64; cit in Tomer, A. (2000). *Death Attitudes and the Older Adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge.

Menéndez, C. (2006). Muerte, duelo y atención psicológica a enfermos terminales ancianos; 311-337; cit in Triadó, C. & Villar, F. (2006). *Psicología de la Vejez*. Madrid. Alianza Editorial.

Mooney, D. & O’Gorman, J. (2001). Construct validity of the revised Collett-Lester fear of death and dying scale. *Omega: Journal of Death and Dying*, 43, 157-173.

Morin, E. (1970). *O homem e a morte*. Mem Martins. Publicações Europa-América.

Nagi, V. & Feifel, H. (1981). Another look at fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 278-286.

Neimeyer, R. & Moore M. (1994). Validity and reliability of the multidimensional fear of death scale; p. 103-120; cit in Neimeyer, R. (1994). *Death Anxiety Handbook: research, instrumentation, and application*. Philadelphia. Taylor&Francis.

Oliveira, J. & Neto, F. (2004). Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte. *Análise Psicológica*. 2(XXIII), 355-367.

Oliveira, J. (2008a). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. 3ª Edição. Porto: Livpisc/Legis Editora.

Oliveira, J. (2008b). *Psicologia do idoso: temas complementares*. Porto. Livpisc/ Legis Editora.

Paúl, C. (2006). Psicologia do envelhecimento; 43- 68; cit in Firmino, H. (2006). *Psicogeriatría*. Coimbra. Psiquiatria Clínica.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS*. 5ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo.

Ponte, C., Sousa, H., Rocha, J., & Almeida, V. (2009). Coping through emotional approach (CTEA): estudo de adaptação à população portuguesa. *Em submissão*.

Powell, F. & Thorson, J. (1994). A revised death anxiety Scale; 31-44; cit in Neimeyer, R. (1994). *Death Anxiety Handbook: research, instrumentation, and application*. Washington. Taylor&Francis.

Ramalho, J. (2007). Ansiedade face à morte nos idosos: diferenças por idade e sexo-correlação com outras variáveis. *Tese de Mestrado não publicada*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação Universidade do Porto.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa. Climepsi Editores.

Ruffié, J. (1987). *O Sexo e a Morte*. Lisboa. Publicações D. Quixote.

Simões, A. & Neto, F. (1994). Ansiedade face à morte. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 28(1). 79-96.

Sobral, M. (2006). A contribuição da psicologia na avaliação do idoso; 499-512; cit in Firmino, H. (2006). *Psicogeriatría*. Coimbra. Psiquiatria Clínica.

Staton, A., Kirk, S., Cameron, C., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1150-1169.

Tomer, A. & Eliason, G. (2000). Attitudes about life and death: toward a comprehensive model of death anxiety; 3-22; cit in Tomer, A. (2000). *Death Attitudes and the Older Adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge

Wong, P. (2000). Meaning of life and meaning of death in successful aging; 23-35; cit in Tomer, A. (2000). *Death Attitudes and the Older Adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge

Wong, P., Reker, G. & Gesser, G. (1994). Death attitude profile-revised: a multidimensional measure of attitudes toward death; 121-130; cit in Neimeyer, R. (1994). *Death Anxiety Handbook: research, instrumentation, and application*. Philadelphia. Taylor & Francis.

Correio electrónico

Jobim, T., Miucha & Buarque, C. (s/data). *Sei lá "a vida tem sempre razão"*. Consultado em 16 de Janeiro de 2010, através de <http://letras.terra.com.br/miucha/922968/>.

Anexos

Anexo 1:

Consentimento Informado

Consentimento Informado

Exm.º(a) Sr.(a).

Eu, Isabel Maria Barbosa Santos, aluna do Mestrado em Psicogerontologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, estou neste momento a realizar uma investigação subordinada ao tema “*Adaptação de uma Escala sobre o Medo da Morte e do Morrer: Relação com Saúde e Coping Emocional*”. Neste sentido, venho por este meio solicitar a sua colaboração para a recolha de dados, respondendo a algumas questões que lhe vou colocar.

A sua participação é **voluntária**, podendo recusá-la ou abandoná-la a qualquer momento. Os dados obtidos serão exclusivamente utilizados no âmbito desta investigação, garantindo-se assim a sua confidencialidade.

Atenciosamente,

Isabel Santos

Consentimento Informado

Eu, _____ declaro que tomei conhecimento das tarefas que me serão solicitadas e que aceito participar na investigação em causa.

Anexo 2:

Mini-Mental State Examination (Folstein et al. 1975, adaptado por Guerreiro et al. 1994)

Mini-Mental State Examination

(Folstein et al., 1975, adaptado por Guerreiro et al., 1994)

NOME: _____
IDADE: ____ Anos ESCOLARIDADE: _____ Data: _____

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 1 ponto por cada resposta correctamente repetida)

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3 - ATENÇÃO E CÁLCULO (contar 1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma resposta 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 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar".

27 ____ 24 ____ 21 ____ 18 ____ 15 ____

Nota: _____

4 - EVOCAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5 - LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta)

A. "Como se chama isto?" Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

Nota: _____

B. "Repita a frase que vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

C. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa" (ou cama, se for o caso); 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 se diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto, deve ler-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

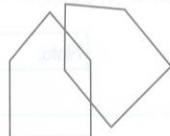
E. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: _____

6 - HABILIDADE CONSTRUTIVA (1 ponto por cada cópia correcta.)

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

DESENHO



CÓPIA

(Máximo 30 pontos)

TOTAL: _____

Anexo 3:

Collett-Lester Fear of Death-Scale, Revised Version (Lester, 1990)

Escala de medo da morte de Collett-Lester – Versão Revista

(Lester, C., 1990)

Que nível de perturbação ou ansiedade lhe provocam os seguintes aspectos relacionados com a morte e o acto de morrer. Leia cada item e responda com rapidez. Não dispense muito tempo a pensar na sua resposta. O que pretendemos é obter a sua primeira impressão do seu pensamento. Coloque uma cruz no número que melhor representa os seus sentimentos.

A sua própria morte		Muito		Algumas vezes		Nada
		5	4	3	2	1
1	O total isolamento da morte					
2	O encurtamento da vida					
3	Perda de tanta coisa depois da morte					
4	Morrer jovem					
5	Como será sentir que está morto					
6	Nunca mais pensar ou experienciar qualquer coisa					
7	A possibilidade de dor e punição por actos cometidos em vida, depois da morte					
8	A deterioração do seu corpo após a morte					

O seu próprio morrer		Muito		Algumas vezes		Nada
		5	4	3	2	1
1	A degradação física associada à morte lenta					
2	A dor associada ao morrer					
3	A deterioração mental associada à idade avançada					
4	Que as suas capacidades fiquem limitadas, quando estiver à beira da morte					
5	A incerteza do quão corajosamente enfrentará o processo do morrer					
6	A falta de controlo sobre o processo do morrer					
7	A possibilidade de morrer no hospital longe dos amigos e da família					
8	O luto dos outros quando estiver à beira da morte					

A morte de outros		Muito		Algumas vezes		Nada
		5	4	3	2	1
1	A perda de alguém próximo de si					
2	Ter que ver o corpo deles morto					
3	Nunca mais poder comunicar com eles					
4	Arrependimento por não ter sido mais agradável enquanto estavam vivos					
5	Envelhecer sozinho sem eles					
6	Sentir-se culpado por ficar aliviado por eles terem morrido					
7	Sentir-se sozinho sem eles					
8	Inveja por eles estarem mortos					

O morrer de outros		Muito		Algumas vezes		Nada
		5	4	3	2	1
1	Ter que estar com alguém que está a morrer					
2	Ter de falar sobre a morte com pessoas que estão a morrer					
3	Ver os outros a sofrer de dor					
4	Ter de ser você a dizer-lhes que estão a morrer					
5	Ver a degradação física do corpo deles					
6	Não saber como lidar com o luto da perda, quando está com os que estão a morrer					
7	Ver a deterioração das capacidades mentais dos outros					
8	Tomar consciência de que um dia também irá passar por essa experiência					

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo 4:

Versão portuguesa do

SF-36v2 (Ferreira, 2000)

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

Anexo 5:

Versão portuguesa da

Coping Through Emotional Approach (Staton et al., 2000, adaptado por Ponte et al., 2009)

COPING THROUGH EMOTIONAL APPROACH (CTEA)

Stanton, AL., Kirk, SB., Cameron, CL. e Danoff-Burg, S. (2000);
adaptado por Ponte, C., Sousa, H., Rocha, J. & Almeida, V. (2009)

Por favor, indique com uma cruz as respostas que melhor se adequam a si, de acordo com a escala descrita em seguida:

1- Nunca faço isso

2- Geralmente não faço isso

3- Faço isso.

4- Faço isso muitas vezes

1. Levo algum tempo para perceber o que realmente estou a sentir.	1 2 3 4	9. Torno-me muito tenso.	1 2 3 4
2. Debruço-me nos meus sentimentos para os compreender totalmente.	1 2 3 4	10. Falo com alguém sobre o que sinto.	1 2 3 4
3. Tenho a noção que os meus sentimentos são válidos e importantes.	1 2 3 4	11. Elaboro um plano de acção.	1 2 3 4
4. Reconheço as minhas emoções.	1 2 3 4	12. Consumo álcool e drogas para me sentir melhor.	1 2 3 4
5. Expresso livremente os meus sentimentos.	1 2 3 4	13. Desisto de tentar alcançar o que quero.	1 2 3 4
6. Levo tempo a expressar as minhas emoções.	1 2 3 4	14. Faço piadas acerca disso.	1 2 3 4
7. Permito-me exprimir as minhas emoções.	1 2 3 4	15. Procuro a ajuda de Deus.	1 2 3 4
8. Sinto-me livre para expressar as minhas emoções.	1 2 3 4		

Anexo 6:

Resumo

Resumo

Quando nos propomos a estudar o envelhecimento, devemos considerar que as mudanças que aqui ocorrem incluem, na perspectiva de Baltes (1987, *cit in* Paúl, 2006) ganhos e perdas. Para Menéndez (2006) essas mudanças facilitam ao idoso tomar consciência de que é um ser finito, que cresce, amadurece e se deteriora, e que a morte é a consequência final desse processo. Pelo que, neste trabalho adaptamos uma escala sobre o medo da morte (estudo 1) e realizamos um estudo exploratório que analisa, o medo da morte em diferentes grupos e a relação desse medo com índices de saúde e com *Coping* de Aproximação Emocional (estudo 2).

Estudo 1: Metodologia: A amostra foi constituída por 127 participantes e foram utilizados os seguintes instrumentos, *Mini-Mental State Examination* (Folstein et al; 1975; adaptado por Guerreiro, 1994) e a *The Collett-Lester Fear of Death Scale: Revised Version* (Lester, 1990) com vista à sua adaptação para a população portuguesa. Foram analisadas as suas características psicométricas através da análise em componentes principais pelo método de rotação tipo *varimax* e da análise da consistência interna, pelo cálculo do *Alpha de Cronbach*. **Resultados:** A análise em componentes principais foi forçada a quatro factores de extracção e verificamos que os itens, genericamente tendem a agrupar-se nos factores correspondentes. A consistência interna obtida na escala e nas diferentes subescalas é considerada boa. **Discussão:** O arranjo factorial encontrado e a boa consistência interna da escala permitiu-nos manter a sua estrutura original tal qual proposta pelo autor, assim, a sua utilização em futuras investigações será vantajosa para o desenvolvimento do estudo da morte em Portugal.

Estudo 2: Metodologia: A amostra foi constituída por 127 participantes, 61 eram estudantes universitários e 66 idosos. Foram utilizados para a recolha de dados os seguintes instrumentos, *Mini-Mental State Examination* (Folstein et al; 1975; adaptado por Guerreiro, 1994), *The Collett-Lester Fear of Death Scale: Revised Version* (Lester, 1990; adaptado por Santos & Almeida, 2010); *SF-36v2* (Ferreira, 2000), *Coping Through Emotional Approach* (Stanton et al., 2000; adaptado por Ponte et al., 2009) e uma ficha sociodemográfica. Este foi um estudo exploratório, estudamos algumas características da amostra e das suas respostas, pela análise descritiva das médias e desvio padrão, correlacionamos diferentes variáveis através do *r de Pearson* e comparamos grupos através do teste *t* e do teste de Mann-Whitney. **Resultados:** Constatamos que o medo da morte se

correlaciona com a idade, com a escolaridade, com alguns índices de saúde e com algumas dimensões do *Coping* de Aproximação Emocional. Verificamos ainda, pela comparação entre grupos que, de uma forma genérica: os jovens têm mais medo da morte que os idosos; que os idosos do centro de dia têm mais medo da morte e menores índices de saúde que os que não recorrem a este tipo de instituições; que as mulheres têm mais medo da morte, menores índices de saúde e utilizam mais o *coping* religioso que os homens; e que os idosos viúvos apresentam mais medo da morte, índices de saúde mais baixos e utilizam mais o *coping* religioso que os casados. *Conclusão:* Este estudo possibilitou-nos compreender o impacto do medo da morte na população idosa portuguesa e permitiu-nos associar ao medo da morte outras variáveis, como os índices de saúde e o *Coping* de Aproximação Emocional, conhecimento importante para os profissionais que trabalham com esta população.

Anexo 7:

Abstract

Abstract

When we consider to study the aging, we must consider changes that occur here include, in the perspective of Baltes (1987, *cit in* Paúl, 2006) profits and losses. For Menéndez (2006) these changes facilitate the aged one to take conscience of whatt is a finite being, that grows, ripens and spoils, and death is the final consequence of this process. For what, in this work we adapt a scale about fear of the death (study 1) and carry through a exploratory study that analyzes, the fear of the death in different groups and the relation of this fear with indices of health and with *Coping* of Emotional Approach (study 2).

Study 1: Methodology: The sample was constituted by 127 participants and had been used the following instruments, *Mini-Mental State Examination* (Folstein et al; 1975; adapted per Warrior, 1994) and *The Collett-Lester Fear of Death Scale: Revised Version* (Lester, 1990) with sight to its adaptation for the Portuguese population. Its psychometrics characteristics analysis of main components for the rotation method had been analyzed type *varimax* and of the analysis of the internal consistency, by calculation of *Alpha de Cronbach*. **Results:** The analysis in main components was forced the four factors of extractor and verifies that the item, generically tend to group themselves in the corresponding factors. The gotten internal consistency in the scale and different subscales is considered good. **Quarrel:** The joined factorial arrangement and the good internal consistency of the scale allow-in them to keep its original structure such which proposal for the author, thus, its use in future inquiries will be advantageous for the development of the study of the death in Portugal.

Study 2: Methodology: The sample was constituted by 127 participants, 61 was university students and 66 aged ones. The following instruments had been used for the retraction of data, *Mini-Mental State Examination* (Folstein et al; 1975; adapted by Warrior, 1994), *The Collett-Lester Fear of Death Scale: Revised Version* (Lester, 1990; adapted for Santos & Almeida, 2010); *SF-36v2* (Blacksmith, 2000), *Coping Through Emotional Approach* (Stanton et al., 2000; adapted for Bridge et al., a 2009) and socio -demographic fiche. This was an exploratory study, studies some characteristics of the sample and of its answers, for the descriptive analysis of the averages and shunting line standard, we correlate different variable through *r of Pearson* and we compare groups through the test *t e* of the test of Mann-Whitney. **Results:** We evidence that the fear of the death if correlates with the age, the school - capabilities , some indices of health and some dimensions of *Coping* of

Emotional Approach. We still verify, for the comparison between groups that, of one it forms generic: the young has more fear of the death that the aged ones; that the aged ones of the day centre have more fear of the death and minors health indices that the ones that they do not appeal to this type of institutions; that the women have more fear of the death, minors health indices and use more *coping* religious that the men; that the aged widowers present more fear of the death, lower indices of health and they use more *coping* religious that the married ones. *Conclusion: This* study make possible them to understand the impact of the fear of the death in the Portuguese aged population and allow them to associate with the fear of the death other variable, as the health indices and Coping of Emotional Approach, important knowledge for the professionals who work with this population.

Anexo 8: Artigo

Adaptação de uma Escala sobre o Medo da Morte para a População Portuguesa

ADAPTAÇÃO DE UMA ESCALA SOBRE O MEDO DA MORTE PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

Isabel Maria B. Santos* e Vera Margarida S. de Almeida*

Departamento Psicologia Clínica
Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte¹

* UnIPSa

Resumo:

O presente estudo tem como objectivo a adaptação da Collett-Lester Fear of Death Scale, Revised Version (Lester, 1990). Esta escala foi revista por David Lester em 1990, e permite distinguir entre quatro tipos de medo da morte, correspondendo a quatro subescalas: Medo da Própria Morte, Medo do Próprio Morrer, Medo da Morte de Outros e Medo do Morrer de Outros. Este instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa recorrendo a uma amostra de 127. As suas propriedades psicométricas foram testadas através da análise em componentes principais, utilizando o método de rotação tipo *varimax* e através da análise da consistência interna, pelo cálculo do *Alpha de Cronbach*. Os resultados do estudo mostram que a escala total e suas subescalas apresentaram boa consistência interna e uma distribuição factorial satisfatória. Assim, esta escala parece constituir um bom instrumento para o desenvolvimento do estudo do medo da morte em Portugal.

Palavras-chave: medo da morte; adaptação; população portuguesa; consistência interna; validade factorial.

Abstract: the objective of the present study is adaptation of Collett-Lester Fear of Death Scale, Revised Version, (Lester, 1990). This scale was revised by David Lester, in 1990, and it allows for the four different types of death fear and it corresponds at four subscales: Fear of Your Own Death, Fear of Your Own Dying, Fear the Death of Others and Fear the Dying of Others. This instrument was translated and adapted and adapted for Portuguese population, based on 127 participants. Your psychometrics properties were tested using a principal component analysis, with the rotation type method *varimax*, and internal consistency of *Alpha the Cronbach*. The results of study show us that scales and subscales presents good internal consistency and satisfactory factorial distribution. So this scale seems to constitute a good instrument to the study of death fear development in Portugal.

Keywords: fear of death; adaptation; the portuguese population; internal consistency; factorial validity.

¹ Rua Central de Gandra, 1317, 4585-116 Gandra - Paredes
Tel/Fax: +351 22 4157177/ +351 224157102
vera.marg@gmail.com

ADAPTAÇÃO DE UMA ESCALA SOBRE O MEDO DA MORTE DE COLLETT-LESTER PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

Becker (1973, *cit in* Cicirelli, 2002) refere que o medo ou a ansiedade face à morte é um fenómeno comum em todas as sociedades e é frequentemente considerado como a principal motivação para o comportamento humano. Isto é, os investigadores defendem que o comportamento humano de medo é consequência de uma resposta para o problema da morte (Nagi & Feifel, 1981). Assim, o medo ou a ansiedade face à morte é uma reacção universal de que ninguém está livre (Nagi & Feifel, 1981), sendo que todo o medo que sentimos é, em última análise, um medo da morte (Stekel, 1949, *cit in* Nagi & Feifel, 1981).

No passado, os investigadores definiram o medo e a ansiedade face à morte como uma única dimensão (Nagi & Feifel, 1981), no entanto, esses termos têm sido usados alternadamente na literatura. Wong, Reker e Gesser (1994) referem que o medo da morte é mais específico e consciente, e a ansiedade face à morte é mais generalizada e talvez inacessível à consciência. Defendem ainda, baseados em Collett e Lester (1969) e Littlefield e Fleming (1984), que o medo da morte não é um constructo unitário, pois por um lado, as questões relacionadas com a morte e o morrer são complexas e, por outro, a morte é temida por várias razões (Wong et al., 1994). Assim, o medo da morte é geralmente considerado como um conceito multidimensional (Lester, 1994; Neimeyer & Moore, 1994; Wong et al., 1994, Cicirelli, 2002) e a maioria dos instrumentos de medição incluem vários aspectos relacionados com este medo, permitindo usar medidas mais ajustadas e determinar de forma mais correcta o nível de medo nas pessoas (Nagi & Feifel, 1981).

Em Portugal, o medo da morte, em geral e a utilização de instrumentos de avaliação do medo da morte, em particular, não têm sido alvo de tanta investigação, quanto outras áreas da psicologia. A este respeito, encontramos uma escala sobre diversas perspectivas da morte, *Death Perspective Scales* de Spilka et al. (1977, adaptado por Oliveira & Neto, 2004) e uma escala de ansiedade face à morte *Death Anxiety Questionnaire* (Conte, Weiner, & Plutchic, 1982, adaptada por Simões & Neto, 1994).

A *Death Perspectives Scales* foi desenvolvida por Spilka et al. em 1977 (*cit in* Oliveira & Neto, 2004) e foi adaptada para a população portuguesa por Oliveira e Neto em 2004. Esta é constituída por oito subescalas: Morte como Sofrimento e Solidão, Morte como Vida do Além de Recompensa, Indiferença Frente à Morte, Morte como Desconhecido, Morte como Abandono dos que Dependem de Nós com Culpabilidade, Morte como Coragem e Morte como Fim Natural, de formato Likert (de 1 até 6) que identificam várias reacções emotivas (umas negativas e outras positivas) experimentadas por quem pensa na própria morte. As subescalas procuram espelhar a natureza multidimensional dos sentimentos experimentados acerca da morte (Oliveira & Neto, 2004).

A *Death Anxiety Questionnaire* foi desenvolvida por Conte, Weiner e Plutchic em 1982 (*cit in* Campelos, 2006) e da análise factorial da mesma resultaram cinco factores: Medo do Desconhecido, Medo do Sofrimento, Medo da Solidão, e Medo da Extracção Pessoal, o último factor os autores não o conseguiram denominar (Campelos, 2006). No entanto, esta distribuição de cinco factores foi contestada, através de uma análise qualitativa de conteúdo de cada item, pois aquilo que os autores designaram de “características da natureza da ansiedade face à morte” eram, na verdade, características do medo da morte em geral (Campelos, 2006). Na adaptação deste questionário para a população portuguesa, realizada por Simões e Neto em 1994, resultou um arranjo de 15 itens distribuídos por três factores. Posteriormente, Oliveira em 1998 (*cit in* Coelho, 2008) readaptou o questionário resultando na diminuição de 15 para 11 itens e de três factores para apenas um, denotando um carácter unifactorial e dimensional ao instrumento.

O tema do medo da morte tem sido alvo de controversa ao longo dos anos, não só pela dificuldade em distinguir entre ansiedade face à morte e medo da morte como na dificuldade de definição dos conceitos que integram cada dimensão desses constructos. Assim, o tema do medo da morte merece ainda muita investigação, Lester (1967) salienta

que apesar do medo da morte ocupar os psicólogos, a compreensão do mesmo tem aumentado muito pouco em comparação com o progresso de outras áreas da psicologia.

Neste sentido, o presente estudo, pretende traduzir e adaptar a Collett-Lester Fear of Death- Scale, Revised Version (Lester, 1990) para a população portuguesa, no sentido de estabelecer uma medida que avalie o nível de medo de uma população, isto é, disponibilizar um instrumento que possa quantificar esta resposta humana e colaborar em pesquisas que pretendam estudar o medo da morte.

Método

Amostra

Da amostra, constituída por 127 participantes, 61 eram estudantes universitários e 66 idosos. Quanto ao género, 35 eram do sexo masculino e 92 do feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 92 anos, sendo a média de 50.91 e o desvio padrão de 25.62. Relativamente ao estado civil, 42 eram casados, 28 viúvos, 54 solteiros, 2 divorciados e 1 em união de facto. Quanto ao nível de instrução 7 eram analfabetos, 53 possuíam uma escolaridade entre o 1º e o 4º ano de escolaridade, 5 entre o 5º e o 12º ano, 60 o grau de licenciatura e 2 de bacharelato.

Inserir tabela 1.

Material

Foram utilizados os seguintes instrumentos: a Collett-Lester Fear of Death Scale, Revised Version, CL-FODS (Lester, 1990), instrumento que pretendemos adaptar, o Mini Mental State Examination, MMSE (Folstein et al., 1975, adaptado por Guerreiro et al., 1994), para cumprimento dos critérios de inclusão/exclusão da população idosa, e uma ficha sociodemográfica para recolher dados sobre determinadas características da amostra como idade, sexo, estado civil e nível de instrução.

Quanto à Collett-Lester Fear of Death-Scale, Revised Version (Lester, 1990), esta permite distinguir entre o medo da morte e do morrer, e entre o medo referente à própria pessoa e o referente ao outro, originando quatro subescalas distintas: Medo da Própria

Morte, Medo da Morte de Outros, Medo do Próprio Morrer e Medo do Morrer de Outros (Lester, 1990). A escala é constituída por 32 itens, distribuídos por quatro subescalas com oito itens cada, as opções de resposta variam entre o 1 (nada) e 5 (muito). A Collett-Lester Fear of Death Scale, foi revista para uma população de 73 participantes e salientam-se as seguintes características psicométricas:

Validade factorial: utilizando o método de rotação tipo *varimax*, o autor obteve uma solução factorial de 7 factores. Dos sete factores, verificou que: o primeiro, continha sete dos oito itens da subescala do medo da própria morte; o segundo factor compreendia nove dos dezasseis itens que compõem as duas subescalas que se relaciona com o medo da morte e do morrer do outro; o terceiro incluía seis itens das subescalas que se referem ao medo da própria morte e próprio morrer e um das subescalas orientadas para o outro. Nos outros factores os itens encontravam-se misturados (Lester, 1994). Assim, o autor refere que os resultados da análise factorial não são favoráveis à validade de conteúdo dos itens das subescalas, salientando a necessidade de outros estudos que utilizem um maior número de indivíduos.

Consistência interna: o autor obteve os seguintes valores de *Alpha de Cronbach*, $\alpha = .91$ para o Medo da Própria Morte, $\alpha = .89$ para o Medo do Próprio Morrer, $\alpha = .72$ e $\alpha = .87$ para o Medo da Morte de Outros e Medo do Morrer de Outros, respectivamente. Conclui, que a escala mostrou razoável validade, fidelidade e utilidade (Lester, 1994).

Procedimento

O estudo de adaptação da escala CL- FODS (Lester, 1990) iniciou-se com obtenção da autorização do autor para a utilização da mesma. De seguida procedeu-se à sua tradução para a língua portuguesa, uma vez que este instrumento tem como língua original o inglês americano. Este procedimento tem em consideração parâmetros específicos, objectivando a manutenção da semântica do texto, pois tal como salienta Ribeiro (1999) o processo de adaptação é muito semelhante ao de construção, pelo que “*uma nova tradução necessita de ser submetida aos mesmos procedimentos psicométricos que é suposto a versão original ter sofrido*” (Bradley, 1994, *cit in* Ribeiro, 1999).

Neste sentido, primeiramente, a tradução da escala foi realizada por um grupo com domínio em ambas as línguas. Posteriormente, outro sujeito, também este fluente em

ambas as línguas, efectuou o processo contrário, isto é, o processo de retrotradução, salientando-se que o último não tinha qualquer conhecimento do instrumento na sua versão original. Por fim, pediu-se a um profissional da área da Psicologia que examinasse as diferentes versões e identificasse possíveis erros, de forma a corrigi-los (Ribeiro, 1999).

Depois de concluídos todos os procedimentos de autorização e tradução iniciou-se a recolha de dados. De salientar que, no que concerne aos idosos, existiam critérios de inclusão/exclusão a serem cumpridos, seriam incluídos os idosos com idade igual ou superior a 65 anos e obter no MMSE (Folstein et al., 1975, adaptado por Guerreiro et al., 1994) pontuação compatível com ausência de defeito cognitivo. Nesta população a escala foi preenchida pelo entrevistador, conforme a resposta do entrevistado. Os participantes foram contactados pessoalmente para obtenção do consentimento informado, sendo-lhes administrado o instrumento.

Concluída a recolha de dados, procedeu-se à inserção dos mesmos no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS- versão 15), para averiguar a semelhança dos nossos resultados com a escala original e adaptá-la. Assim, para testar a validade factorial da escala recorreremos à análise em componentes principais, utilizando o método de rotação tipo *varimax* e para testar a sua fidelidade realizamos a análise da consistência interna, pelo cálculo do *Alpha de Cronbach*.

Resultados

Os cálculos estatísticos para a CL- FODS (Lester, 1990), começaram pela análise factorial da escala, através da análise em componentes principais. Posteriormente, procedeu-se ao estudo da consistência interna dos factores e da escala total, através do cálculo do *Alpha de Cronbach*.

Validade factorial: A análise factorial da escala em componentes principais teve como principal propósito perceber em que medida a estrutura factorial por nós obtida era semelhante à do autor, foi utilizado o método de rotação tipo *varimax*, sendo que este foi também o utilizado pelo autor original.

Na primeira análise, tal como o autor original, obtivemos uma solução de sete factores. No entanto, a escala está estruturada tendo em conta quatro subescalas, Medo da Própria Morte, Medo do Próprio Morrer, Medo da Morte de Outros e Medo do Morrer de Outros,

que deveriam corresponder a quatro factores. Assim, forçamos a análise de componentes principais a quatro factores de extracção, cuja solução explica 58.65% da variância total.

Inserir **tabela 2.**

Verificamos então que os itens tendem a agrupar-se da forma que esperávamos, em quatro factores. Por exemplo, na subescala Medo do Morrer de Outros, todos os itens que esperávamos que avaliassem esta dimensão estão no mesmo factor (avaliam o mesmo constructo), o mesmo aconteceu na primeira dimensão, Medo da Própria Morte. Verificase, contudo, que alguns itens não se agrupam no factor correspondente, por exemplo, tanto na segunda subescala, Medo do Próprio Morrer, como na terceira, Medo da Morte de Outros, existe um item de cada uma que se apresenta noutra factor, nomeadamente os itens 15 e 22. Também alguns itens (16, 18 e 21) apresentam múltipla saturação (cf. tabela 2).

Apesar de não termos obtido exactamente a estrutura factorial proposta pelo autor (4 subescalas), esta é genericamente semelhante. Assim, resolvemos analisar os valores de consistência interna associados às subescalas conforme propostas pelo autor original.

Consistência Interna: No seguimento do estudo psicométrico da escala, procedemos à análise da consistência interna das subescalas, através do cálculo do *Alpha de Cronbach*.

Para a subescala Medo da Própria Morte, obtivemos um $\alpha=.89$, um valor considerado bom (Pestana & Gageiro, 2008), o mesmo aconteceu para as subescalas Medo do Próprio Morrer e Medo do Morrer de Outros, com um $\alpha=.83$ e $\alpha=.84$, respectivamente, considerados valores bons (Pestana & Gageiro, 2008). Para a subescala Medo da Morte de Outros, obtivemos um valor de $\alpha=.77$, que é considerado um valor razoável (Pestana & Gageiro, 2008), mas superior ao obtido pelo autor (cf. tabela 3). No total da escala o *Alpha de Cronbach*, obtido foi de $\alpha=.91$, que é um valor muito bom (Pestana & Gageiro, 2008).

Inserir **tabela 3.**

Concluindo, comparando os alfas obtidos na nossa população com os obtidos pelo autor, constatamos que apesar dos valores por nós obtidos serem ligeiramente mais baixos, mantém um nível de consistência considerado bom, pelo que, decidimos manter a estrutura original da escala organizada em quatro subescalas. Tomámos esta decisão, após avaliarmos que o comportamento da consistência interna da escala não melhorava quando

retirávamos os itens que saturavam em factores que não lhe correspondiam e os que apresentavam, múltipla saturação.

Discussão

No que concerne à estrutura factorial da escala, ressalva-se o facto de termos que forçar a análise de componentes principais a quatro factores de extracção para obtermos a estrutura proposta pelo autor, mesmo assim, registamos alguns problemas ao nível da distribuição dos itens pelas respectivas subescalas (Medo da Própria Morte, Medo do Próprio Morrer, Medo da Morte de Outros e Medo do Morrer de Outros). Este problema também surgiu noutros estudos, nomeadamente com Mooney e O’Gorman (2001). Neste sentido, decidimos analisar a consistência interna da escala.

A consistência interna da escala e subescalas é genericamente boa, o seu comportamento não melhorava quando retirávamos os itens que saturavam num factor que não lhe correspondia ou que tinham múltipla saturação, pelo que mantivemos a estrutura original. Este procedimento também foi realizado por Mooney e O’Gorman (2001), sendo que estes refere que a estratégia de análise utilizada foi do tipo exploratória e de confirmação de uma solução factorial de quatro factores.

Deste trabalho de adaptação, obtivemos uma validade factorial satisfatória e uma boa fidelidade. Assim, consideramos que a versão portuguesa da CL-FODS (Lester, 1990) mostrou boa adaptabilidade à população portuguesa e que reúne critérios de validade e fidelidade para avaliar as diferentes dimensões do medo da morte propostas nesta escala (Medo da Própria Morte, Medo do Próprio Morrer, Medo da Morte de Outros e Medo do Morrer de Outros). Neste sentido, a versão portuguesa final, conta com 32 itens distribuídos por 4 subescalas (com oito itens cada), com 5 hipóteses de resposta (1-nada; 3-algumas vezes; 5-muito), tal como a versão original.

Apesar das favoráveis características psicométricas obtidas na amostra em estudo, salientamos que se tratou de um estudo preliminar, e que, por isso, evidenciamos a necessidade da realização de novos estudos de investigação, tanto ao nível da validade factorial como da consistência interna, nomeadamente o recurso ao teste-reteste, para se

averiguar a estabilidade temporal dos resultados e da aplicabilidade da escala. Consideramos ainda que será pertinente o recurso a uma amostra com um maior número de participante, aumentando a diversidade da amostra e potenciando as boas características do instrumento.

Por fim, gostaríamos de destacar a importância da adaptação desta escala à população portuguesa, uma vez que se mostra pioneira no estudo do medo da morte em Portugal, pois os estudos que encontramos referem-se à ansiedade face à morte, não existindo estudos relativamente ao medo da morte. Assim, a utilização deste instrumento permitirá, por um lado, perceber em que medida o medo da morte se associa à ansiedade face à morte (se compararmos estudos semelhantes) e, por outro, introduzir uma nova área de investigação que, em Portugal, se encontra ainda muito aquém de outras áreas de investigação.

Bibliografia

Campelos, I. (2006). A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde. *Monografia para obtenção de licenciatura, não publicada*. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Cicirelli, V. (2002). [Fear of death in older adults: predictions from terror management theory](#). *Journals of Gerontology*, 57B(4), 358-366.

Coelho, V. (2008). Ansiedade face à morte e optimismo nos idosos: conforme a idade e a situação habitacional. *Tese de Mestrado não publicada*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação Universidade do Porto.

Guerreiro, M., 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*, 3 (1), 9-10.

Lester, (1994). The Collett-Lester fear of death scale; p. 45-60; cit in Neimeyer, R. (1994). *Death Anxiety Handbook: research, instrumentation, and application*. [Philadelphia](#). Taylor & Francis.

Lester, D. (1967). Experimental and correlational studies of the fear of death. *Psychological Bulletin*, 67(1), 27-36.

Lester, D. (1990). The Collet-Lestter fear of death scale: the original version and a revision. *Death Studies*, n. 14, 451-468.

Mooney, D. C., & O’Gorman, J. G. (2001). Construct validity of the revised Collett-Lester fear of death and dying scale. *Omega: Journal of Death and Dying*, 43, 157-173

Nagi, V., & Feifel, H. (1981). Another look at fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 278-286.

Neimeyer, R., & Moore, M. (1994). Validity and reliability of the multidimensional fear of death scale; p. 103-120; cit in Neimeyer, R. (1994). *Death Anxiety Handbook: research, instrumentation, and application*. [Philadelphia](#). Taylor & Francis.

Oliveira, J., & Neto, F. (2004). Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte. *Análise Psicológica*, 2(XXIII), 355-367.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS*. 5ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa. Climepsi Editores.

Simões, A., & Neto, F. (1994). Ansiedade face à morte. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 28(1), 79-96.

Wong, P., Reker, G., & Gesser, G. (1994). Death attitude profile-revised: a multidimensional measure of attitudes toward death; 121-130; cit in Neimeyer, R. (1994). *Death Anxiety Handbook: research, instrumentation, and application*. [Philadelphia](#). Taylor & Francis.

Tabelas:

Tabela 1: Descrição da Amostra – dados sociodemográficos

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	35	27.6
	Feminino	92	72.4
Estado Civil	Casados	42	42.5
	Viúvos	28	33.1
	Solteiros	54	0.8
	Divorciados	2	1.6
	União de facto	1	22.0
Instrução	Iltrado	7	5.5
	1ª classe	2	1.6
	2ª classe	1	0.8
	3ª classe	15	11.7
	4ª classe	35	27.3
	5º ano	1	0.8
	6º ano	1	0.8
	7º ano	1	0.8
	12º ano	2	1.6
	Bacharelato	2	1.6
	Licenciatura	60	46.9

Tabela 2: Análise em Componentes Principais da CL- FODS (Solução factorial com 32 itens)

Itens	Componentes*				Comun.	M	DP
	mpmt	mpmr	mmto	mmro			
1.O total isolamento da morte	.84				.71	2.27	1.46
2.O encurtamento da vida	.80				.66	2.66	1.54
3.Perda de tanta coisa depois da morte	.69				.48	2.31	1.56
4.Morrer jovem	.69				.59	2.79	1.62
5.Como será sentir que está morto	.70				.55	2.22	1.43
6.Nunca mais pensar ou experienciar qualquer coisa	.77				.61	2.24	1.51
7.A possibilidade de dor e punição por actos cometidos em vida. depois da morte	.50					2.28	1.42
8.A deterioração do seu corpo após a morte	.68				.50	1.97	1.40
9.A degradação física associada à morte lenta		.73			.63	4.12	1.17
10.A dor associada ao morrer		.73			.65	4.27	1.02
11.A deterioração mental associada à idade avançada		.68			.53	4.11	1.09
12.Que as suas capacidades fiquem limitadas. quando estiver à beira da morte		.69			.63	4.19	1.06
13.A incerteza do quão corajosamente enfrentará o processo do morrer		.50			.52	3.34	1.24
14.A falta de controlo sobre o processo do morrer		.59			.51	3.86	1.21
15.A possibilidade de morrer no hospital longe dos amigos e da família	.60				.46	3.00	1.58
16.O luto dos outros quando estiver à beira da morte	.40	.37		.40	.43	3.34	1.40
17.A perda de alguém próximo de si			.58		.56	4.46	0.91
18.Ter que ver o corpo deles morto			.55	.49	.56	3.63	0.51
19.Nunca mais poder comunicar com eles			.60		.57	4.29	1.15
20.Arrependimento por não ter sido mais agradável enquanto estavam vivos			.49			3.06	1.46
21.Envelhecer sozinho sem eles	.44		.43		.46	3.44	1.43
22.Sentir-se culpado por ficar aliviado por eles terem morrido	.55					2.11	1.44
23.Sentir-se sozinho sem eles			.55		.47	3.89	1.27
24.Inveja por eles estarem mortos			.43			1.40	0.93
25.Ter que estar com alguém que está a morrer				.72	.55	3.24	1.50
26.Ter de falar sobre morte com pessoas que estão a morrer				.74	.58	3.58	1.30
27.Ver os outros a sofrer de dor				.78	.69	4.37	0.94
28.Ter que ser você a dizer-lhes que estão a morrer				.72	.58	4.26	1.05
29.Ver a degradação física do corpo deles				.76	.68	4.05	1.14
30.Não saber como lidar com o luto da perda. quando está com os que estão a morrer				.42		3.54	1.21
31.Ver a deterioração das capacidades mentais dos outros				.55	.42	4.06	1.01
32.Tomar consciência de que um dia também irá passar por essa experiência				.53	.52	4.09	1.22
% de variância explicada (Total = 58.65%)	18.08	11.77	8.43	14.32			
KMO = .83; Teste de Esfericidade de Bartlett. χ^2 (496) = 1818.86. p < .001							

* Itens com carga superior a .40; Legenda: **mpmt**. Medo da Própria Morte; **mpmr**. Medo do Próprio Morrer; **mmto**. Medo da Morte de Outros; **mmro**. Medo do Morrer de Outros.

Tabela 3: Fidelidade da escala CL-FODS na amostra em estudo e a obtida pelo autor

Subescala	<i>Alpha de Cronbach obtido</i>	<i>Alpha de Cronbach autor original</i>
Medo da própria morte	.89	.91
Medo do próprio morrer	.83	.89
Medo da morte de outros	.77	.72
Medo do morrer de outros	.84	.87
Escala completa	.91	Não apresentou