



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**RAYLANE DA SILVA MACHADO**

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DA *DEATH ATTITUDE  
PROFILE REVISED* (DAP-R) NA ENFERMAGEM**

TERESINA

2021

**RAYLANE DA SILVA MACHADO**

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DA *DEATH ATTITUDE PROFILE REVISED* (DAP-R) NA ENFERMAGEM**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva.

TERESINA

2021

Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Setorial do CCS  
Serviço de Processamento Técnico

M149e Machado, Raylane da Silva.  
Evidências de validade da versão brasileira da *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R) na enfermagem / Raylane da Silva Machado. – –  
Teresina, 2021.  
127 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, 2022.  
Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Grazielle Roberta Freitas da Silva.  
Bibliografia

1. Atitude frente à morte. 2. Estudo de Validação. 3. Enfermagem. I.  
Silva, Grazielle Roberta Freitas da. II. Título.

CDD 610.73

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

RAYLANE DA SILVA MACHADO

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DA *DEATH ATTITUDE PROFILE REVISED* (DAP-R) NA ENFERMAGEM**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em: 20/12/2021.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva (Orientadora)  
Universidade Federal do Piauí(UFPI)

---

Profa. Dra. Jacqueline Schmidt Rio-Valle  
Universidad de Granada, Espanha (UGR)

---

Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Jose Wicto Pereira Borges  
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

---

Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior  
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

---

Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia  
Universidade Federal do Piauí(UFPI)

---

Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes  
Universidade Federal do Piauí(UFPI)

À Deus, fonte primordial, aos meus pais,  
Raimundo e Ileuda pelo apoio integral durante  
a minha vida. À Edmara (in memoriam).

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, presença constante em minha vida, que me deu forças, me guiou ao longo desse caminho e me permitiu concretizar mais esse projeto.

À Universidade Federal do Piauí (UFPI), minha “mãe UFPI”, pela oportunidade de aprender e me qualificar profissionalmente. Nessa casa, eu fui graduanda, monitora, extensionista, bolsista, mestranda, doutoranda. Agora eu sou professora e pesquisadora e serei eternamente grata pelas glórias alcançadas.

À Profa. Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva, minha orientadora, que com toda sua paciência e disponibilidade conduziu este trabalho e outros trabalhos ao longo de minha formação como enfermeira, docente e pesquisadora. Meus sinceros agradecimentos pelo seu apoio e incentivo para o alcance de mais uma grande conquista.

Aos professores examinadores: Profa. Dra. Jacqueline Schmidt Rio-Valle, Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá, Prof. Dr. José Wicto Borges, Prof. Dr. Fernando da Silva Guedes, Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes e a Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia pelas valiosas colaborações e sugestões que contribuíram para o engrandecimento desta pesquisa.

Aos demais professores desse programa, obrigada pelo empenho e dedicação ao engrandecimento desse Programa de Pós Graduação.

Ao Prof. Dr. Bruno Damásio, CEO do Psicometria Online Academy, que me ajudou com as dúvidas relativas ao método e onde encontrar material atualizado para confecção dos resultados deste estudo.

Aos participantes desta pesquisa que com todos seus inúmeros compromissos e diante de uma pandemia reservaram seu tempo para contribuir na construção desse estudo e compartilhar suas atitudes frente à morte.

Aos meus colegas do CTBJ, que me apoiaram e me ajudaram para que esse trabalho pudesse ser concluído. Aos amigos do IFPE que foram decisivos no primeiro ano do doutorado e que me ajudaram imensamente a me organizar para que fossem possíveis as longas viagens entre o Piauí e o Pernambuco.

Aos meus pais, Ileuda e Raimundo, vocês sempre serão a razão pela qual batalho e logro atingir todos os meus objetivos. Obrigada por me ensinarem que a educação é o caminho para vencer.

Ao Phellype pelo companheirismo, suporte e incentivo ao longo dessa jornada. Obrigada por partilhar comigo desse sonho e me ajudar a alcançá-lo.

À minha prima, irmã e amiga Ednela, obrigada por ser minha maior inspiração em todos os aspectos da vida. Obrigada pelas leituras, pelas correções e pelos elogios que me levam sempre mais longe.

À Família Machado, meus irmãos, tios, primos, sobrinhos, afilhados e padrinhos por fazerem da nossa família e dos nossos encontros, locais de relaxamento das pressões acadêmicas.

Aos amigos da turma IX do mestrado em Enfermagem, obrigada por se fazerem presente até hoje na minha vida com seu companheirismo e amizade.

Aos amigos da turma VI do doutorado em Enfermagem UFPI, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas ao longo da construção desse trabalho, mas também pelo companheirismo e amizade.

## RESUMO

MACHADO, R. S. **Evidências de Validade da versão brasileira da *Death Attitude Profile Revised (DAP-R)* na Enfermagem**. 2021. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2021.

As atitudes frente à morte em profissionais da enfermagem têm sido objeto de múltiplos estudos por influenciarem na tomada de decisão, no comportamento e na assistência prestada a indivíduos em fim de vida. Em pesquisas internacionais, destaca-se o uso da *Death Attitude Profile Revised (DAP-R)* por ser uma escala multidimensional que avalia atitudes negativas, positivas e neutras, sendo baseada na análise conceitual de aceitação da morte. Buscando-se a aplicabilidade dessa escala na prática e na pesquisa, objetivou-se analisar as evidências de validade da versão traduzida e adaptada da DAP-R para o português brasileiro, em estudantes e profissionais da enfermagem. Estudo metodológico, composto por verificação da validade baseada na estrutura interna, análise de confiabilidade e validade baseada nas relações com medidas externas em uma amostra não probabilística de 696 profissionais e estudantes de enfermagem. A coleta de dados ocorreu de forma eletrônica entre os meses de janeiro a agosto de 2021. Os dados foram organizados, tabulados e tratados a partir de planilhas eletrônicas *Google Docs*, software *Factor* e *SPSS*. Para validade baseada na estrutura interna foi realizada Análise Fatorial Exploratória (AFE). A validade convergente foi determinada por meio da análise de correlações entre as subescalas da DAP-R e destas com a *Templer's Death Anxiety Scale (DAS)*, sendo feito cálculo do  $\rho$  de *Spearman*. A confiabilidade e a consistência interna foram verificadas por meio do coeficiente de correlação interclasse, do alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ ) e da Confiabilidade Composta (CC). A DAP-R na versão brasileira foi composta por 4 fatores que explicaram 60,6% da variância total. Na AFE os itens de Medo da Morte se uniram aos itens de Evitar a Morte gerando um fator único com 12 itens. A dimensão Aceitação Natural ficou reduzida a 3 itens, Aceitação como Transcendência (9 itens) e Aceitação como fuga (5 itens). Os índices de ajuste do instrumento foram bons ( $\chi^2 = 795,92$ ,  $gl = 296$ ;  $p < 0,001$ ;  $\chi^2/gl = 2,69$ ,  $RMSEA = 0,053$ ;  $CFI = 0,965$ ;  $TLI = 0,954$ ). Os níveis de cargas fatoriais, comunalidades e discriminação dos itens foram adequados, bem como a estabilidade e a replicabilidade do instrumento para outras populações. A dimensão Medo da Morte e Evitar a Morte se correlacionou positivamente com os escores da DAS e Aceitação Natural se correlacionou negativamente. A versão brasileira do instrumento apresentou boa consistência interna ( $CC > 0,80$ ;  $\alpha$  de 0,67 a 0,88), níveis elevados de medidas de qualidade e efetividade das

estimativas dos fatores do modelo (FDI>0,91; ORION > 0,84; EPDT>90,0%). Este é um indicativo de um modelo bem definido com fontes de evidências adequadas para verificação das atitudes frente à morte na enfermagem brasileira.

**Palavras-chave:** Atitude frente à morte; Estudo de Validação; Enfermagem.

## ABSTRACT

MACHADO, R. S. **Evidências de Validade da versão brasileira da *Death Attitude Profile Revised (DAP-R)* na Enfermagem.** 2021. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2021.

Attitudes towards death in nursing professionals have been the object of multiple studies for influencing decision-making, behavior and care provided to individuals at the end of life. In international research, the use of the Death Attitude Profile Revised (DAP-R) stands out as it is a multidimensional scale that assesses negative, positive and neutral attitudes, based on the conceptual analysis of acceptance of death. Seeking the applicability of this scale in practice and research, the objective was to analyze the evidence of validity of the translated and adapted version of the DAP-R for Brazilian Portuguese, in nursing students and professionals. Methodological study, consisting of verification of validity based on the internal structure, analysis of reliability and validity based on relationships with external measures in a non-probabilistic sample of 696 nursing professionals and students. Data collection took place electronically from January to August 2021. Data were organized, tabulated and processed using Google Docs spreadsheets, Factor and SPSS software. For validity based on the internal structure, Exploratory Factor Analysis (EFA) was performed. The convergent validity was determined through the analysis of correlations between the DAP-R subscales and these with the Templer's Death Anxiety Scale (DAS), with the calculation of Spearman's  $\rho$ . Reliability and internal consistency were verified using the interclass correlation coefficient, Cronbach's alpha and Composite Reliability (CR). The DAP-R in the Brazilian version was composed of 4 factors that explained 60.6% of the total variance. In AFE the Fear of Death items were joined to the Avoid Death items generating a unique factor with 12 items. The Natural Acceptance dimension was reduced to 3 items, Acceptance as Transcendence (9 items) and Acceptance as escape (5 items). The instrument's fit indices were good ( $\chi^2=795.92$ ,  $gl = 296$ ;  $p<0.001$ ;  $\chi^2/gl = 2.69$ ,  $RMSEA = 0.053$ ;  $CFI = 0.965$ ;  $TLI = 0.954$ ). The levels of factor loadings, commonalities and item discrimination were adequate, as well as the stability and replicability of the instrument for other populations. The Fear of Death and Avoiding Death dimension correlated positively with the DAS scores and Natural Acceptance was negatively correlated. The Brazilian version of the instrument showed good internal consistency ( $CR>0.80$ ;  $\alpha$  from 0.67 to 0.88), high levels of quality and effectiveness of the model's factors score estimates ( $FDI>0.91$ ;  $ORION > 0.84$ ;  $EPDT>90.0\%$ ). This is indicative of a well-defined model with adequate sources of evidence to verify attitudes towards death in Brazilian nursing.

**Keywords:** Attitude to death; Validation Study; Nursing.

## RESUMEN

MACHADO, R. S. **Evidências de Validade da versão brasileira da *Death Attitude Profile Revised (DAP-R)* na Enfermagem**. 2021. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2021.

Las actitudes hacia la muerte en los profesionales de enfermería han sido objeto de múltiples estudios por incidir en la toma de decisiones, en el comportamiento y en los cuidados prestados a las personas en fin de vida. En investigaciones internacionales se destaca el uso de la *Death Attitude Profile Revised (DAP-R)* por ser una escala multidimensional que evalúa actitudes negativas, positivas y neutras, a partir del análisis conceptual de la aceptación de la muerte. Buscando la aplicabilidad de esta escala en la práctica y la investigación, el objetivo fue analizar la evidencia de validez de la versión traducida y adaptada del DAP-R para el portugués brasileño, en estudiantes y profesionales de enfermería. Estudio metodológico, consistente en verificación de validez a partir de la estructura interna, análisis de confiabilidad y validez a partir de relaciones con medidas externas en una muestra no probabilística de 696 profesionales y estudiantes de enfermería. La recopilación de datos se llevó a cabo de forma electrónica de enero a agosto de 2021. Los datos se organizaron, tabularon y procesaron utilizando el Google Docs, el software Factor y SPSS. Para la validez basada en la estructura interna, se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE). La validez convergente se determinó mediante el análisis de correlaciones entre las subescalas DAP-R y estas con la Escala de Ansiedad de Muerte de Templer (DAS), con el cálculo de la  $\rho$  de Spearman. La confiabilidad y la consistencia interna se verificaron mediante el coeficiente de correlación entre clases, el alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y la confiabilidad compuesta (CC). La DAP-R en la versión brasileña fue compuesta por 4 factores que explicaban el 60,6% de la varianza total. En el AFE los ítems de Miedo a la Muerte se unieron a los ítems de Evitar Muerte generando un factor único con 12 ítems. La dimensión Aceptación natural se redujo a 3 ítems, Aceptación como trascendencia (9 ítems) y Aceptación como escape (5 ítems). Los índices de ajuste del instrumento fueron buenos ( $\chi^2 = 795.92$ ,  $gl = 296$ ;  $p < 0.001$ ;  $\chi^2 / gl = 2.69$ ,  $RMSEA = 0.053$ ;  $CFI = 0.965$ ;  $TLI = 0.954$ ). Los niveles de carga factorial, comunales y discriminación de los ítems fueron adecuados, así como la estabilidad y replicabilidad del instrumento para otras poblaciones. La dimensión Miedo a la Muerte y Evitar la Muerte se correlacionó positivamente con las puntuaciones del DAS y la Aceptación Natural se correlacionó negativamente. La versión brasileña del instrumento mostró buena consistencia interna ( $CC > 0,80$ ;  $\alpha$  de 0,67 a 0,88), altos niveles de

medidas de calidad y efectividad de las estimaciones de los factores del modelo (IED> 0,91; ORION> 0,84; EPDT> 90,0%). Esto es indicativo de un modelo bien definido con fuentes de evidencia adecuadas para verificar las actitudes hacia la muerte en la enfermería brasileña.

**Palabras Clave:** Actitud Frente a la Muerte; Estudio de Validación; Enfermería.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Taxonomia tradicional (modelo tripartite) das propriedades de medida para estudo da validade.....	38
Figura 2 – Taxonomia atual das evidências de validade do <i>Standards for Educational and Psychological Testing</i> .....	39
Figura 3 – Fluxograma COSMIN de seleção dos estudos encontrados.....	47
Figura 4 – - Fluxograma de divulgação da Pesquisa.....	54
Figura 5 – Diagrama de sedimentação da Análise Paralela Robusta por meio da <i>Optimal implementation of Parallel Analysis com a Minimun rank factor analysis</i> .....	71

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Itens do DAP-R no instrumento original em inglês e na versão final em português. Teresina-PI, Brasil, 2019.....	30
Quadro 2 - Estratificação da pergunta de pesquisa seguindo as recomendações COSMIN. Teresina (PI), 2020 .....	46
Quadro 3 - Características dos instrumentos de mensuração de atitudes frente a morte na enfermagem. Teresina (PI), Brasil, 2020.....	48

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Caracterização sociodemográfica e econômica dos profissionais e estudantes de enfermagem (n=696). Teresina, PI, Brasil, 2021.....	63
Tabela 2	– Dados de formação acadêmica e profissional dos estudantes e profissionais de enfermagem (n=696). Teresina, PI, Brasil, 2021.....	64
Tabela 3	– Estatística descritiva univariada das respostas aos itens da DAP-R dos estudantes e profissionais de enfermagem (n=696). Teresina, PI, Brasil, 2021.....	66
Tabela 4	– Distribuição de frequências absolutas e percentuais dos itens da DAP-R dos estudantes e profissionais de enfermagem (n=696). Teresina, PI, Brasil, 2021.....	68
Tabela 5	– Cargas fatoriais e comunalidades ( $H^2$ ) baseadas na Análise Paralela com rotação <i>Promin</i> dos escores fatoriais da <i>Death Attitude Profile Revised</i> (DAP-R). Teresina, PI, Brasil, 2021.....	72
Tabela 6	– Cargas fatoriais e comunalidades ( $H^2$ ) baseadas na Análise Paralela com rotação <i>Promin</i> dos escores fatoriais da <i>Death Attitude Profile Revised</i> (DAP-R) após a exclusão dos itens 17, 30 e 31. Teresina, PI, Brasil, 2021.....	74
Tabela 7	– Medidas de ajuste do modelo final da <i>Death Attitude Profile Revised</i> (DAP-R). Teresina, PI, Brasil, 2021.....	75
Tabela 8	– Estimativas de replicabilidade dos escores fatoriais e medidas de qualidade e efetividade das estimativas dos fatores da <i>Death Attitude Profile Revised</i> (DAP-R). Teresina, PI, Brasil, 2021.....	76
Tabela 9	– <i>Communality- standardized Pratt's measures</i> dos itens do modelo final da <i>Death Attitude Profile Revised</i> (DAP-R). Teresina, PI, Brasil, 2021.....	77
Tabela 10	– Discriminação dos itens ( <i>a</i> ) do modelo final da <i>Death Attitude Profile Revised</i> (DAP-R). Teresina, PI, Brasil, 2021.....	78
Tabela 11	– <i>Thresholds</i> dos itens do modelo final da <i>Death Attitude Profile Revised</i> (DAP-R). Teresina, PI, Brasil, 2021.....	79

Tabela 12 – Análises de consistência interna (Alfa de Cronbach e Confiabilidade Composta) das dimensões da DAP-R cada uma das dimensões em relação aos coeficientes originais de Wong, Reker e Gesser (1994). Teresina, PI, Brasil, 2021.....	80
Tabela 13 – Estatísticas de Coeficientes de Correlação Intraclasse (teste-reteste) das dimensões da DAP-R (n=147). Teresina, PI, Brasil, 2021.....	81
Tabela 14 – Correlações de <i>Spearman</i> da <i>Death Attitude Profile Revised</i> (DAP-R) e <i>Templer's Death Anxiety Scale</i> (DAS). Teresina, PI, Brasil, 2021.....	82
Tabela 15 – Análise de normalidade das dimensões do modelo final da <i>Death Attitude Profile Revised</i> (DAP-R) (n=696). Teresina, PI, Brasil, 2021.....	83
Tabela 16 – Análise bivariada dos escores da DAP-R de acordo com as características sociodemográficas e econômicas dos profissionais e estudantes de enfermagem (n=696). Teresina, PI, Brasil, 2021.....	83
Tabela 17 – Análise bivariada dos escores da DAP-R de acordo com as características de formação acadêmica e profissional dos estudantes e profissionais de enfermagem (n=696). Teresina, PI, Brasil, 2021.....	87

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Análise dos Componentes Principais
AERA	<i>American Educational Research Association</i>
AF	Análise Fatorial
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
APA	<i>American Psychological Association</i>
CC	Confiabilidade Composta
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health</i>
CMIN/DF	<i>Minimum Discrepancy per Degree of Freedom</i>
COSMIN	<i>Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments</i>
DAP-R	<i>Death Attitude Profile Revised</i>
DAS	<i>Templer's Death Anxiety Scale</i>
ECV	<i>Explained Common Variance</i>
EPTD	<i>Expected percentage of true differences</i>
FDI	<i>Factor Determinacy Index</i>
IBECS	<i>Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud</i>
ICC	<i>Intraclass Correlation Coefficient</i>
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MMT	<i>Meaning-Management Theory</i>
MIREAL	<i>Mean of Item RESidual Absolute Loadings</i>
NCME	<i>National Council on Measurement in Education</i>
ORION	<i>Overall Reliability of fully-Informative prior Oblique N-EAP score</i>
PROSPERO	<i>International Prospective Register of Systematic Reviews</i>
RDWLS	<i>Robust Diagonally Weighted Least Squares</i>
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>

SR	<i>Ssensitivity Ratio</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCT	Teoria Clássica do Testes
TMT	<i>Terror Management Theory</i>
TLI	<i>Tucker-Lewis index</i>
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UniCo	Unidimensional Congruence

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>20</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>24</b>
<b>2.1 Objetivo Geral:</b> .....	<b>24</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos:</b> .....	<b>24</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>25</b>
<b>3.1 Processo de morte e morrer: significados da morte e da vida</b> .....	<b>25</b>
<b>3.2 <i>Death Attitude Profile – Revised</i></b> .....	<b>28</b>
<b>3.3 Formação sobre tanatologia e cuidados paliativos e sua influência nas atitudes frente a morte e o morrer de profissionais e estudantes de enfermagem</b> .....	<b>32</b>
<b>4 REFERENCIAL METODOLÓGICO</b> .....	<b>35</b>
<b>4.1 Psicometria</b> .....	<b>35</b>
4.1.1 Teoria Clássica dos Testes (TCT) .....	36
4.1.2 Teoria Resposta ao Item (TRI) .....	37
<b>4.2 Os parâmetros dos Testes: Validade e Confiabilidade</b> .....	<b>37</b>
<b>5 ATITUDES FRENTE À MORTE E ESCALAS DE MENSURAÇÃO: REVISÃO SISTEMÁTICA</b> .....	<b>44</b>
<b>6 MÉTODO</b> .....	<b>52</b>
<b>6.1 Tipo de estudo</b> .....	<b>52</b>
<b>6.2 População e Amostra</b> .....	<b>52</b>
<b>6.3 Procedimento para coleta de dados</b> .....	<b>53</b>
<b>6.4 Procedimentos de Análise dos dados</b> .....	<b>55</b>
6.4.1 Validade Baseada na Estrutura Interna.....	56
6.4.2 Consistência Interna .....	59
6.4.3 Validade baseada nas relações com medidas externas .....	61
6.4.4 Confiabilidade teste-reteste .....	62
<b>6.5 Aspectos Éticos e legais</b> .....	<b>62</b>
<b>7 RESULTADOS</b> .....	<b>63</b>
<b>7.1 Caracterização dos participantes do estudo</b> .....	<b>63</b>
<b>7.2 Distribuição das respostas aos itens</b> .....	<b>66</b>
<b>7.3 Validade Baseada na Estrutura Interna: Análise Fatorial Exploratória</b> .....	<b>70</b>
<b>7.4 Confiabilidade da Escala</b> .....	<b>80</b>
<b>7.5 Validade baseada nas relações com medidas externas</b> .....	<b>81</b>
<b>7.6 Análise bivariada dos escores da DAP-R na amostra</b> .....	<b>82</b>
<b>8 DISCUSSÃO</b> .....	<b>91</b>
<b>9 CONCLUSÃO</b> .....	<b>102</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>103</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>113</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>124</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A morte, do ponto de vista físico e biológico, constitui-se um evento natural e integrante do ciclo vital. Entretanto, os significados e as maneiras de lidar com a terminalidade se modificam ao longo do tempo e de indivíduo para indivíduo (WANG *et al.*, 2018; GURDOGAN *et al.*, 2017). Atitudes sobre a morte são influenciadas por valores sociais, religiosos, culturais, crenças e percepções pessoais. Para os profissionais de saúde, essas atitudes também podem ser influenciadas pela educação profissional e por experiências clínicas vivenciadas (COTTREL; DUGGLEBY, 2016; MACHADO *et al.*, 2016).

As funções sociais dos memoriais, serviços funerários e religiosos e até o atendimento de saúde são processos de enfrentamento da morte permeados pela cultura de um povo (WONG; CARRENO; OLIVER, 2018). No plano pessoal, os indivíduos recorrem a todos os tipos de respostas para lidar com o processo de morte e morrer, variando desde estados de negação até sentimentos de ansiedade, mas também podem apresentar dimensões positivas, como aceitação da morte (GROEBE *et al.*, 2018; PEREIRA, PIRES, 2018; XU *et al.*, 2019).

A morte e o morrer, para os profissionais de saúde, especialmente da área de enfermagem, são encarados como falha, fracasso e perda. Isso se relaciona diretamente com a formação ofertada a esses indivíduos, voltada para curar e reabilitar, visando ao prolongamento da vida (BRITO *et al.*, 2020; CARDOSO *et al.*, 2021; MACHADO *et al.*, 2016). Além disso, quando abordado, esse tema da morte e do morrer é apresentado de forma superficial e fragmentada, com carências de conhecimentos técnico e emocional, por vezes sem reflexão teórica (CARDOSO *et al.*, 2021).

Alguns estudos apontam que a melhor forma de otimizar a formação desses profissionais inicia-se por conhecer e avaliar as suas atitudes frente à morte (CARDOSO *et al.*, 2021; MACHADO *et al.*, 2019). Estas atitudes são determinantes na tomada de decisão, no comportamento e atuação da enfermagem, bem como na qualidade da assistência prestada às pessoas que vivenciam a morte e o processo de morrer (ABAJAS-BUSTILLO *et al.*, 2020; WONG; CARRENO; OLIVER, 2018).

Os enfermeiros são os que frequentemente assumem o papel de líder diante da resistência natural da equipe de saúde frente à morte e ao processo de morrer (CARDOSO *et al.*, 2020; PRADO *et al.*, 2019), o que reforça ainda mais a contribuição desses profissionais na prática assistencial e nos cuidados em fim de vida (CARDOSO *et al.*, 2020; PRAXEDES; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2018).

Mensurar as atitudes de profissionais e estudantes de enfermagem frente à morte pode subsidiar estratégias para um melhor preparo no atendimento a pessoas em fim de vida (MACHADO *et al.*, 2019). Nesse sentido, a enfermagem constitui a classe de saúde cujas atitudes são mais profundamente pesquisadas. Como observa-se nos estudos com profissionais da enfermagem (CARDOSO *et al.*, 2020; CARDOSO *et al.*, 2021; GUO; ZHENG, 2019; GURDOGAN; KINICI; AKSOY, 2019; NIA *et al.*, 2016; WANG *et al.*, 2018) e nas pesquisas realizadas durante seu processo de formação, quando ainda são estudantes de enfermagem (ABAJAS-BUSTILLO *et al.*, 2020; ALONSO *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2018; ÖZVEREN; GÜLNAR; ÇALIŞKAN, 2020; RUIZ-PELLÓN *et al.*, 2020).

As atitudes frente à morte abrangem diferentes aspectos, desde o processo de morrer até o de fim da vida, e podem ser definidas como comportamentos psicológicos aprendidos por meio da experiência e interação com o contexto social e cultural (DIMOULA *et al.*, 2018). Essas atitudes são consideradas como resumo da avaliação de um objeto com base em dados cognitivos, informações afetivas e comportamentais e podem ser expressas sob dimensões que incluem potenciais efeitos neutros, positivos ou negativos (GROEBE *et al.*, 2018; WONG; CARRENO; OLIVER, 2018). Na teoria existencialista, as atitudes positivas são classificadas como aceitação da morte, enquanto as negativas denotam o medo e a ansiedade em relação a ela (BELLALI *et al.*, 2018; WONG; CARRENO; OLIVER, 2018).

Dessa maneira, as escalas sobre as atitudes frente à morte são construídas baseadas na premissa de que é possível mensurar esse construto por meio das crenças, opiniões e avaliações das pessoas acerca desse objeto (BELLALI *et al.*, 2018). A maioria desses instrumentos é unidimensional e avalia apenas aspectos atitudinais negativos, como é o caso da Templer's Death Anxiety Scale e da Escala de Medo da Morte de Collett-Lester (BRUDEK; SEKOWSKI; STEUDEN, 2020; ZUCCALA *et al.*, 2019).

Nesse contexto, cita-se a *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R), desenvolvido por Wong e colaboradores (1994), o qual se distingue por ser um instrumento multidimensional que avalia atitudes negativas, positivas e neutras. A DAP-R é baseada na análise conceitual de aceitação da morte proposta por Kubler-Ross como último estágio do processo de morrer (MACHADO *et al.*, 2019). Esse modelo fundamenta-se nos moldes da teoria existencialista e entende que tanto o medo quanto a aceitação da morte são indissociáveis e estão relacionados à procura de sentido da vida (MACHADO *et al.*, 2019; WONG; CARRENO; OLIVER, 2018).

Essa escala já foi validada para uso em diversos países, entre os quais estão Polônia, Alemanha, Estados Unidos, Turquia, China, Irã, Japão, Portugal, Grécia, Espanha, Rússia, Romênia e Finlândia (BELLALI *et al.*, 2018; BRUDEK; SEKOWSKI; STEUDEN, 2020;

CEVIK; KAV, 2013; CHISTOPOLSKAYA *et al.*, 2017; HO *et al.*, 2010; IRANMANESH; DARGAHI; ABBASZADEH, 2008; JANSEN *et al.*, 2019; KUMABE, 2006; LOUREIRO, 2010; NAKAGI; TADA, 2014; RAVENCO; IORDANESCU, 2015; RÍO-VALLE, 2007; TERKAMO-MOISO, 2016). Além disso, a DAP- R é um dos instrumentos mais utilizados em pesquisas internacionais para mensurar com êxito as atitudes frente à morte na enfermagem (XAVIER *et al.*, 2021).

Assim, tendo em vista a notoriedade dessa temática, a ampla aceitabilidade na comunidade científica da DAP-R e reconhecendo a importância de se conhecer as atitudes frente à morte na enfermagem brasileira com uma abordagem de investigação multidimensional, estudo anterior realizado por Machado *et al.* (2019) traduziu, adaptou e observou as evidências de validade relacionadas ao conteúdo da DAP-R para uso no Brasil. Porém, a escala não teve suas propriedades psicométricas/evidências de validade testadas para utilização na prática e na pesquisa.

O *Standards for Educational And Psychological Testing* (AERA; APA; NCME, 1999, 2014) define a validade de um instrumento como “o grau em que todas as evidências acumuladas corroboram a interpretação pretendida dos escores de um teste para a finalidade a que se propõe” (AERA; APA; NCME, 1999, p. 11). Nesse sentido, entende-se que estudos que permitem confirmar e/ou acrescentar essas evidências são necessários. As evidências de validade se dividem atualmente em: evidências baseadas no conteúdo, evidências baseadas na estrutura interna, evidências baseadas na relação com variáveis externas, evidências baseadas no processo de resposta e evidências baseadas na consequência da testagem (AERA; APA; NCME, 1999, 2014).

Diante do exposto, é propósito deste estudo analisar as evidências de validade baseadas na estrutura interna e na relação com variáveis externas da DAP-R ao contexto brasileiro. Tem-se, assim, a seguinte questão de pesquisa: A versão traduzida e adaptada da DAP-R ao contexto brasileiro apresenta evidências de validade relacionada a estrutura interna e às relações com medidas externas quando aplicada a estudantes e profissionais da enfermagem?

As atitudes frente à morte influenciam aspectos práticos e diários de cuidados prestados por parte dos profissionais da saúde, em especial de enfermagem, a indivíduos em fim de vida (GUO; ZHENG, 2019). Entretanto, para nosso conhecimento não existem instrumentos que avaliem o construto “atitudes frente à morte” no Brasil de forma ampla (com atitudes positivas, neutras e negativas). Portanto, torna-se relevante ter um instrumento adaptado e validado para nossa realidade que nos permita fazer essa mensuração.

Assim, este trabalho aborda uma temática nova no contexto brasileiro, carente de estudos associados à morte e ao morrer. Dessa maneira, visa produzir contribuições teóricas para o avanço científico em enfermagem e sua relação com as atitudes frente à morte e os cuidados em fim de vida, contribuindo também com a desmistificação do tema no cenário nacional. Além disso, mensurar as atitudes dos estudantes e profissionais de saúde frente à morte pode subsidiar estratégias, intervenções e treinamentos para melhoria do processo de cuidar em saúde a pessoas em fim de vida.

Nesse sentido, busca-se defender a tese: A DAP-R traduzida e adaptada ao contexto brasileiro apresenta evidências de validade para mensurar atitudes frente à morte em estudantes e profissionais da enfermagem. As hipóteses levantadas são: 1) Para estrutura interna: - A escala DAP-R no Brasil mantém a mesma estrutura dimensional da DAP-R original; e 2) Para relações com variáveis externas: - A dimensão Medo da Morte da DAP-R Brasil apresenta correlação positiva com os escores de ansiedade frente à morte; - A dimensão Aceitação Natural da DAP-R Brasil apresenta correlação negativas com os níveis de ansiedade frente à morte.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral:

Avaliar as evidências de validade da versão traduzida e adaptada da *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R) para o português brasileiro, em estudantes e profissionais da enfermagem.

### 2.2 Objetivos Específicos:

- Analisar a evidência de validade baseada na estrutura interna da versão adaptada para o Brasil da DAP-R:

Determinar a estrutura interna do instrumento da versão adaptada para o Brasil da DAP-R;

Verificar a consistência interna e confiabilidade (estabilidade) da versão adaptada para o Brasil da DAP-R;

- Verificar as evidências de validade baseada nas relações com medidas externas:

Correlacionar os escores das subescalas da DAP-R com uma medida de Ansiedade frente à Morte;

Averiguar a relação dos escores dos domínios da DAP-R com as características sociodemográficas e de formação dos estudantes e profissionais da enfermagem.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Processo de morte e morrer: significados da morte e da vida

A morte é a única certeza na vida. Todos os organismos vivos morrem; não há exceção. No entanto, somente os seres humanos estão sobrecarregados com a capacidade cognitiva de estar ciente de sua própria mortalidade e de temer o que pode vir depois (WONG; CARRENO; OLIVER, 2018). Além disso, sua capacidade de refletir sobre o significado da vida e da morte cria uma ansiedade existencial adicional (SEKOWSKI, 2020).

A certeza e a inevitabilidade da morte fazem sentir sua presença em todas as áreas da existência humana, sendo que a maneira como reagimos à perspectiva de morte tem impacto em como vivemos (WONG; CARRENO; OLIVER, 2018). Estudos indicam que, de fato, o medo da morte, a negação da morte e a não aceitação da morte estão relacionados ao mau funcionamento psicossocial na idade adulta (BRUDEK; SEKOWSKI, 2021; NAKAGI; TADA, 2014; WONG; CARRENO; OLIVER, 2018).

Biologicamente, a morte pode ser definida como a cessação permanente de todas as funções vitais. No entanto, devido às capacidades humanas de construção de significado e consciência de nossa própria morte, o conceito de morte se torna muito complexo e amplo - uma grande variedade de significados psicológicos, espirituais, sociais e culturais foram associados à morte (PEREIRA; PIRES, 2018; SEKOWSKI, 2020). Nesse contexto, as atitudes frente a morte são um fenômeno complexo e multidimensional condicionado pelas experiências de vida individuais e pela especificidade da fase da vida em que o indivíduo se encontra, assim os significados que atribuímos à morte têm implicações importantes para o nosso bem-estar (BRITO *et al.*, 2020; GURDOGAN; KINICI; AKSOY, 2019; SILVA *et al.*, 2020).

Os significados da morte estão intrincados e irrevogavelmente relacionados aos significados da vida. Se vivemos uma vida significativa e alcançamos a integridade do ego, somos capazes de enfrentar a morte sem medo. No entanto, quando temos muitos arrependimentos e um profundo sentimento de fracasso e desespero, a morte é temida, por causa do medo de nunca termos realmente vivido quando a morte nos chama (SEKOWSKI, 2020; WONG, 2007).

Elisabeth Kübler-Ross publicou em 1969 a obra “Sobre a Morte e o Morrer”, a qual teve grande impacto na história da Tanatologia. Seus cinco estágios de enfrentamento da morte (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação) tiveram um efeito poderoso e duradouro em nossa compreensão e estudo da morte.

De acordo com Kübler-Ross (2008), no primeiro estágio têm-se o impacto inicial da notícia e o indivíduo acaba negando o problema como uma defesa psíquica, tentando encontrar algum jeito de não entrar em contato com a realidade, não acreditando na informação recebida e negando-se a falar no assunto. A *Negação* é uma defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial. Surge, então, o estágio da *Raiva* acompanhado de sentimentos intensos como raiva, revolta, inveja e ressentimento que, geralmente, são projetados no ambiente externo, no sentido de inconformismo com a situação.

No estágio da *Barganha* inicia-se uma negociação consigo mesmo, com entidades (Deus) ou com os outros, prometendo coisas que lhe ajudarão a sair daquela situação. Geralmente este movimento volta-se para a religiosidade ou ao recurso a promessas, acordos, pactos, maioritariamente em segredo. Na *Depressão* ocorre um sofrimento profundo, em que já não se pode mais negar os acontecimentos e nem se revoltar contra eles. É a fase de introspecção profunda em que a pessoa pode sentir culpa por deixar os seus entes queridos e por não enfrentar a morte com dignidade. Tendo superado as fases anteriores, percebe-se e vivencia-se a *Aceitação* da morte, que permite ao indivíduo encarar a realidade e dar significado a ela (KÜBLER-ROSS, 2008).

Wong, Carreno e Oliver (2018) destacam que embora o conceito de estágio sequencial tenha sido amplamente criticado, ela identificou importantes mecanismos de defesa (negação e negociação) e reações emocionais (raiva e depressão) envolvidas no enfrentamento e na aceitação da morte.

A externalização dos sentimentos em relação à morte pelos indivíduos e a compreensão desses afetos pelos que o acompanham são fundamentais para a sua aceitação. Essa compreensão significa evitar frases do tipo “não fique triste”, entendendo esta tristeza vinculada ao processo de perda de tudo, de todos e da própria vida pelo qual está passando o paciente (KÜBLER-ROSS, 2008).

As atitudes frente à morte são frequentemente influenciadas por experiências pessoais e coletivas, como a perda de entes queridos. Assim, são elaborados mecanismos de defesa contra o medo da morte, tanto no nível individual quanto no cultural (WONG; CARRENO; OLIVER, 2018).

Abordagens contemporâneas que desenvolvem conceitos existenciais clássicos e referem-se ao problema das relações entre o significado da vida e a atitude em relação à morte incluem a *Terror Management Theory* (TMT, Teoria do Gerenciamento do Terror) e a *Meaning-Management Theory* (MMT, Teoria do Gerenciamento do Significado). A TMT estabelece que o medo/terror existencial desencadeado pela certeza da morte pode ser aliviado

por duas formas de defesa cultural: autoestima e visões de mundo. A MMT estuda a questão das relações entre o sentido da vida e as atitudes em relação à morte (BRUDEK; SEKOWSKI, 2021).

A ansiedade manifestada de forma prolongada pode levar a um estado de terror ou pavor existencial. Segundo a TMT, o fracasso dos mecanismos psicogênicos de proteção e estratégias de defesa que visam reforçar a autoestima e, em última instância, reduzir a experiência de ansiedade leva à ansiedade de aniquilação (BRUDEK; SEKOWSKI, 2021). Os indivíduos que têm alta autoestima e fortes crenças de cosmovisão muitas vezes não pensam muito sobre a morte nem a temem conscientemente. Esses indivíduos frequentemente expressam uma atitude de aceitação da morte (BRUDEK; SEKOWSKI, 2021; JANSEN *et al.*, 2018).

Wong, Reker e Gesser (1994) trazem essa perspectiva existencial no estudo das atitudes frente à morte a qual postula que os indivíduos são motivados a buscar um significado pessoal. Os autores entendem a partir dessa proposição que o medo da morte decorre do fracasso em encontrar significado pessoal para a vida e para a morte.

Os termos “medo” e “ansiedade” são frequentemente confundidos na literatura acerca das medidas atitudinais perante a morte. Entretanto, o medo da morte se refere a aspectos mais específicos e conscientes do que a ansiedade e emergiria, igualmente, da incapacidade do indivíduo em encontrar um significado pessoal e objetivo para a sua vida e morte, a ansiedade seria mais generalizada e inacessível. Esta perspectiva propõe que a maneira como cada um de nós teme ou aceita a morte depende em larga escala da forma como aprendeu a aceitar o seu percurso de vida, dando-lhe um significado (WONG; REKER; GESSER, 1994).

Existe ampla evidência de que a ansiedade perante a morte, a aceitação da morte e o significado da vida são aspectos intimamente relacionados. A aceitação da morte pode basear-se em vários caminhos como: 1) a revisão da vida, importante para trazer ordem e coerência à vida e à manutenção da identidade de cada um; 2) a autoaceitação, que se baseia na necessidade de descobrir quem realmente somos; 3) as crenças espirituais/ religiosas, no sentido em que existe uma ligação entre a espiritualidade e a busca de significado; 4) a educação para a vida e morte, no sentido em que não podemos saber como viver se não entendermos a morte, ou seja, para aceitar a nossa morte temos de perceber a nossa vida que leva à morte (WONG, 2007).

Wong (2007) argumenta que uma abordagem orientada para o significado da aceitação da morte pode reduzir o terror da morte. Assim, apresentou sua Teoria *Meaning-Management Theory* (MMT) da aceitação da morte. A MMT está enraizada na teoria existencial-humanística e nas perspectivas construtivistas, mas também incorpora processos cognitivo-

comportamentais. É uma teoria psicológica abrangente sobre como gerenciar vários processos relacionados ao significado para atender às necessidades básicas de sobrevivência e felicidade.

Cabe destaque que o papel da aceitação da morte ao lidar com questões relacionadas ao fim da vida tem recebido crescente reconhecimento nos últimos anos (BAKAN; ARLI, 2018; WANG *et al.*, 2018). As relações entre aceitação da morte e medo da morte são complexas e dinâmicas. Eles podem coexistir sob algumas circunstâncias. Além disso, para a maioria das pessoas, diferentes tipos de atitudes de morte podem dominar, dependendo do estágio de desenvolvimento e das experiências e arrependimentos da vida. É por isso que a aceitação da morte e a ansiedade da morte não são simplesmente opostas (SEKOWSKI, 2020; WONG; CARRENO; OLIVER, 2018).

Todos os indivíduos são confrontados com duas tarefas psicológicas fundamentais: proteger-se dos terrores da perda e da morte (por exemplo, administrar a ansiedade da morte) e buscar a boa vida e viver de maneira significativa e abundante (por exemplo, administrar a aceitação da morte). Essas tarefas de viver bem e morrer bem estão interconectadas de maneiras importantes por causa das relações íntimas entre os significados da vida e os significados da morte (WONG; CARRENO; OLIVER, 2018).

### ***3.2 Death Attitude Profile – Revised***

A *Death Attitude Profile* (Perfil de Atitudes frente à morte), conhecido pela sigla de seu título em inglês DAP, foi desenvolvido por Gesser, Wong e Reker (1987-88) a partir de uma abordagem multidimensional de base existencialista, com foco na análise conceitual da aceitação da morte. Em 1994, foi realizada uma revisão desse instrumento, que passou a ser conhecido como *Death Attitude Profile- Revised* (DAP-R) (MACHADO *et al.*, 2019; WONG; REKER; GESSER, 1994).

Até ao surgimento do DAP, os tipos de aceitação da morte nunca tinham sido efetivamente medidos. Gesser, Wong e Reker (1987-88) afirmaram que as atitudes em relação à morte nem sempre eram negativas, uma vez que algumas pessoas viam a morte como uma passagem para uma existência eterna, como uma fuga do sofrimento ou como uma realidade inevitável, sem temer sua ocorrência nem ansiar por ela.

Assim, o DAP era composto por 21 itens e quatro subescalas que mediam as seguintes dimensões: 1) Medo da Morte e de Morrer, que mede pensamentos e sentimentos negativos sobre o estado de morte e o processo de morrer; 2) Aceitação como Aproximação/Religiosa, que mede até que ponto alguém vê a morte como um portal para uma vida após a morte feliz;

3) Aceitação de Escape, que mede até que ponto alguém percebe a morte como uma fuga de uma existência dolorosa; e 4) Aceitação Neutral, que mede até que ponto a pessoa vê a morte como uma realidade que não é temida nem bem-vinda (WONG; REKER; GESSER, 1994).

Posteriormente, constatou-se que algumas pessoas preferiam evitar o tema da morte e que o medo da morte não abrangia essa opção. Assim, foi realizada uma reformulação do instrumento criando sua versão revista, a DAP-R compreende que o evitar todo e qualquer pensamento ou contato com o tema da morte reduz a ansiedade frente à morte e, portanto, corresponde a um mecanismo de defesa psicológico para evitar que o tema chegue à consciência (WONG; REKER; GESSER, 1994).

Nesta nova versão, reformulou-se a subescala de medo da morte e de morrer, uma vez que os autores pretendiam que esta focasse, exclusivamente, no medo da morte e, portanto, retiraram alguns itens relativos ao “medo de morrer”, acrescentando outros relativos ao “medo da morte”. Acrescentaram igualmente itens novos às escalas de aceitação, assim, o DAP-R passou a contar com 36 itens, posteriormente reduzidos a 32, após análise dos componentes principais (WONG; REKER; GESSER, 1994).

Assim, o DAP-R se destaca por analisar o construto das atitudes sobre a morte e o morrer a partir de uma abordagem neutra, positiva (aceitação), além da negativa (medo e o evitar pensar ou falar sobre a morte) (BELLALI *et al.*, 2018). Nesse sentido, é tida como uma das principais medidas para avaliação de atitudes frente à morte no mundo (BELLALI *et al.*, 2018; BRUDEK; SEKOWSKI; STEUDEN, 2020; JANSEN; FETZ; SCHULZ, 2016; TERKAMO-MOISO, 2016).

No Brasil, essa escala foi traduzida e adaptada culturalmente seguindo os preceitos propostos por referencial teórico específico constituído em cinco etapas: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, comitê de especialistas e pré-teste realizado com 40 participantes (BEATON *et al.*, 2007). Em seguida, foi realizada a validação de conteúdo por juízes especialistas. A versão brasileira do DAP-R manteve as equivalências semânticas, idiomáticas, conceituais e experienciais em relação a versão original canadense (MACHADO *et al.*, 2019).

O coeficiente de validade de conteúdo final da escala atingiu valores de 0,85 para clareza de linguagem e relevância teórica e de 0,86 para pertinência prática. Em relação às dimensões teóricas obteve-se um Kappa médio entre avaliadores considerado substancial (0,709). Os itens da versão brasileira final da escala comparados aos da versão original estão apresentados no quadro 1 (MACHADO *et al.*, 2019).

**Quadro 1** – Itens do DAP-R no instrumento original em inglês e na versão final em português. Teresina-PI, Brasil, 2019.

<b>Instrumento Original</b>	<b>Instrumento Versão Final Brasil</b>
Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)	Perfil de Atitudes frente à Morte - Revisado (PAM-R).
1. Death is no doubt a grim experience.	1. A morte é sem dúvida uma experiência desagradável.
2. The prospects of my own death arouses anxiety in me.	2. A expectativa da minha própria morte desperta ansiedade em mim.
3. I avoid death thoughts at all costs.	3. Evito pensamentos sobre a morte a todo custo.
4. I believe that I will be in heaven after I die.	4. Acredito que vou para o céu depois que eu morrer.
5. Death will bring an end to all my troubles.	5. A morte trará um fim a todos os meus problemas.
6. Death should be viewed as a natural, undeniable, and unavoidable event.	6. A morte deveria ser vista como um evento natural, inegável e inevitável.
7. I am disturbed by the finality of death.	7. Me incomoda o caráter definitivo da morte.
8. Death is an entrance to a place of ultimate satisfaction.	8. A morte é uma entrada para um lugar de satisfação plena (céu, paraíso).
9. Death provides an escape from this terrible world.	9. A morte proporciona uma fuga deste mundo terrível.
10. Whenever the thought of death enters my mind, I try to push it away.	10. Sempre que o pensamento de morte entra na minha mente, eu tento afastá-lo.
11. Death is deliverance from pain and suffering.	11. A morte é uma libertação da dor e do sofrimento.
12. I always try not to think about death.	12. Eu sempre tento não pensar sobre morte.
13. I believe that heaven will be a much better place than this world.	13. Acredito que o céu será um lugar bem melhor do que este mundo.
14. Death is a natural aspect of life.	14. A morte é um aspecto natural da vida.
15. Death is a union with God and eternal bliss.	15. A morte é uma união com Deus e com a felicidade eterna.
16. Death brings a promise of a new and glorious life.	16. A morte traz a promessa de uma vida nova e gloriosa.
17. I would neither fear death nor welcome it.	17. Não temeria a morte, mas também não a receberia de braços abertos.
18. I have an intense fear of death.	18. Eu tenho um medo intenso da morte.
19. I avoid thinking about death altogether.	19. Eu, de modo geral, evito pensar sobre a morte.
20. The subject of life after death troubles me greatly.	20. O tema da vida após a morte me incomoda muito.
21. The fact that death will mean the end of everything as I know it frightens me.	21. O fato de que a morte significa o fim de tudo que eu conheço, me assusta.
22. I look forward to a reunion with my loved ones after I die.	22. Tenho esperança de me reunir com os meus entes queridos depois que eu morrer.
23. I view death as a relief from earthly suffering.	23. Vejo a morte como um alívio do sofrimento terreno.
24. Death is simply a part of the process of life.	24. A morte é simplesmente parte do processo da vida.
25. I see death as a passage to an eternal and blessed place.	25. Vejo a morte como uma passagem para um lugar eterno e abençoado.
26. I try to have nothing to do with the subject of death.	26. Tento não me envolver com o tema da morte.
27. Death offers a wonderful release of the soul.	27. A morte oferece uma maravilhosa libertação da alma.
28. One thing that gives me comfort in facing death is my belief in the afterlife.	28. Uma das coisas que me conforta ao enfrentar a morte é minha crença em uma vida após a morte.
29. I see death as a relief from the burden of this life.	29. Vejo a morte como um alívio do fardo dessa vida.
30. Death is neither good nor bad.	30. A morte não é boa nem ruim.
31. I look forward to life after death.	31. Espero ansioso pela vida após a morte.
32. The uncertainty of not knowing what happens after death worries me.	32. A incerteza de não saber o que acontece depois da morte me preocupa.

Fonte: MACHADO *et al.*, 2019.

A DAP-R é constituído por 32 itens divididos em cinco dimensões, que foram mantidas na versão traduzida e adaptada para uso no Brasil: Medo da morte (7 itens: 1, 2, 7, 18, 20, 21, 32), Evitar a morte (5 itens: 3, 10, 12, 19, 26), Aceitação Natural (5 itens: 6, 14, 17, 24, 30), Aceitação com Transcendência (10 itens: 4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31) e Aceitação com Fuga (5 itens: 5, 9, 11, 23, 29) (MACHADO *et al.*, 2019).

1) A Aceitação Natural (*Neutral Acceptance*) compreende a morte perspectivada pelos indivíduos como mais um fato da vida, ou como parte integrante dela, implica em uma atitude ambivalente ou de indiferença.

2) A Aceitação como Transcendência (*Approach Acceptance*) implica em acreditar numa vida feliz depois da morte, em que as crenças religiosas e a religiosidade incluem a noção de que a morte pode trazer a paz e harmonia com Deus.

3) A Aceitação como fuga (*Escape Acceptance*) parte do pressuposto que quando se vive em certas circunstâncias que acarretam dor e sofrimento para o indivíduo, a morte torna-se uma alternativa para o término do sofrimento.

4) Evitar a Morte (*Death Avoidance*), essa dimensão mede o evitar pensamentos e sentimentos em relação à morte e ao processo de morrer.

5) Medo da Morte (*Fear of Death*), pensamentos e sentimentos de medo acerca da morte e do processo de morrer (CONNER; LOERZEL; UDDIN, 2014; LOUREIRO, 2010; MACHADO *et al.*, 2019).

A pontuação para cada item varia de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), com cada item começando com discordo totalmente ou concordo totalmente (padrão de polaridade aleatória) para reduzir possível viés de aquiescência. A pontuação para cada subescala é a pontuação média de seus itens, com 4 sendo a pontuação neutra (BELLALI *et al.*, 2018; WONG; REKER; GESSER, 1994).

Uma pontuação média mais alta indica uma tendência mais forte de se identificar com essa subescala específica. As somas totais de cada fator são transformadas em médias, dividindo o valor obtido pelo número de itens que constituem o fator. Assim, obtém-se uma média de valores como resultado para cada tipo de atitude que o indivíduo manifesta e sabe-se qual é a preponderante (BELLALI *et al.*, 2018; JANSEN *et al.*, 2019; MACHADO *et al.*, 2019; WONG; REKER; GESSER, 1994).

Vários estudos internacionais, usando o DAP-R, testaram as diferenças obtidas quando estudantes e profissionais da saúde recebem formação sobre cuidados em fim de vida/tanatologia e como isso pode influenciar a assistência prestada. Os indivíduos que tiveram

treinamento ou formação sobre a temática da morte apresentaram mais atitudes positivas quando comparados aos que não tiveram (CERIT, 2019; GÖRIS *et al.*, 2017).

Outra aplicação relevante da DAP-R reside em sua capacidade de medir essas diferentes atitudes para fornecer uma compreensão mais matizada de como os indivíduos reagem em situações de enfrentamento da morte, como quando são confrontados com um diagnóstico de morte iminente ou de doença grave ou quando conviver com a morte e o morrer faz parte de seu papel profissional, como acontece com os trabalhadores da saúde (JANSEN *et al.*, 2019).

### **3.3 Formação sobre tanatologia e cuidados paliativos e sua influência nas atitudes frente a morte e o morrer de profissionais e estudantes de enfermagem**

O processo de formação na área da saúde geralmente acontece em momentos que contemplam a teoria e a prática. Na teoria, pouco se fala sobre a temática da morte e do morrer e, na prática, o acadêmico é inserido na rotina hospitalar e na convivência diária com as particularidades da profissão e o enfrentamento da morte (MACHADO *et al.*, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2019).

Neste sentido, esta temática, na maioria das vezes, é abordada de forma superficial e fragmentada durante a formação, sinalizando como fragilidades inerentes às discussões dessa temática: a insegurança e sofrimento do discente para falar sobre a morte, a inadequada formação do enfermeiro docente acerca deste tema e a abordagem curricular insuficiente sobre a morte e o morrer humano. Isso gera um trabalho voltado apenas para a prática e, quase sempre, desqualificado ((MACHADO *et al.*, 2016; NUNES; SANTOS, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2019).

Entretanto, existem manifestações em diversos cursos para a inclusão de discussões referentes ao processo de morte e morrer, a tanatologia e os Cuidados Paliativos em seus currículos; a criação de disciplinas optativas enfocando essa temática nos cursos de graduação da área da enfermagem são indicativas disso (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Cada indivíduo experimenta de modo singular o processo de morrer como único e irreversível e, portanto, não existe uma única maneira de vivenciá-lo (ASADPOUR *et al.*, 2016). Deste modo, um primeiro passo para melhorar a formação dos enfermeiros nessa temática, consistirá em conhecer suas atitudes frente à morte (CARDOSO *et al.*, 2021; MACHADO *et al.*, 2019). Nesse contexto, o referencial teórico da tanatologia e de cuidados paliativos oferece um olhar que permite aprofundar a compreensão relacionada a essas atitudes (ASADPOUR *et al.*, 2016; BRUDEK; SEKOWSKI; STEUDEN, 2020; CERIT, 2019; WITTKOWSKI; PARÉ, 2021).

Os processos de criação de atitudes ocorrem no inconsciente dos indivíduos por meio de aprendizagem condicionada ou mediante a mera exposição a estímulos. Os processos de mudança de atitudes estão vinculados a recursos que ocorrem na esfera da consciência derivada das argumentações e formações às quais os indivíduos são submetidos. Tais modelos sustentam que quando os indivíduos são competentes e estão motivados, eles avaliam de forma sistemática as mensagens persuasivas (informações) que lhe são endereçadas. Se esses argumentos são consistentes, ou seja, são condizentes com a realidade e apresentam estruturas lógicas e racionais, eles serão capazes de gerar mudanças atitudinais duradouras e resistentes à novas mudanças (FERREIRA, 2010).

Os sistemas de crenças pessoais, culturais, sociais e filosóficas afetam as atitudes dos indivíduos em relação à morte. A cultura e a religião podem determinar atitudes específicas sobre a morte e sobre os pacientes terminais (BAKAN; ARLI, 2018). Nesse contexto, as atitudes dos enfermeiros em relação ao processo de morte e morrer podem influenciar diretamente na qualidade e na oferta do cuidado ao paciente em processo de terminalidade (CARDOSO *et al.*, 2021). Os estudos apontam que quando os enfermeiros apresentam atitudes negativas diante da morte, eles têm dificuldade de adotar uma atitude positiva de cuidados ao fim da vida, e conseqüentemente, prejudica a qualidade da relação profissional-paciente (GUO; ZHENG, 2019; O'SHEA; MAGER, 2019; ZHANG *et al.*, 2020).

A assistência de Enfermagem frente à morte e ao morrer deve pautar-se em um cuidado que permeie as esferas do paciente e família (GURDOGAN; KINICI; AKSOY, 2019; NIA *et al.*, 2016). Enfermeiros que trabalham com pacientes terminais vivenciam de perto o fenômeno da morte, o que os torna conscientes de nossa própria mortalidade, e conseqüentemente pode gerar ansiedade e mal-estar (GUO; ZHENG, 2019; GURDOGAN; KINICI; AKSOY, 2019). Por isso, cuidar dessas pessoas é considerado uma das partes mais estressantes das responsabilidades da equipe de enfermagem. Então, as atitudes dos profissionais de enfermagem frente à morte devem ser estudadas também pelo impacto que representam no contexto pessoal, pelo impacto que tem na vida de quem assiste (CARDOSO *et al.*, 2021; GUO; ZHENG, 2019; GURDOGAN; KINICI; AKSOY, 2019; NIA *et al.*, 2016; WANG *et al.*, 2018).

É importante determinar sua ansiedade em relação à morte, uma vez que níveis baixos estão associados a atitudes positivas em relação ao cuidado de pacientes terminais e favorecerem uma comunicação eficaz com os pacientes terminais e seus familiares (ABAJAS-BUSTILLO *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2018).

Uma revisão sistemática avaliou os fatores que influenciaram as atitudes dos enfermeiros frente a morte e identificou que a experiência em relação ao morrer, o

conhecimento e educação para cuidados paliativos e processo de morte e morrer, as crenças religiosas e idade foram os que mais se destacaram. Os autores concluíram que uma introdução na grade curricular do tema de cuidados paliativos em enfermagem é necessária, tanto nos aspectos teóricos quanto com atividades práticas (JEONG *et al.*, 2020).

Múltiplos estudos têm sido conduzidos com a população de estudantes de enfermagem apontando tecnologias educacionais voltadas para ensino de cuidados em fim de vida e cuidados paliativos. Os autores assinalam que discutir a morte durante a graduação pode melhor preparar os acadêmicos para esta experiência tão frequente na área da saúde, assim como reduzir o estresse e a ansiedade diante de situações que fragilizam emocionalmente o cliente, seus familiares e, por vezes, os membros da equipe de enfermagem (ABAJAS-BUSTILLO *et al.*, 2020; ALONSO *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2018; ÖZVEREN; GÜLNAR; ÇALIŞKAN, 2020; RUIZ-PELLÓN *et al.*, 2020).

Em uma revisão sistemática sobre as experiências de estudantes de enfermagem que participaram de programas de formação sobre cuidados em fim de vida, os autores concluem que os alunos que participam de atividades pedagógicas relacionadas ao ensino do tema classificaram-nas como eficazes para o aprimoramento de suas habilidades de comunicação e de seu conhecimento sobre esse assunto. Além disso, pontua-se que para avançar os conhecimentos disponíveis sobre esta temática são necessárias mais pesquisas que deverão incidir na qualidade da aprendizagem, na avaliação da influência dela na prática clínica, bem como na avaliação desta formação nos alunos e seu impacto nos pacientes e familiares (RUIZ-PELLÓN *et al.*, 2020).

Entende-se que existe uma necessidade de formação para estudantes e profissionais quanto à tanatologia, incluindo grupos que favoreçam a troca de experiências, reflexões e discussões entre os profissionais como um elemento de suporte e fortalecedor ao trabalhador que vivencia essas situações diariamente. Visto que, como descrito anteriormente, essa formação impacta positivamente as atitudes frente à morte e deverá prepará-los para promoverem uma morte digna e humanizada de todos os que vivenciarem o processo de morrer sob seus cuidados.

## 4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para dar suporte às análises de evidência de validade da DAP-R utilizou-se como referencial metodológico a Psicometria (ramo da psicologia que se fundamenta na teoria da medida em ciências) (ANUNCIACÃO, 2018).

### 4.1 Psicometria

A Psicometria estuda fenômenos psicológicos utilizando os números como modelo representativo, podendo ser vista como uma ciência separada que faz interface com a matemática e a psicologia (ANUNCIACÃO, 2018). Assim, os instrumentos psicométricos avaliam (medem ou fazem uma estimativa) construtos (variáveis latentes) que não são observados diretamente, como por exemplo, altruísmo, ansiedade, otimismo, inteligência, entre outros (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; PASQUALI, 2009; PASQUALI, 2017).

Os valores de escores produzidos por instrumentos psicométricos servem para avaliação de modelo teóricos explicativos. Além disso, facilitam a avaliação e comunicação entre profissionais ao trazer dados padronizados e comparáveis e permitem a reprodutibilidade em pesquisa. Dessa maneira, aponta-se que as vantagens da quantificação psicológica corroboram para seu uso prático e teórico (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015).

É difícil definir o que significa medir, sendo mais complexo quando o objeto dessa medida não é diretamente observado (ANUNCIACÃO, 2018). Nesse sentido, não há consenso sobre qual a melhor maneira de medir fenômenos psicológicos. Entretanto, quando falamos da Psicometria moderna, ela apresenta duas vertentes: a Teoria Clássica do Testes (TCT) e a Teoria de Resposta ao Item (TRI). Ambas lidam com conceitos amplos, como validade, confiabilidade e usabilidade, e fornecem a orientação matemática para verificar as propriedades do teste, bem como a base epistemológica para abordar questões típicas que surgem na pesquisa psicométrica (ANUNCIACÃO, 2018; HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015).

A psicometria, de maneira geral, objetiva elucidar o significado que têm as respostas dadas pelos indivíduos a uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens. A TCT objetiva explicar o “resultado final total”, ou seja, o escore total da soma dos itens, nela os parâmetros envolvidos são os comportamentos (PASQUALI, 2009; 2010). A TRI investiga o traço latente, se preocupa com cada item do teste individualmente, buscando a probabilidade (e os fatores que a alteram) de cada item individualmente ser aceito ou rejeitado (em testes de preferência: personalidade, interesses, atitudes) ou de ser acertado ou errado (em testes de aptidão). Dessa

forma, a TCT tem interesse em produzir testes de qualidade, enquanto a TRI se interessa por produzir tarefas (itens) de qualidade (PASQUALI, 2009; 2010).

#### 4.1.1 Teoria Clássica dos Testes (TCT)

A TCT foi iniciada com os trabalhos de Charles Spearman e Louis Thurstone, sendo axiomatizada por Gulliksen (1950) e formalizada por Lord e Novick (1968) (PASQUALI, 2017). É considerada uma das primeiras tentativas formais de mensuração em psicologia, foca nos escores totais observados produzidos pelos instrumentos e no erro de medida que eles venham a apresentar (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; PASQUALI, 2017).

Assim, a TCT baseia-se no conceito de “*true score*”, seguindo o modelo matemático:

$$T = V + E$$

onde  $T$  são escores observados obtidos com o teste,  $V$  é o escore verdadeiro e  $E$  refere-se ao erro aleatório da medida.

A TCT busca estimar o erro aleatório contido nos escores observados a fim de conhecer o verdadeiro valor do teste (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015). Esses erros referem-se a uma gama de fatores como defeitos do próprio teste, estereótipos e vieses dos indivíduos, fatores históricos e ambientais aleatórios (ANUNCIAÇÃO, 2018; PASQUALI, 2009).

A TCT vai definir a qualidade dos testes psicológicos em termos de um critério, sendo este representado por comportamentos, realidades físicas, presentes ou futuros. Assim, tarefas do teste se definem em função de outros comportamentos (presentes ou futuros: o critério) que o teste pretende predizer (PASQUALI, 2010).

Entre as vantagens da TCT temos sua relativa simplicidade conceitual e a grande disponibilidade dos métodos em programas estatísticos. A fidedignidade, de fato, é uma das principais propriedades psicométricas de um teste, de modo que a TCT fornece definições que são úteis mesmo atualmente (PASQUALI, 2017). Entre as desvantagens temos que os resultados nesse modelo dependem do somatório do conjunto de itens que compõe o instrumento de medida, cujos valores globais dependem das características dos sujeitos e do grau de dificuldade do preenchimento dos itens de cada instrumento (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; PASQUALI, 2017). Nesse contexto, a TRI surge com a proposta de superar essas desvantagens.

#### 4.1.2 Teoria Resposta ao Item (TRI)

A TRI é constituída por diferentes modelos de construção de testes psicométricos. O objetivo principal é fornecer estimativas invariantes dos parâmetros dos itens e das atitudes dos sujeitos. Ela trata de estabelecer a relação entre os traços latentes e as respostas de cada item e para isso utiliza a função característica do item ou curva característica do item (CCI). A CCI trata-se de uma função matemática que relaciona a probabilidade de êxito em um item e a atitude para respondê-lo (PASQUALI, 2017).

Uma vantagem da TRI em relação a TCT consiste em que os modelos matemáticos que ela utiliza permitem desconfirmação. Na realidade, a demonstração da adequação do modelo aos dados (*model-data goodness-of-fit*) é um passo imprescindível dessa teoria (PASQUALI, 2009).

Nesse estudo, foram seguidos os preceitos da TCT aliados a análises de TRI. A psicometria contemporânea tem exigido a integração de múltiplas técnicas nas várias etapas da validação do instrumento (MIALHE et al., 2022), especialmente após a adoção do conceito de evidências de validade pela *American Educational Research Association (AERA)*, *American Psychological Association (APA)* e *National Council on Measurement in Education (NCME)* (AERA; APA; NCME, 1999, 2014).

#### 4.2 Os parâmetros dos Testes: Validade e Confiabilidade

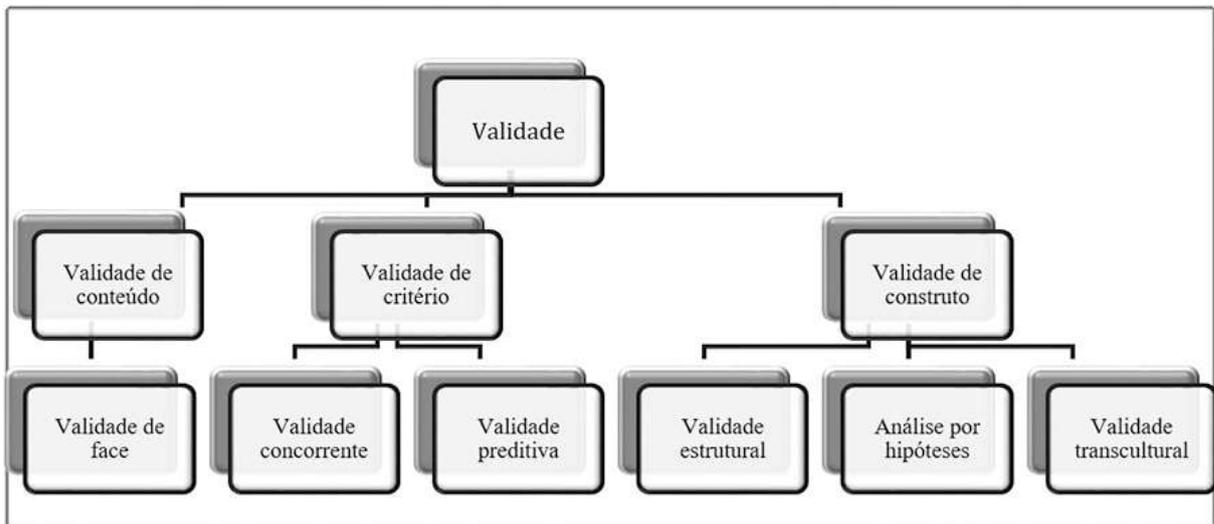
Autores apontam para um número crescente de escalas ou questionários de medida que avaliam características psicossociais e diversos desfechos em saúde. Entretanto, muitos não têm sido validados de maneira adequada e, ainda assim, estão disponíveis para uso em pesquisas, na prática clínica e na avaliação de saúde da população (ANUNCIACÃO, 2018; MOKKINK et al., 2016; SOUZA; ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017). Nesse sentido, os pesquisadores necessitam estar conscientes da importância e da necessidade de uma avaliação aprofundada das propriedades de medida das escalas de medida antes de utilizá-las, a fim de que os resultados apresentados sejam válidos (ANUNCIACÃO, 2018; MOKKINK et al., 2016; SOUZA; ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

O processo utilizado para verificar a performance do instrumento é denominado validação. A validade foi tradicionalmente definida como o grau no qual um instrumento mede o construto que ele se propõe a medir (ECHEVARRIA-GUANILO; GONCALVES; ROMANOSKI, 2019). Porém essa definição não é mais utilizada, sendo a validade atualmente

entendida pelo *Standards for Educational and Psychological Testing* como o grau em que as evidências empíricas e a teoria suportam as interpretações dos escores do teste para um propósito específico de uso (AERA; APA; NCME, 1999, 2014). Espera-se que os construtos descritos nos itens produzam medições úteis para a finalidade proposta, ou seja, analisa se os itens medem os atributos que se esperam. Também diz respeito ao que a escala avalia e se o faz de forma efetiva (ECHEVARRIA-GUANILO; GONCALVES; ROMANOSKI, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Dentro da estrutura tradicional, proposta por Cronbach e Meehl, em 1955, a validade pode ser dividida em conteúdo (*Content validity*), de critério (*Criterion validity*) e de construto (*Construct validity*) (Figura 2) (OLIVEIRA *et al.*, 2018; PASQUALI, 2009). A essa proposição, dá-se o nome de modelo tripartite, sendo esse o modelo mais utilizado para nortear o processo de validação de instrumentos adaptados na área de enfermagem no Brasil (ECHEVARRIA-GUANILO; GONCALVES; ROMANOSKI, 2019; SOUZA; ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

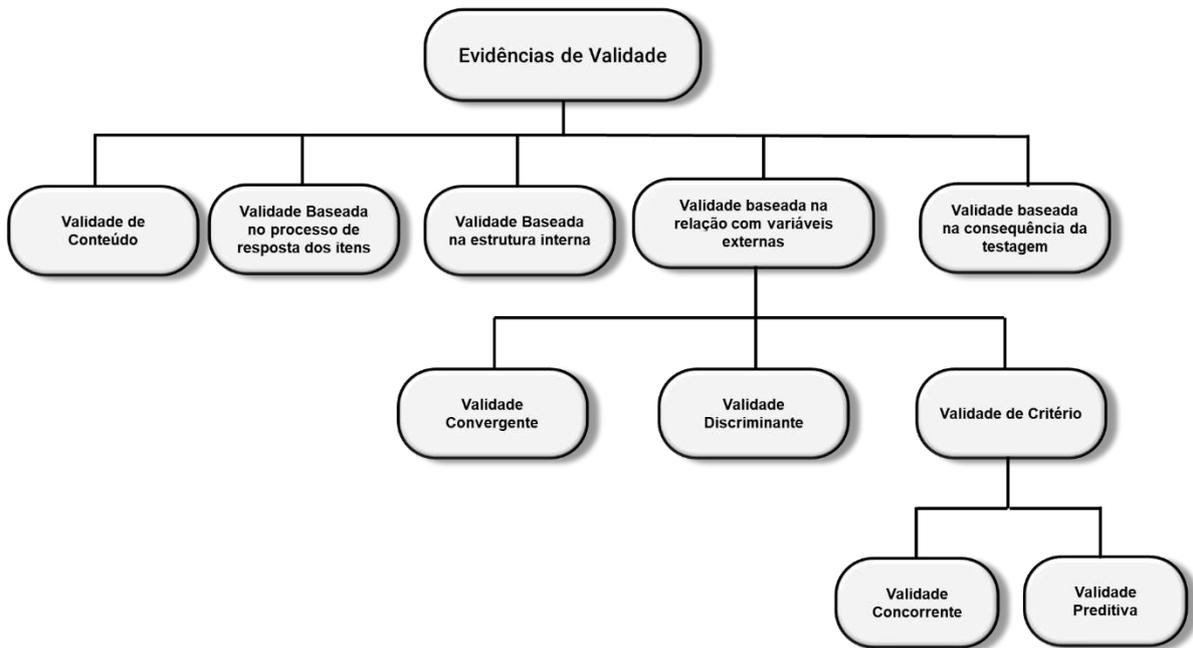
**Figura 1** – Taxonomia tradicional (modelo tripartite) das propriedades de medida para estudo da validade.



Fonte: ECHEVARRIA-GUANILO; GONCALVES; ROMANOSKI, 2019.

Numa perspectiva mais ampla e atual, o *Standards for Educational and Psychological Testing* (2014) traz as evidências de validade divididas em 5 itens: a) evidências baseadas no conteúdo, b) evidências baseadas na estrutura interna, c) evidências baseadas na relação com variáveis externas, d) evidências baseadas no processo de resposta e e) evidências baseadas na consequência da testagem (Figura 2) (DAMÁSIO; BORSA, 2017).

**Figura 2** – Taxonomia atual das evidências de validade do *Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA; APA; NCME, 2014).



Fonte: Elaborado pela autora, baseado no *Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA; APA; NCME, 2014).

Nesta definição, que endossada pelo *Standards for Educational and Psychological Testing*, a validade de um teste psicológico é entendida como o grau em que todas as evidências acumuladas corroboraram a interpretação pretendida dos escores de um teste, nesse sentido a validade é propriedade dos escores e não do teste em si. Assim, as interpretações propostas para os escores deste teste devem encontrar respaldo em evidências científicas sólidas. Sendo importante frisar que a validade de um teste não é um parâmetro dicotômico (tem validade – não tem validade) mas, sim, um contínuo que depende da quantidade e da qualidade das evidências que a suportam (DAMÁSIO; BORSA, 2017).

A validade de conteúdo é considerada a propriedade de medição mais importante. A seguir, em ordem de relevância, considera-se a estrutura interna de um instrumento. Estrutura interna refere-se a como os diferentes itens em um instrumento de medição de resultados estão relacionados, o que é importante saber para decidir como esses aspectos podem ser combinados em uma escala ou subescala (MOKKINK *et al.*, 2010; PRINSEN *et al.*, 2018).

Avaliar a estrutura interna do instrumento é relevante para medidas de resultados que são baseadas em um modelo reflexivo. Nesse modelo, o construto se manifesta nos aspectos, ou seja, os itens ou tarefas são um reflexo do construto a ser medido. Por outro lado, no modelo

formativo, os aspectos dentro de uma medida de resultado não devem ser correlacionados (MOKKINK *et al.*, 2016; PRINSEN *et al.*, 2018).

A validade baseada na estrutura interna parte da premissa que a estrutura empírica do instrumento reflete a estrutura teórica do construto. Assim essa validade, se baseia no grau em que a evidência sobre o escore de uma medida em relação a outras variáveis sustenta a inferência de que o construto foi bem representado (ANUNCIACÃO, 2018; ECHEVARRIA-GUANILO; GONCALVES; ROMANOSKI, 2019; PASQUALI, 2009; POLIT; BECK, 2019; PRINSEN *et al.*, 2018). As evidências baseadas na estrutura interna podem ser obtidas considerando três aspectos básicos: estrutura fatorial do instrumento, invariância da medida e confiabilidade (também denominada de fidedignidade ou consistência interna) (DAMÁSIO; BORSA, 2017).

A estrutura fatorial do instrumento refere-se à dimensionalidade dele, medida em que a estrutura de uma escala, as interrelações entre os itens, suporta a estrutura teoricamente proposta do construto (DAMÁSIO; BORSA, 2017). A técnica de Análise Fatorial (AF) é mais utilizada para avaliar a dimensionalidade do construto e postula que uma quantidade menor de traços latentes (variáveis- fonte) é suficiente para explicar um número maior de variáveis observadas (LAROS, 2012; PASQUALI, 2017). Assim, a AF é um dos procedimentos psicométricos mais frequentemente utilizados tanto na construção, quanto na revisão e avaliação de instrumentos psicológicos (ECHEVARRIA-GUANILO; GONCALVES; ROMANOSKI, 2019; LAROS, 2012; PASQUALI, 2017; SOUZA; ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

As equações resultantes da AF podem ser interpretadas como agrupamentos de itens, os quais são representados em uma ou mais dimensões. É especialmente útil quando aplicada a escalas que apresentam muitos itens utilizados para medir personalidade, estilos de comportamento ou atitudes (LAROS, 2012; PASQUALI, 2017).

Uma outra utilidade é na verificação da unidimensionalidade, (todos os itens de um instrumento medem um único construto) um pressuposto central da Teoria de Resposta ao Item (TRI). Se o instrumento é multidimensional, ou seja, mede mais do que um fator, um escore total individual deve ser calculado para cada fator e todas as análises estatísticas subsequentes devem ser feitas independentemente para cada dimensão (LAROS, 2012; PASQUALI, 2017; SOUZA; ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

Na AF temos o princípio da parcimônia, o qual refere-se a que muitas variáveis observadas podem ser explicadas por uma quantidade menor de variáveis hipotéticas, não-observadas, chamadas de fatores (DAMÁSIO, 2012). Assim, o fator pode ser definido como uma combinação linear das variáveis originais, mantendo a representatividade de suas

características. Neste contexto, a AF é vista como um dos métodos psicométricos mais poderosos para reduzir a complexidade de uma grande quantidade de variáveis a uma estrutura relativamente simples (HAIR *et al.*, 2009; LAROS, 2012).

As técnicas fatoriais são conformadas em duas perspectivas distintas: a exploratória (análise fatorial exploratória – AFE) e a confirmatória (análise fatorial confirmatória – AFC) (DAMÁSIO, 2012). A AFE refere-se à identificação de fatores potenciais contidos no instrumento, assim, os dados observados determinam o modelo fatorial subjacente a posteriori (raciocínio indutivo para inferir um modelo a partir dos dados observados) de forma que não requer conhecimento prévio sobre a estrutura do instrumento. O objetivo principal é o de gerar hipóteses a serem testadas em estudos planejados para esse fim (DAMÁSIO, 2012; ECHEVARRIA-GUANILO; GONCALVES; ROMANOSKI, 2019; MATOS; RODRIGUES, 2019).

Na análise exploratória não existe influência do pesquisador predeterminando uma estrutura. Identifica-se, a partir da análise empírica dos dados o número de componentes, entretanto, em algumas situações, temos ideias sobre a estrutura dos dados, a partir de algum referencial teórico e/ou pesquisas anteriores. Nesses casos, temos a expectativa de que a AF desempenhe uma função confirmatória (MATOS; RODRIGUES, 2019).

A AFC parte de um modelo fatorial a priori (raciocínio dedutivo para fazer hipóteses de uma estrutura antecipadamente), pois refere-se ao teste das hipóteses geradas por análises exploratórias, sendo essencial que a pesquisa seja dirigida pela teoria e/ou investigações anteriores. Uma importante aplicabilidade da AFC é na confirmação de que os fatores e/ou a estrutura interna de um instrumento de medida não teve sua estrutura correlacional entre os itens modificada pela adaptação do instrumento para outros idiomas e culturas diferentes do original (MATOS; RODRIGUES, 2019).

Entre as formas de se avaliar a adequação de uma estrutura fatorial temos: agrupamentos dos itens de acordo com o que se espera teoricamente, uso dos índices de adequação de ajuste e a verificação de medidas de confiabilidade (DAMÁSIO, 2012). Dessa maneira, dentro da validade baseada na estrutura interna, comumente se avalia a confiabilidade da medida, por meio de técnicas de consistência interna. A confiabilidade investiga se o padrão de resposta aos itens é preciso, com poucos erros de medida. Para isso, verifica-se a estabilidade dos testes em aplicações realizadas em tempos diferentes (DAMÁSIO; BORSA, 2017).

A TCT entende a confiabilidade como uma condição necessária, mas não suficiente para a validade (ANUNCIACÃO, 2018; PASQUALI, 2017). Em menor grau com o que ocorre para a validade, esse conceito também tem vários significados. Refere-se a pelo menos dois

conceitos diferentes, que são a consistência interna e a estabilidade (DAMÁSIO; BORSA, 2017).

Cabe destaque que a confiabilidade não é uma propriedade da medida fixa, ela varia de acordo com o contexto e o público-alvo de aplicação do teste. A consistência interna também é conhecida como homogeneidade de itens e tenta verificar se todos os itens de um teste produzem resultados consistentes. Ela pode ser avaliada para a totalidade dos itens quando se refere a uma escala unidimensional ou para as subescalas quando relativo a um instrumento multidimensional (ANUNCIACÃO, 2018; ECHEVARRIA-GUANILO; GONCALVES; ROMANOSKI, 2017).

Os testes de duas metades (*split-half*) ou bipartição, o Kuder-Richardson e o coeficiente alpha de Cronbach são os meios mais comuns de calcular a consistência interna de um instrumento (DAMÁSIO; BORSA, 2017). O alfa de Cronbach é o mais comumente utilizado para medir a consistência interna de um instrumento. Ele tem se mostrado muito resistente ao passar do tempo, apesar de suas limitações: seus valores dependem do número de itens da escala, assume equivalência de *tau* (ou seja, todos os fatores carregamentos são iguais ou a mesma pontuação verdadeira para todos os itens de teste), não é robusto contra dados ausentes e trata os itens como dados contínuos e normalmente distribuídos (ANUNCIACÃO, 2018; ECHEVARRIA-GUANILO; GONCALVES; ROMANOSKI, 2017; HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015).

Uma das alternativas de avaliação da consistência interna e que leva em consideração a importância do item através das cargas fatoriais é a Confiabilidade Composta (CC). Por essa razão a CC tem sido apresentada como um indicador de precisão mais robusto, quando comparado ao coeficiente *alpha* (VALENTINI; DAMÁSIO, 2016).

A confiabilidade não é um conceito unitário, por isso diversos métodos foram desenvolvidos para sua avaliação (ANUNCIACÃO, 2018). A parte da confiabilidade referente a Estabilidade temporal ou reprodutibilidade corresponde ao grau em que resultados similares são obtidos em dois momentos distintos, ou seja, é a estimativa da consistência das repetições das medidas (ANUNCIACÃO, 2018; SOUZA; ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

Sua avaliação pode ser feita com o método do Teste-reteste (medidas consecutivas do mesmo grupo de participantes como um determinado tempo entre as observações), interobservador (diferentes observadores em uma mesma população, em um mesmo período ou momento) ou, mais raramente, pela medida intraobservador (medida do mesmo observador em duas ocasiões distintas). O coeficiente de correlação intraclass (*intraclass correlation coefficient*, ICC) é um dos testes mais utilizados para estimar a estabilidade de variáveis

contínuas, pois leva em consideração os erros de medida (ECHEVARRIA-GUANILO; GONCALVES; ROMANOSKI, 2017; SOUZA; ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

Um instrumento apresenta evidências de validade baseadas com medidas externas quando as associações do seu escore, com os escores de outros instrumentos, são encontradas na direção e magnitude teóricas ou empiricamente esperadas (DAMÁSIO; BORSA, 2017). Segundo os critérios da AERA, APA e NCME (2014), as evidências de validade baseada nas relações com medidas externas podem ser categorizadas como: validade convergente, validade discriminante e validade de critério.

A validade convergente (*Convergent validity*) é realizada a partir de teste de correlação que indica a extensão pela qual a escala se relaciona positivamente com outras medidas de construtos afins; a validade discriminante ou divergente (*Discriminant validity*), testa a hipótese de que a medida em questão não está relacionada indevidamente com construtos diferentes, ou seja, com variáveis das quais deveria divergir (ECHEVARRIA-GUANILO; GONCALVES; ROMANOSKI, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2018; PASQUALI, 2017).

A validade relacionada ao critério refere-se ao quanto os escores de medida são um bom reflexo de um critério “padrão ouro” (*Gold Standard*) alheio ao teste e considerado uma medida ideal do construto. Assim, trata-se do grau de eficácia que ele tem de predizer um desempenho específico de um indivíduo. É formada pela validade concorrente ou simultânea, quando o critério é contemporâneo, e preditiva ou de predição, quando ele se situa no futuro. Dessa forma, deve-se verificar se a medida investigada possui relação com padrões externos, comprovadamente validados, que avaliam o mesmo construto (PASQUALI, 2017; POLIT; BECK, 2019; SOUZA; ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

Usualmente, a validade de critério é calculada a partir de Coeficientes de correlação, sendo desejados valores superiores a 0,70. Também podem ser utilizados: Teste de Regressão Múltipla, principalmente para a identificação de validade preditiva; Teste de sensibilidade e especificidade e por meio do Teste t de *Student* ou da área abaixo da curva *receiver operating characteristic* (ROC) (ECHEVARRIA-GUANILO; GONCALVES; ROMANOSKI, 2019).

A desvantagem da validade de critério é que as medidas “padrão-ouro” muitas vezes não existem ou não são fáceis de se estabelecer, assim outras vias de validação devem ser buscadas. A avaliação dessa propriedade psicométrica se restringe quase que somente à realização de estudos de versões abreviadas dos instrumentos, empregando a versão original como uma medida *Gold Standard* (ECHEVARRIA-GUANILO; GONCALVES; ROMANOSKI, 2019; POLIT; BECK, 2019; SOUZA; ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

## 5 ATITUDES FRENTE À MORTE E ESCALAS DE MENSURAÇÃO: REVISÃO SISTEMÁTICA

As atitudes se relacionam à maneira como os indivíduos se posicionam em relação a determinado tema e implicam uma dimensão avaliativa que variam de um extremo positivo a um extremo negativo dos objetos presentes no mundo social, abrangendo pessoas, grupos, comportamentos etc. (FERREIRA, 2010). O estudo dessa temática tem interessado particularmente a investigadores de diversas áreas por se julgar que as atitudes estão na base de comportamentos ou ações específicas, ou seja, por se pensar que as atitudes constituem poderosos componentes no processo de tomada de decisão em várias áreas (CONNER; LOERZEL; UDDIN, 2014; WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2017).

Em 2003, Neimeyer, Moser e Wittkowski produziram uma revisão de literatura com o objetivo de fornecer visões gerais de ferramentas de medição de atitudes frente à morte e o morrer. Eles apontaram uma variedade de medidas existentes e suas melhorias no rigor metodológico ao longo do tempo, sendo apresentados os seguintes instrumentos: *Templer's Death Anxiety Scale* (1970), *The Revised Death Anxiety Scale* (1982), *Collett-Lester Fear of Death Scale* (CL-DODS) (1969), *Threat Index* (1974; 1994), *Multidimensional Fear of Death Scale* (MFDS) (1979), *Death Depression Scale* (1990), *Fear of Personal Death Scale* (1983), todos esses baseados numa abordagem unidimensional e negativa da atitude frente a morte. Mas também trouxe duas escalas de abordagem multidimensional o *Death Attitude Profile-Revised* (DAP-R) (1987, 1994), e o *Multidimensional Orientation toward Dying and Death Inventory* (MODDI-F) (2001).

O MFSD foi adaptado para o Brasil por Kovács (2008) e recebeu o nome de Escala Multidimensional para Medir o Medo da Morte (EMMM), sendo composto de 42 itens, divididos em oito dimensões. O MODDI-F, publicado originalmente no ano de 2001 em alemão, também foi adaptado à realidade brasileira por Olivas, Silva e Santos (2012). Essa escala avalia as reações e atitudes das pessoas em relação ao medo da morte e do morrer, contendo uma subescala sobre Aceitação do momento da própria morte e da própria morte. São 47 itens, divididos em oito domínios, com pontuação mínima de 47 pontos e o escore máximo, correspondente a 188 pontos (OLIVAS; SILVA; SANTOS, 2012).

Além dessas, encontrou-se a adaptação transcultural da Escala de Medo da Morte de Collett-Lester (CL-DODS), escala constituída por 28 itens agrupados em quatro subescalas e baseada na premissa de que o medo da morte seja um conceito multidimensional com várias causas possíveis, que podem levar uma pessoa a reagir de forma diferente à ideia da morte como

um estado e/ou como um processo (OLIVEIRA JÚNIOR *et al.*, 2018). Cabe destaque que não foram encontrados estudos contendo os aspectos de validade desses instrumentos na realidade brasileira. Porém, a CL-DODS está em processo de validação, de acordo com os autores que conduziram a adaptação.

Em 1993, o questionário *Templer's Death Anxiety Scale* (1970) foi traduzido e validado, para melhor adaptar-se à realidade brasileira, sendo chamado de Escala Templer de Ansiedade Perante a Morte. É um questionário que se propõe a medir o nível de ansiedade da morte. A escala é do tipo *Likert*, com 7 posições, sendo 1 = discordo totalmente e 7 = concordo totalmente, composta por 15 itens. Em 2010, ele foi validado em uma amostra de estudantes de psicologia, enfermagem e medicina, apresentando alfa de Cronbach de 0,80 (AQUINO *et al.*, 2010; DONAVAN, 1993).

Groebe e colaboradores (2018) desenvolveram uma revisão sistemática em busca de analisar as medidas disponíveis voltadas às atitudes frente ao processo de morrer, com foco para o contexto clínico e aplicado. Foram descritos 37 questionários desenvolvidos para investigar atitudes em relação a várias questões de fim de vida, sendo que desses 10 se dispunham a avaliar atitudes em um sentido mais amplo, enfocando as crenças sobre morrer ou aceitação da morte à parte da ansiedade e do medo da morte.

Os autores destacam que, entre todos os instrumentos avaliados, apenas o MODDI-F, o *German questionnaire* de Klug e o DAP-R possibilitaram uma investigação multidimensional das atitudes, incluindo itens sobre o componente emocional e cognitivo da atitude, em particular a atitude de aceitação em relação ao processo de morte e morrer. Eles afirmam que aceitar a morte como parte natural da vida está positivamente associado ao bem-estar e, portanto, pode servir como recurso pessoal para profissionais, pacientes e familiares em contextos aplicados (GROEBE *et al.*, 2018).

Com o objetivo de analisar metodologicamente os estudos que avaliaram as propriedades psicométricas (validade, confiabilidade e responsividade) de instrumentos utilizados para mensurar as atitudes frente à morte na população específica de profissionais e estudantes de enfermagem foi desenvolvida uma revisão sistemática.

A metodologia e as diretrizes do COSMIN (*CO*nensus-based *S*tandards for the *S*election of *h*ealth *M*easurement *I*nstruments) são usadas para avaliar criticamente, resumir e comparar as propriedades de medição de todos os instrumentos incluídos neste estudo (MOKKINK *et al.*, 2018; PRINSEN *et al.*, 2018). O protocolo do estudo foi registrado no *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO) sob o número CRD42020156220 (MACHADO *et al.*, 2020).

Para a elaboração da pergunta do estudo seguiu-se a estratégia adotada nas diretrizes COSMIN para revisão sistemática de instrumentos de mensuração (Quadro 2). Sendo assim, a pergunta de pesquisa foi: Qual a qualidade metodológica das escalas que avaliam atitudes frente à morte em profissionais/estudantes de enfermagem?

**Quadro 2** – Estratificação da pergunta de pesquisa seguindo as recomendações COSMIN. Teresina (PI), 2020.

<b>Estrutura da Pergunta</b>	<b>Definição (termos utilizados)</b>
(1) the constructo (Construto)	Atitudes frente a morte (Attitude to Death; Attitude Measures; Death)
(2) the population (População -alvo)	Enfermagem (Nursing; Nurses; Licensed Practical Nurses)
(3) the type of instrument(s) (Tipo de instrumento)	Escalas avaliação (Surveys and Questionnaires; Questionnaires; Instrument; Scales)
(4) the measurement properties of Interest (Propriedades Psicométricas)	Validation Studies; Psychometric properties <i>Cosmin Validation Filter</i>

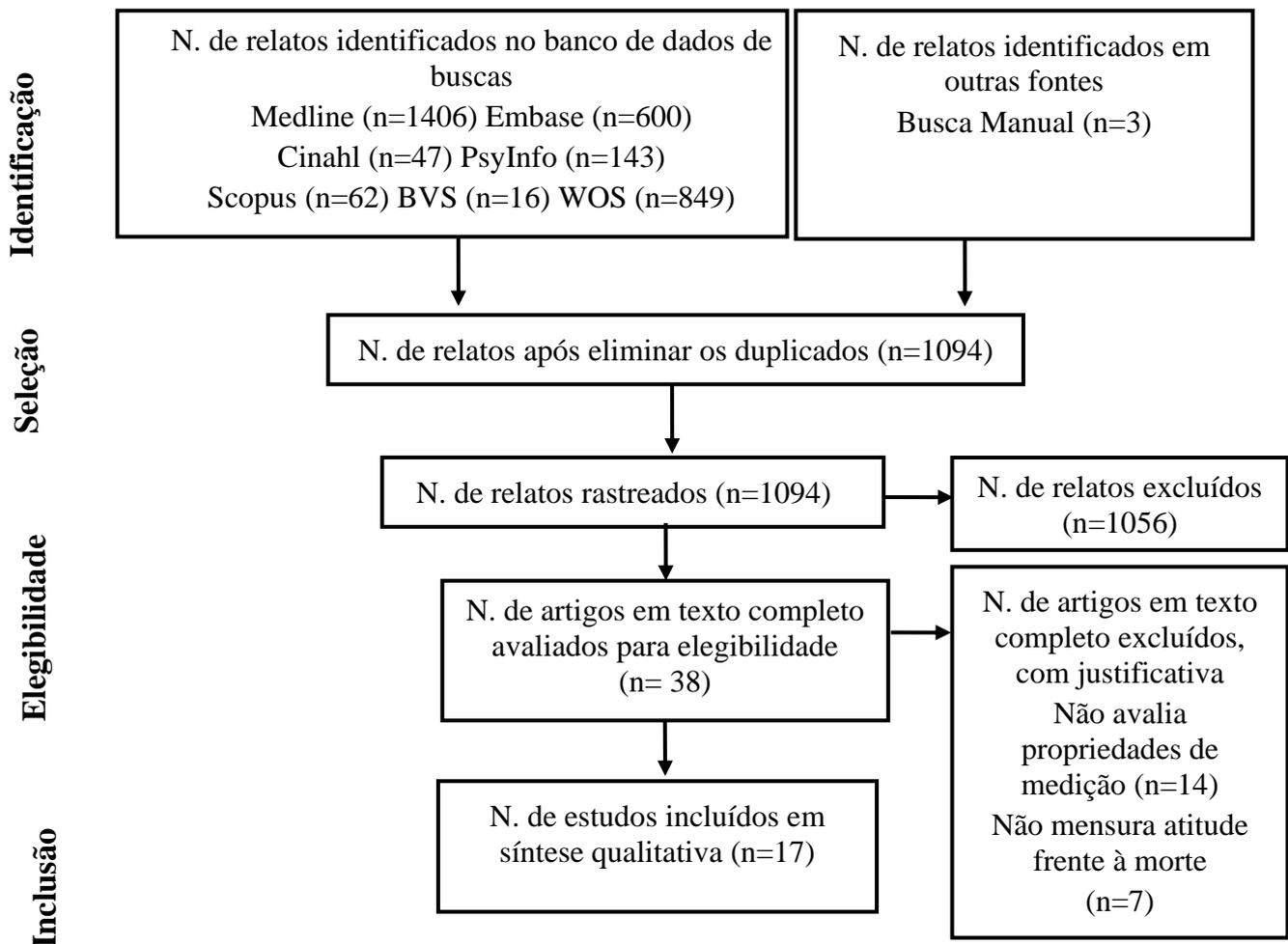
Fonte: Elaborado pela autora.

A busca foi realizada em 11 de agosto de 2020, por acesso *online* as bases MEDLINE-PUBMED (*U.S.A National Library of Medicine*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECs (*Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud*) e BDNF (Bases de dados em Enfermagem) via Biblioteca Virtual em Saúde, Embase e Scopus (via Elsevier), PsycINFO (*American Psychological Association-APA*), *Web of Science (Science and Social Science Citation Index)* e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health-EBSCO*).

Os critérios de elegibilidade foram estudos originais, publicados em inglês, português ou espanhol, sem delimitação de ano de publicação que tratassem da avaliação de uma ou mais propriedades de medição (validade, confiabilidade e/ou responsividade) de instrumentos sobre atitudes frente à morte em profissionais/estudantes da enfermagem. Além desses, artigos com o objetivo de avaliar a interpretabilidade (por exemplo, distribuição de escores, escores de mudança para subgrupos relevantes) foram incluídos. Artigos simplesmente usando o instrumento, sem o objetivo específico de avaliar as propriedades das medidas, e os que foram validados para uma população diferente foram excluídos.

Para auxiliar na seleção dos artigos, foi utilizado o software Rayyan QCRI. O processo de seleção, análise e síntese dos artigos foi realizado independentemente por duas pessoas e os casos em desacordo foram resolvidos por consenso ou decisão de um terceiro pesquisador (AML), para uma melhor precisão dos dados e clarificação da discussão.

**Figura 3** – Fluxograma COSMIN de seleção dos estudos encontrados. Teresina, PI, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pela autora.

Foram encontrados 10 instrumentos com propriedades psicométricas validadas para o público-alvo de enfermagem (Quadro 3). Entretanto, cabe destaque que muitos outros instrumentos foram identificados nesta busca sendo utilizados com essa população sem um estudo da validade e da confiabilidade específico, o que é alvo de críticas pela comunidade acadêmica. Esses estudos não foram incluídos nos resultados. O único instrumento identificado que apresenta uma avaliação multidimensional da morte e com propriedades validadas em diferentes países e contextos culturais é o DAP-R.

**Quadro 3** – Características dos instrumentos de mensuração de atitudes frente a morte na enfermagem. Teresina (PI), Brasil, 2020.

(continua)

<b>Instrumento* (referência ao primeiro artigo)</b>	<b>Construto(s)</b>	<b>(Sub)escala (s) (número de itens)</b>	<b>Opções de resposta</b>	<b>Faixa de pontuações/ pontuação</b>	<b>Língua original</b>	<b>Traduções</b>
Collett-Lester Fear of Death Scale  CL-FODS	Medo da morte	28 itens, agrupados em quatro subescalas com sete itens cada uma : Medo da própria morte, Medo do processo da própria morte, Medo da morte de outras pessoas e Medo do processo de morrer de outras pessoas.	Formato Likert de 5 pontos ancorado da seguinte forma: 1 (nada) e 5 (muito)	A pontuação total em cada subescala pode variar de 7 a 35, com maiores pontuações denotando maior ansiedade de morte ou morte	Inglês Collett e Lester, (1969); Lester (1990, 1994); Versão revisada Lester e Abdel- Khalek(2003)	Espanhol - Thomas- Sábado; Limonero e Abdel-Khalek (2006) Irã Dadfar e Lester (2016) Chile Venegas, Alvarado Barriga ( 2011)
Coping with Death Scale  CDS	<i>Coping</i> (lidar) com a morte	30 itens relativos a diversos aspectos do lidar com a morte, em dois fatores, um referente ao coping com a própria morte e, o outro, ao coping com a morte dos outros	Likert com sete possibilidades de resposta (1 corresponde a discordo totalmente e 7 corresponde a concordo totalmente).	Pontuação final é conseguida através da inversão do valor dos itens 13 e 24 para posteriormente serem somadas às pontuações dos restantes (máximo 210 e a mínima é de 30)	Inglês Bugen, (1980-81)	Português (Portugal) Camarneiro e Gomes (2015)  Espanha e Argentina ( <i>Short- version</i> ) Galiana <i>et al.</i> (2019)
Death Anxiety Inventory  DAI	Ansiedade com relação à morte	20 itens	Formato Likert de 5 pontos variando de 0 (discordância total) a 5 (acordo total).	A possível pontuação total pode variar de 0 a 100 com pontuações mais altas representando níveis mais elevados de ansiedade de morte.	Espanhol Tomás- Sábado e Gomez- Benito, 2005	-

<b>Instrumento* (referência ao primeiro artigo)</b>	<b>Construto(s)</b>	<b>(Sub)escala (s) (número de itens)</b>	<b>Opções de resposta</b>	<b>Faixa de pontuações/ pontuação</b>	<b>Língua original</b>	<b>Traduções</b>
Death Attitude Profile – Revised DAP-R	Perspectiva existencial sobre a morte	Medo da Morte (7 itens), Evitar de Morte (5 itens), Aceitação como Transcendência (10 itens), Aceitação de Escape (5 itens) e Aceitação Natural (5 itens).	Escala likert de 7 pontos de 1 (discordo fortemente) a 7 (concordo fortemente)	Para cada subescala, uma pontuação de escala média foi calculada dividindo a subescala total pontuação pelo número de itens que o formam.	Inglês Canadense Wong, Reker e Gesser (1994)	Grécia Bellali et al. (2018) Chinês (Tang et al, 2014) Turquia (Cevik; Kav, 2013) Portugal Loureiro (2010) Irã (Iranmanesh, Savenstedt, Abbaszadeh, 2008) EUA (Clements, Rooda, 1999-2000)
Death Concern Scale DCS	Contemplação consciente da realidade da morte combinada com uma avaliação negativa	30 itens divididos em duas partes.	Itens de 1 a 11 estão relacionados a pensar sobre a morte e são respondidas como nunca (1), raramente (2), às vezes (3) e muitas vezes (4) Itens de 12 a 30 estão associados ao medo ou ansiedade sobre morte e são respondidas como concorda fortemente concordo um pouco, discordo um pouco, e discordar fortemente	Pontuações totais para os 30 itens podem variar de 30 a 120 e são categorizados como baixa (30-67), média (68-80) ou pontuação alta (81-120).	Inglês Dickstein (1972)	Irã (Dadfar e Lester, 2018)
Death Depression Scale DDS	Depressão sobre a morte	21 itens	Escala likert de 5 pontos que varia de 1 (nenhum) a 5 (muito) ou em um formato binominal (verdadeiro = 1, falso= 0)	O intervalo de pontuação (domínio) varia de 21 a 105, onde uma pontuação mais alta indica alta depressão	Inglês Templer, Lavoie, Chalgujian e Thomas-Dobson (1990)	Árabe (Abdel-Khalek, 1997, 1998) Espanhol (Tomás-Sábado, e Gómez-Benito, 2003) Persa

<b>Instrumento* (referência ao primeiro artigo)</b>	<b>Construto(s)</b>	<b>(Sub)escala (s) (número de itens)</b>	<b>Opções de resposta</b>	<b>Faixa de pontuações/ pontuação</b>	<b>Língua original</b>	<b>Traduções</b>
						Rajabi, Begdeli e Naderi (2015)
Death Distress Scale- Farsi  DDS- F	Angústia em relação a morte	9 itens em 3 fatores: ansiedade pela morte (1, 2 e 3), depressão pela morte (4, 5 e 6) e obsessão pela morte (7, 8 e 9)	Escala likert de 5 pontos que varia de 1 (nenhum) a 5 (muito) ou em um formato binominal (verdadeiro = 1, falso= 0	Quanto maior a pontuação, maior o valor de <i>Death distress</i> .	Farsi (Irã) Dadfar; Lester (2020)	-
Death Obsession Scale  DOS	Obsessão pela morte	15 itens	É respondido em uma escala de classificação do tipo Likert de cinco pontos que varia de Não, Um pouco, Uma quantidade média, Muito e MUITÍSSIMO.	A pontuação total pode variar de 15–75, pontuações mais altas indicam maior obsessão com a morte	Árabe (Egito) Abdel-Khalek, 1998	Inglês Abdel-Khalek, 2000 Farsi (Irã) Dadfar, Abdel-Khalek, Lester (2018)
Reasons for Death Fear Scale  RDFS	Medo da Morte	18 itens: Fator 1 Medo da Dor e do Castigo. Fator 2 Medo de Perder Envolvimentos no Mundo. Fator 3 Transgressões e falhas religiosas. Fator 4 Separação de seus entes queridos.	Escala de Likert de cinco pontos: (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) neutro, (4) concordo e (5) concordo totalmente.	A pontuação varia de 18 a 90 pontos	Árabe e Inglês Abdel-Khalek (2002)	Farsi (Irã) Dadfar, Abdel-Khalek, Lester (2017)
Templer's Death Anxiety Scale  DAS	A ansiedade de morte	15 itens.	Escala de verdadeiro ou falso ou Likert (1= discordo fortemente a 5= concordo fortemente).	15-35 = baixa ansiedade de morte; 36-55= moderada Ansiedade e 56-75 = alta ansiedade de morte.	Inglês Templer (1970) Templer et al. (2006)	Espanhol (Espanha) (Tomáz-Sabado e Gómez-Benito, 2005) Filipino (Lester, Castromayo, 1993) Árabe

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

As escalas de atitudes são construídas com uma compreensão de que características, traços ou habilidades psicológicas podem ser investigadas de maneira sistemática, e podem ser expressas de forma numérica para o conceito estudado. Ferramentas de medição de atitudes em relação ao processo de morrer têm o potencial de identificar os recursos e vulnerabilidades de uma pessoa para encontrar uma forma adequada de fornecer suporte. Uma vantagem do uso de escalas padronizadas é a forma estruturada de interpretar as respostas, o que permite a pesquisa em grandes populações e a comparação de resultados entre os grupos (ANUNCIACÃO, 2018; CONNER; LOERZEL; UDDIN, 2014; GROEBE *et al.*, 2018).

A análise da literatura mostra que as atitudes frente à morte são um construto complexo, multidimensional, entretanto muitos estudos focam somente em ansiedade e medo da morte. Existem muitas ferramentas para medir as atitudes em relação ao processo de morte usando diferentes *endpoints* e a escolha do uso da ferramenta deve ser feita considerando o contexto clínico que se pretende investigar (GROEBE *et al.*, 2018).

## 6 MÉTODO

### 6.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico, descritivo, exploratório com abordagem de análise quantitativa para testagem das propriedades psicométricas do DAP-R no Brasil. Os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da avaliação e da validação de instrumentos e métodos de pesquisa (DAMÁSIO; BORSA, 2017). Tendo em vista as crescentes demandas por avaliações sólidas e confiáveis de resultados, testes rigorosos para obtenção de dados têm incrementado o interesse pela pesquisa metodológica entre enfermeiros pesquisadores (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Vale ressaltar que a permissão para adaptar e validar o DAP-R para uso no Brasil foi obtida dos autores originais da escala por correio eletrônico (ANEXO A). Além disso, a adaptação transcultural, a validade de face e a validade de conteúdo do DAP-R foram realizadas em estudo anterior obtendo resultados satisfatórios que permitem afirmar que o instrumento obteve adequada adaptação ao contexto nacional. Inclusive, apresentou confiabilidade considerada alta ( $\alpha=0,892$ ) pelos dados preliminares de consistência interna mensurados pelo alfa de Cronbach com os 40 participantes no pré-teste (MACHADO *et al.*, 2019).

A análise psicométrica utilizou referencial metodológico específico e avaliou os seguintes aspectos: validade baseada na estrutura interna, validade baseada nas relações com medidas externas e a confiabilidade da escala (DAMÁSIO; BORSA, 2017). As evidências para esse tipo de validação são adquiridas mediante análises estatísticas das construções teóricas sobre a relação entre as variáveis a serem medidas (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

### 6.2 População e Amostra

Para verificação das propriedades psicométricas, a literatura preconiza que seja utilizada uma amostra grande. Assim, autores indicam que dificilmente conseguimos realizar uma AF com uma amostra menor do que 50 observações, sugerindo que, de preferência, o tamanho deve ser maior ou igual a 100 (HAIR *et al.*, 2009).

Para Pasquali (2012), técnicas estatísticas como a Análise Fatorial fazem exigências grandes dos dados visto que eles precisam produzir variância suficiente para que a análise seja consistente, assim, sugere que são necessárias pelo menos 200 observações. Nunes e Primi

(2005) demarcam um mínimo necessário de 500 respondentes para que os cálculos relativos à validade de estrutura interna sejam aceitáveis. Diante do exposto, a amostra para essa etapa foi de 696 profissionais e estudantes da enfermagem, maiores de 18 anos, selecionados por amostragem não-probabilística utilizando a técnica da Bola de neve virtual.

Quanto à amostra para repetição da aplicação do instrumento para cálculo da confiabilidade teste-reteste, um número de 50 sujeitos é considerado adequado (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Nesse sentido, durante a primeira coleta de dados foi solicitado o fornecimento voluntário dos e-mails de contato dos participantes, e enviado o convite para essa segunda etapa a todos os respondentes. Ao final obtivemos retorno de 147 pessoas, número que constituiu a amostra dessa segunda etapa.

### **6.3 Procedimento para coleta de dados**

Com a versão da DAP-R adaptada e validada de conteúdo, foi elaborado um formulário online mantendo o design (APENDICE A) e utilizando o *Google Forms*. No mesmo link foi abrigado também o formulário de coleta de dados, contendo questões referentes a dados sociodemográficos e sobre a formação acadêmica, experiência pessoal e assistencial voltada para as temáticas de cuidados paliativos e tanatologia (APENDICE B), além da Escala de Ansiedade de Morte de Templer (ANEXO B) para realização da validade de critério.

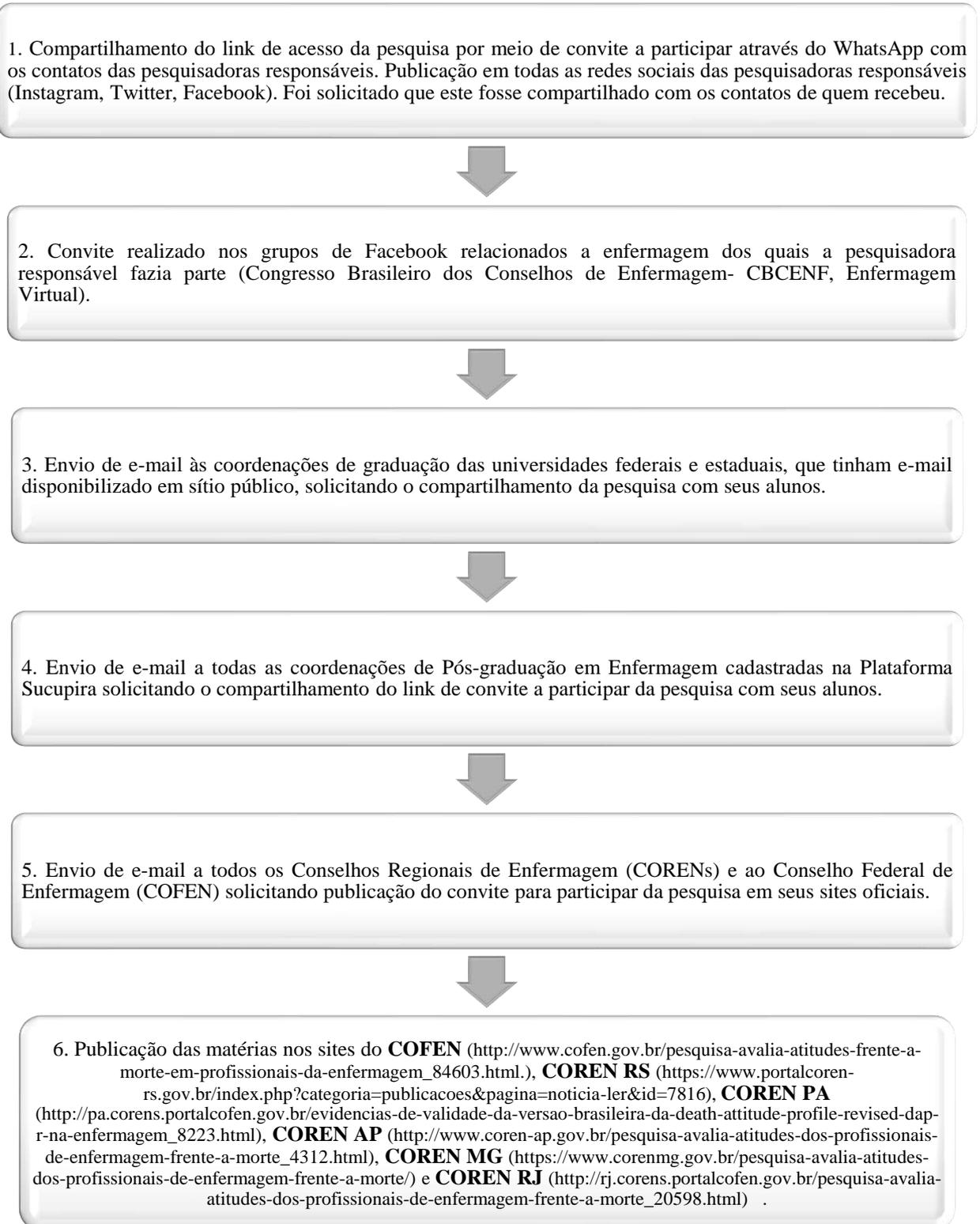
Os instrumentos ficaram disponíveis on-line para preenchimento durante oito meses (janeiro a agosto de 2021). A divulgação do endereço eletrônico foi realizada por meio de redes sociais (em páginas específicas que estejam relacionadas com a Enfermagem), assim como foi enviado via whatsapp/e-mail para a rede de contatos (profissionais e estudantes de enfermagem) das pesquisadoras, sendo solicitado para que fosse compartilhado com os contatos (profissionais e estudantes de enfermagem) de quem o recebeu (Figura 4).

O método de levantamento de dados Bola de Neve Virtual inicia-se pelo envio/apresentação do link de acesso ao questionário eletrônico, por meio de alguma rede social virtual. Esse método corresponde à estratégia viral, uma vez que, no corpo da mensagem, além da apresentação da pesquisa, há um pedido para que esta seja compartilhada com a rede de contatos de quem o recebeu/visualizou. Entre as vantagens do método está a rápida divulgação e a extrapolação de fronteiras geográficas (COSTA, 2018).

Com um intervalo de 10 a 14 dias após a primeira aplicação do questionário, os participantes receberam um e-mail convidando a responder novamente a escala para que fossem realizados os cálculos correspondentes ao teste-reteste, conforme recomenda a literatura

(SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Nessa fase obtivemos retorno de 147 respondentes.

**Figura 4** – Fluxograma de divulgação da Pesquisa. Teresina, PI, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

#### 6.4 Procedimentos de Análise dos dados

Os dados obtidos foram exportados do *Google Forms* em planilhas eletrônicas do aplicativo *Google Docs*, a seguir foram codificados para elaboração de um dicionário de dados. Uma vez corrigidos os erros, os dados foram exportados e analisados no SPSS (*Statistical Package for Social Science*) para estatísticas uni e bivariadas e no *software Factor10.10.03* (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2017) para a análise fatorial exploratória.

Na análise dos dados sociodemográficos e de formação dos participantes, assim como os escores da subescalas do DAP-R foram utilizadas medidas de tendência central (frequência, média, porcentagem, máximo e mínimo) e medidas de dispersão (desvio-padrão).

A normalidade dos dados foi avaliada por meio dos testes *Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk*. O pressuposto de homogeneidade de variância foi avaliado por meio do teste de Levene. Foram realizados procedimentos de *bootstrapping* (1000 re-amostragens; 95% Intervalo de Confiança BCa – *Bias Corrected accelerated*) para se obter uma maior confiabilidade dos resultados, corrigir desvios de normalidade da distribuição da amostra e diferenças entre os tamanhos dos grupos e, também, para apresentar um intervalo de confiança de 95% para os dados (GORETZKO; BÜHNER, 2021; HAUKOOS; LEWIS, 2005).

Assim, para associação entre os escores da DAP-R e as variáveis sociodemográficas, econômicas e de formação dos participantes foram realizados teste *t* de Student para amostras independentes e análise de variância de uma via (ANOVA-*One Way*). Com a homogeneidade da variância foi realizada a avaliação post-hoc pelo teste de Hochberg's GT2, utilizado quando número de participantes por grupo é discrepante. Considerando a heterogeneidade de variância, foi solicitada a correção de Welch e avaliação de post-hoc por meio da técnica de Games-Howell (FIELD, 2018).

O tamanho do efeito foi avaliado pelo *d* de Cohen e do *eta squared*. Valores de *d* de Cohen <0,20 são considerados irrisórios, entre 0,21 e 0,39 pequenos, efeito médio entre 0,40 e 0,79 e um grande efeito quando supera o valor de 0,80. Para o *eta squared* valores menores que 0,01 são representativos de um efeito pequeno, até 0,06 médio e maiores que 0,14 um grande efeito (COHEN, 1992). Para todos os testes estatísticos utilizados, foi considerado nível de significância 95% e valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significativos.

A validade baseada na estrutura interna foi mensurada por meio da avaliação da Validade Estrutural (Dimensionalidade) e do Teste de Hipóteses (agrupamento dos itens de acordo com o que é esperado teoricamente). A validade baseada nas relações com medidas externas foi calculada mediante Validade Convergente. Na análise de Confiabilidade da escala

foi realizada a verificação da consistência interna por meio do Alfa de Cronbach e da Confiabilidade Composta, e a estabilidade por meio do teste-reteste.

#### 6.4.1 Validade Baseada na Estrutura Interna

Na versão original do DAP-R, os autores utilizaram Análise dos Componentes Principais (ACP) como uma forma de Análise Fatorial Exploratória (AFE), sendo essa a técnica utilizada nos estudos de validação das versões portuguesa, americana e chinesa (CLEMENTES; ROODA, 2000; HO *et al.*, 2010; LOUREIRO, 2010; WONG; REKER; GESSER, 1994).

A AFE e a ACP são duas técnicas significativamente diferentes que são usadas indiscriminadamente na psicologia. Ambas têm por objetivo reduzir um determinado número de itens a um menor número de variáveis, mas a AFE gera fatores (utiliza apenas a variância comum) e a ACP gera componentes (utiliza a variância comum e a específica) (DAMÁSIO, 2012; LLORET-SEGURA *et al.*, 2014). Nesse sentido, o uso da ACP tende a apresentar itens com cargas fatoriais e comunalidades mais elevadas, e taxas de variância explicada infladas, quando comparadas a AFE, não sendo indicado seu uso na condução da validade baseada na estrutura interna (DAMÁSIO, 2012).

A AFE possui pressupostos que precisam ser atendidos para que ela seja executada. Os dados devem apresentar normalidade (multivariada), linearidade e a matriz de dados precisa ter correlações suficientes para justificar a aplicação da análise fatorial. Para atender a este pressuposto, utiliza-se a matriz de correlação, o teste de esfericidade de Bartlett e a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (HAIR *et al.*, 2009; MATOS, RODRIGUES, 2019).

Na matriz de correlação entre os itens, as correlações existentes precisam ser  $\geq 0,30$ . O teste de esfericidade de Bartlett (*Bartlett Test of Sphericity* - BTS) deve ser estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ), pois ele fornece um indicador de que a matriz de correlação tem associações significantes entre as variáveis e que elas podem representar conjuntamente um ou mais traços latentes (DAMÁSIO, 2012). A medida KMO, que varia entre 0 e 1, representa a proporção da variância das variáveis que pode ser explicada pelos fatores ou traços latentes. Quanto mais próximo esse valor estiver de 1, mais adequados os dados estão para se ajustar à AF, valores abaixo de 0,50 são inaceitáveis. Com relação aos valores individuais do KMO em cada variável, deve-se eliminar as variáveis as quais estejam com valores abaixo de 0,50, começando pela menor, até que todas estejam acima de 0,5 (HAIR *et al.*, 2009; MATOS; RODRIGUES, 2019).

Após a verificação dos pressupostos, como primeira etapa, foram seguidos os passos para execução da análise fatorial exploratória: determinação do número de fatores, extração da saturação dos dados, rotação e interpretação dos fatores. O método utilizado para AFE foi a Análise Paralela Robusta por meio da *Optimal implementation of Parallel Analysis* com a *Minimum rank factor analysis*, que minimiza a variância comum dos resíduos. A PA foi realizada com permutação aleatória dos dados observados (500 matrizes) e correlação policórica (TIMMERMAN; LORENZO-SEVA, 2011). O método de estimação foi *Robust Diagonally Weighted Least Squares -RDWLS*, utilizado com variáveis ordinais, e a rotação dos dados utilizada foi a *Robust Promin* (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2019).

A Análise Paralela consiste na construção aleatória de um conjunto hipotético de matrizes de correlação de variáveis, utilizando como base a mesma dimensionalidade (o mesmo número  $p$  de variáveis e o mesmo número  $n$  de sujeitos) do conjunto de dados reais, sendo um procedimento estatístico de simulação Monte-Carlo. A matriz hipotética é fatorada centenas ou milhares de vezes (dependendo da robustez adotada pelo pesquisador), e a média dos *eigenvalues* oriunda desta simulação é calculada (DAMÁSIO, 2012).

Os valores dos *eigenvalues* dos dados reais são comparados (pareados) com os *eigenvalues* aleatórios. O número de fatores nos dados reais a ser retido refere-se àqueles que apresentam *eigenvalue*  $> 1$  e que apresentam valor maior do que o respectivo *eigenvalue* obtido por meio dos dados aleatórios. Para aumentar a acurácia do método, deve-se considerar o intervalo de confiança de 95% obtido nos *eigenvalues* aleatórios (DAMÁSIO, 2012).

A correlação policórica é recomendada quando as distribuições univariadas de itens ordinais são assimétricas ou com excesso de curtose. Se ambos os índices forem inferiores a um em valor absoluto, a correlação de Pearson seria a recomendada (DAMÁSIO; BORSA, 2017).

Em relação aos parâmetros de qualidade dos instrumentos, a variância explicada do instrumento deve ficar por volta de 60% (HAIR *et al.*, 2009). As cargas fatoriais iniciais de 0,30 são recomendadas quando a amostra tem ao menos de 300 indivíduos (HAIR *et al.*, 2009). Porém, preferencialmente o modelo deve buscar cargas fatoriais acima de 0,50 e comunalidades acima de 0,40 (SELLBOM; TELLEGEN, 2019). A manutenção ou retirada de um item do modelo dependeu da magnitude das cargas fatoriais e das comunalidades (MATOS; RODRIGUES, 2019).

As medidas para verificar a adequação geral do modelo utilizadas foram teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ); *Minimum Discrepancy per Degree of Freedom* (CMIN/DF), *Comparative Fit Index* (CFI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) e *Tucker-Lewis index* (TLI)

(HAIR et al., 2009; JANSEN et al., 2019). Na análise de qualidade do ajuste dos dados aos fatores propostos, foram considerados suficientes ao menos três indicadores de adequação com valores superiores aos de suas referências (HAIR et al., 2009).

-  $\chi^2$  - deve apresentar nível de significância maior que 0,05. Esse foi o primeiro índice de ajuste desenvolvido, quase sempre ele rejeita os modelos ( $p < 0,05$ ) porque seus valores são inflados com amostras maiores que 100 sujeitos (DAMÁSIO; BORSA, 2017; BROWN, 2014). Como solução alternativa, incluímos o CMIN/DF.

- CMIN / DF - é a razão  $\chi^2$ /graus de liberdade, valores entre 1 e 3 indicam um modelo de bom ajuste.

- RMSEA - Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação – avalia quão bem o modelo proposto se adequa na amostra, é baseado no qui-quadrado. Valores abaixo de 0,06 indicam um bom ajuste, enquanto valores abaixo de 0,08 representam um ajuste razoável do modelo, com intervalo de confiança superior não atingindo 0,10 (DAMÁSIO; BORSA, 2017; BROWN, 2014).

- CFI - Índice de Ajuste Comparativo, compara o modelo atual com o modelo nulo (assume que todas as variáveis/itens observados não são correlacionados). Esse índice varia entre 0 e 1, com valores altos indicando melhor ajuste. CFI acima de 0,90 indicam um aceitável ajuste e aqueles acima de 0,95 indicam um excelente ajuste do modelo (BROWN, 2014).

- TLI - o índice de Tucker-Lewis, também conhecido como *Non Normed Fit Index* (NNFI) é similar ao CFI, mas adiciona uma penalidade para modelos mais complexos, deve ofertar valores  $> 0,90$  ou preferencialmente  $> 0,95$  (DAMÁSIO; BORSA, 2017; BROWN, 2014).

Avaliou-se a possibilidade de unidimensionalidade da escala. Um valor de UniCo (Unidimensional Congruence) maior que 0,95 sugere que os dados podem ser tratados como essencialmente unidimensionais. Um valor de ECV (*Explained Common Variance* - Variância Comum Explicada) maior que 0,85 e um valor de MIREAL (*Mean of Item RESidual Absolute Loadings* - Média das Cargas Absolutas do Item RESidual) inferior a 0,300 sugerem que os dados refletem uma estrutura unidimensional (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2018). Neste estudo, espera-se que os valores indiquem a multidimensionalidade da escala.

A estabilidade dos fatores foi avaliada por meio do índice  $H$  (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2018). O índice  $H$  avalia quão bem um conjunto de itens representa um fator comum e seus valores variam de 0 a 1. Valores altos de  $H$  ( $> 0,80$ ) sugerem uma variável latente bem definida, que é mais provável que seja estável em diferentes estudos. Valores baixos de  $H$

sugerem uma variável latente mal definida, e provavelmente instável entre diferentes estudos (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2018).

As medidas de importância de Pratt foram calculadas. De acordo com Wu e Zumbo (2017), elas indicam as proporções da variação em cada item observado que são atribuíveis aos fatores. Quanto mais próximo a 1, mais o fator explica o item.

Utilizou-se a Teoria de Resposta ao Item para avaliar os parâmetros de discriminação e os *thresholds* dos itens. Adotou-se o índice de discriminação do item ( $a$ ) que mede a força de associação entre o item e a variável latente. Esse índice indica o quanto um item consegue separar grupos de indivíduos a partir do nível de traço latente. Ele tem interpretação similar às cargas fatoriais da análise fatorial exploratória (CAMILLI; FOX, 2015), sendo que valores abaixo de 0,65 são considerados com baixo poder de discriminação; entre 0,65 e 1,34, discriminação moderada; entre 1,35 e 1,69, alta discriminação; e acima de 1,70, discriminação muito alta (BAKER, 2001).

Por fim, o ponto de transição entre duas categorias de resposta, denominado limiar de resposta (*threshold*), foi avaliado utilizando a parametrização de Reckase (RECKASE, 1985). Os *thresholds* representam a probabilidade de resposta de cada item, sendo entendidos como valores de nível de traço latente para que um sujeito mude de uma categoria a outra na escala *likert* de resposta (BAKER, 2001).

#### 6.4.2 Consistência Interna

A Consistência interna foi avaliada por meio do cálculo do Alfa de Cronbach e do cálculo de Confiabilidade Composta. O Alfa de Cronbach é a medida mais comum utilizada quando se refere a escalas do tipo Likert, como é o caso da DAP-R. Ele avalia o grau em que os itens de uma matriz de dados estão correlacionados entre si (DAMÁSIO, 2012).

À medida que o coeficiente alfa aumenta, a correlação média entre os itens aumenta também, sendo que valores médios de correlação superiores a 0,30 são considerados adequados e, portanto, satisfazem a avaliação da confiabilidade. Cabe destaque apontar que essa medida se refere à unidimensionalidade de um instrumento, sendo assim, em escalas com múltiplas dimensões, o alfa de Cronbach deve ser calculado separadamente para cada domínio (ANUNCIAÇÃO, 2018; HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; SOUZA; ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

O índice obtido pelo Alfa de Cronbach apresenta coeficientes cujos valores variam entre 0 e 1, sendo aceitos como desejáveis valores acima de 0,70 (SOUZA; ALEXANDRE,

GUIRARDELLO, 2017). George e Mallery (2003) sugerem que  $\alpha > 0,90$  = excelente;  $\alpha > 0,80$  = bom;  $\alpha > 0,70$  = aceitável;  $\alpha > 0,60$  = questionável;  $\alpha > 0,50$  = pobre e  $\alpha < 0,50$  = inaceitável.

Apesar da ampla utilização do alfa de Cronbach como um índice de confiabilidade fatorial, ele apresenta algumas limitações importantes. O alfa de Cronbach baseia-se no pressuposto de ‘*tau-equivalence*’ (equivalência-t), o qual afirma que todos os itens retidos no fator apresentam uma correlação linear entre si, e que a covariância entre os itens é a mesma para todos os pares de variáveis, divergindo entre si apenas pela constante. Dessa maneira, baseia-se na premissa de que todos os itens retidos apresentam a mesma ‘importância’ para o fator (DAMÁSIO, 2012). Entretanto, sabemos que os itens apresentam cargas fatoriais distintas entre si.

Devido, em parte, a essa limitação, cada vez mais é incentivada a utilização de outros métodos de avaliação de consistência interna, tais como a Confiabilidade Composta. Nessa medida as cargas ou pesos fatoriais dos itens são passíveis de variação, diferente do coeficiente alpha, onde as cargas dos itens são fixadas para serem iguais. Nesse sentido, a Confiabilidade Composta tende a apresentar indicadores mais robustos de precisão (VALENTINI; DAMÁSIO, 2016).

A literatura aponta que um ponto de corte único e fixo para confiabilidade composta não parece justificável devido à sua variabilidade em função do número de itens do instrumento e das cargas fatoriais. Estudo de simulação apresentou que no modelo para 30 itens, o valor de Confiabilidade composta de 0,70 é alcançado com média de cargas fatoriais de aproximadamente 0,30 (VALENTINI; DAMÁSIO, 2016). Hair *et al.* (2009) apontam que valores de 0,7 ou mais sugerem um bom ajuste para a estimativa de confiabilidade, e que valores entre 0,6 e 0,7 podem ser aceitos desde que outros indicadores de validade de construto do modelo sejam bons. Elevada confiabilidade de construto indica a existência de consistência interna, o que significa que todas as medidas consistentemente representam o mesmo construto latente (VALENTINI; DAMÁSIO, 2016).

Para avaliar a qualidade e a efetividade da estimativa dos fatores, foram utilizados o *Factor Determinacy Index* (FDI), apontando para uma estimativa adequada valores maiores do 0,90, o *Orion marginal reliability* ( $>0,80$ ), *sensibility ratio* (SR $>2$ ) e *Expected percentage of true differences* (EPTD  $>90\%$ ). O FDI, índice de determinação do fator, é a correlação entre as estimativas de pontuação dos fatores e os níveis dos fatores latentes que eles estimam. A SR, taxa de sensibilidade, pode ser interpretada como o número de níveis de fatores distintos que podem ser diferenciados com base nas estimativas de pontuação dos fatores. A EPTD, porcentagem esperada de diferenças verdadeiras, é a porcentagem estimada de diferenças entre

as estimativas de pontuação de fator observadas que estão na mesma direção que as diferenças verdadeiras correspondentes (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2018).

#### 6.4.3 Validade baseada nas relações com medidas externas

Também foi realizada a validação convergente por meio da correlação entre os escores dos domínios da DAP-R e os escores da Templer's Death Anxiety Scale (DAS) (Escala de Ansiedade de Morte de Templer), conforme feito nos estudos de Wong, Reker e Gesser (1994) e Ho *et al.* (2010).

A DAS é um questionário que se propõe a medir o nível de ansiedade da morte. A escala é do tipo Likert, com 5 posições, sendo 1 = discordo totalmente e 5 = concordo totalmente, composta por 15 itens e possui consistência interna de  $\alpha = 0,77$ . Na validação para o Brasil constatou-se a adequação de realizar uma análise fatorial no conjunto dos 15 itens. As faixas de pontuação variam entre 15-75, sendo: 15-35 = baixa ansiedade de morte; 36-55 = moderada ansiedade e 56-75 = alta ansiedade de morte. Assim, quanto maior a pontuação mais alta a ansiedade de morte (AQUINO *et al.*, 2010; DONAVAN, 1993).

Espera-se que os escores da DAS estejam correlacionados positivamente (Validade Convergente Positiva) com “Medo da morte” e negativamente (Validade Convergente Negativa) com “Aceitação natural”. Além disso, serão examinadas as correlações entre as dimensões da DAP-R. Espera-se que a dimensão “Aceitação com Transcendência” se correlacione positivamente com a dimensão “Aceitação como fuga” e negativamente às dimensões “Medo da morte” e “Evitar a morte”. Enquanto “Aceitação Natural” se correlacione negativamente com “Medo da morte”.

Assim, a validade convergente foi calculada por meio dos coeficientes de correlação de *Spearman*, pois os dados dos escores das dimensões não tiveram distribuição normal. Existem diferentes pontos de corte sugeridos para classificação dos coeficientes de correlação linear nas análises de validade convergente, sendo que nesta pesquisa foram utilizados: muito baixa [0,0 a 0,25], baixa [0,26 a 0,49], moderada [0,50 a 0,69], alta [0,70 a 0,89] e muito alta [0,90 a 1,0]. Avaliando os valores absolutos das correlações, pode-se dizer que quanto maior o valor da correlação entre as medidas analisadas, maior será a indicação de validade convergente (ECHEVARRIA-GUANILO; GONCALVES; ROMANOSKI, 2019).

#### 6.4.4 Confiabilidade teste-reteste

Para determinar a estabilidade temporal da DAP-R foi realizada nova coleta de dados com 147 participantes, entre 10 e 14 dias após a primeira aplicação, de forma a se realizar a confiabilidade teste-reteste. Foi utilizada como medida estatística o Coeficiente de Correlação Intraclasse (*Intraclass Correlation Coefficient*, ICC) porque considera os erros de medida, sendo preferível aos coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Foram considerados satisfatórios valores classificados como substanciais (entre 0,60 e 0,80) e como quase perfeitos (entre 0,80 e 1,00) (BROWN, 2014).

### 6.5 Aspectos Éticos e legais

O estudo seguiu as recomendações da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, a qual estabelece as normas para as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012). Assim, inicialmente o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, obtendo parecer de aprovação nº4.462.378. Para envio ao CEP foram anexadas a Carta de encaminhamento de projeto de pesquisa (APÊNDICE C) e a Declaração da pesquisadora (APÊNDICE D).

Após parecer favorável do CEP, os formulários online foram distribuídos solicitando-se o consentimento para participação voluntária nessa pesquisa. Destaca-se que a participação na pesquisa não trouxe nenhum risco de ordem física, mas poderia trazer risco de ordem psicológica em razão de algum item da escala, visto que enfoca uma temática ainda considerada tabu pela nossa sociedade, além disso existe o risco de constrangimentos perante pessoas e instituições se a identidade do participante vier a público, em caso de vazão do seu e-mail por hacker/vírus ao responder o Google Docs. Contudo, foram garantidos e afiançados o sigilo e o anonimato necessários para evitar tais situações. Após lerem todos os esclarecimentos online, havendo consentimento em participar da pesquisa, de forma voluntária, solicitou-se a assinatura virtual dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE E).

Foi esclarecido aos participantes que o ato de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, não traria nenhuma penalidade, nem acarretaria qualquer prejuízo. Como também foi explicado sobre o sigilo das informações obtidas por meio da pesquisa (APÊNDICE F).

## 7 RESULTADOS

Esta seção apresenta os resultados das análises de evidências de validade da DAP-R em estudantes e profissionais da enfermagem das cinco regiões do Brasil.

### 7.1 Caracterização dos participantes do estudo.

Participaram da validação das propriedades métricas da DAP-R 696 respondentes das cinco regiões do país selecionados por conveniência. A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos e de caracterização econômica desses sujeitos.

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica e econômica dos profissionais e estudantes de enfermagem (n=696). Teresina, PI, Brasil, 2021.

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>	<b>BCa IC 95%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	590 (84,8)	82,2 – 87,4
Masculino	106 (15,2)	12,9 – 17,7
<b>Idade (anos)</b>		
18 a 29	318 (45,7)	41,7 – 49,4
30 a 59	363 (52,2)	48,6 – 56,3
≥60 anos	15 (2,2)	1,1 – 3,3
Média ± Desvio Padrão	32,71 ± 0,42	(31,89 – 33,54)
Mediana (intervalo interquartil)	31 (14)	
Mín-Max	18 – 68	
<b>Região</b>		
Centro-oeste	26 (3,7)	2,4 – 5,0
Norte	6 (0,9)	0,3 – 1,6
Nordeste	572 (82,2)	79,6 – 84,6
Sudeste	69 (9,9)	7,9 – 12,1
Sul	23 (3,3)	2,2 – 4,6
<b>Renda Familiar</b>		
até 1 salário-mínimo	115 (16,5)	14,2 – 19,1
até 2 salários-mínimos	109 (15,7)	13,1 – 18,1
até 3 salários-mínimos	104 (14,9)	12,4 – 17,7
até 4 salários-mínimos	76 (10,9)	8,8 – 12,9
> 4 salários-mínimos	292 (42,0)	38,5 – 45,4
<b>Estado Civil</b>		
solteiro(a)	371 (53,3)	49,3 – 56,6
casado(a)/união estável	283 (40,7)	37,2 – 44,4
separado(a)/divorciado(a)	36 (5,2)	3,7 – 6,9
viúvo(a)	6 (0,9)	0,3 – 1,6

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>	<b>BCa IC 95%</b>
<b>Religião</b>		
Católica	390 (56,0)	52,4 – 59,6
Protestante/ Evangélica	154 (22,1)	19,0 – 25,3
Espírita	65 (9,3)	7,3 – 11,3
Sem religião	72 (10,3)	8,6 – 12,4
Outras/ Deísta	15 (2,2)	1,2 – 3,3

\* BCa IC = *Bias Corrected accelerated* (Ajuste corrigido e acelerado) do intervalo de confiança para proporção de 95%; \*\*1 Salário-Mínimo= 1100 reais.

Fonte: Elaborado pela autora.

A amostra se caracteriza por ser predominantemente de mulheres (84,8%), adultos (52,2%) e nordestinos (82,2%). Em relação à renda familiar líquida, 292 (42,0%) relatam possuir renda maior que 4 salários-mínimos e 115 (16,5%) de até um salário-mínimo. As religiões de origem cristã foram as que mais se destacaram computando 78,1% dos respondentes, com destaque também para os que afirmaram não possuir religião (10,3%).

Na Tabela 2 são elencados os dados de formação acadêmica e profissional dos participantes. A maioria dos respondentes foram profissionais enfermeiros (64,5%). Entre os estudantes de Ensino Superior, 57% estavam nos dois últimos anos de graduação, o que corresponde a 82 dos 144 sujeitos respondentes. Entre os 50 estudantes do curso técnico, a maioria (74%) estava em seu segundo ano de formação.

**Tabela 2** – Dados de formação acadêmica e profissional dos estudantes e profissionais de enfermagem (n=696). Teresina, PI, Brasil, 2021.

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>	<b>BCa IC 95%</b>
<b>Categoria na Enfermagem</b>		
Enfermeiro(a)	450 (64,5)	61,2 – 67,8
Técnico em Enfermagem	52 (7,5)	5,6 – 9,3
Estudante de Graduação	144 (20,7)	18,1 – 23,7
Estudante do Curso Técnico	50 (7,2)	5,5 – 9,1
<b>Ano do Curso (Estudantes de Graduação n= 144)</b>		
Primeiro	13 (9,0)	4,2 – 14,6
Segundo	22 (15,3)	11,1 – 19,4
Terceiro	27 (18,8)	11,1 – 27,1
Quarto	59 (41,0)	32,6 – 49,3
Quinto	23 (16,0)	12,5 – 20,1
<b>Ano do Curso (Estudantes do Curso técnico n=50)</b>		
Primeiro	13 (26,0)	13,1 – 40,1
Segundo	37 (74,0)	59,6 – 80,9

Variáveis	n (%)	BCa IC 95%
<b>Região onde estudou/estuda</b>		
Centro-oeste	16 (2,3)	1,4 – 3,3
Norte	5 (0,7)	0,1 – 1,4
Nordeste	578 (83,0)	80,3 – 85,5
Sudeste	76 (10,9)	8,8 – 13,4
Sul	21 (3,0)	1,9 – 4,3
<b>Cursou/Cursa alguma disciplina de cuidados paliativos?</b>		
Sim	248 (35,6)	32,3 – 38,9
Não	448 (64,4)	60,6 – 68,0
<b>Cursou/Cursa alguma disciplina de tanatologia?</b>		
Sim	113 (16,2)	13,9 – 18,5
Não	583 (83,8)	80,9 – 86,5
<b>Cursos que enfocasse cuidados paliativos?</b>		
Sim	348 (50,0)	46,1 – 53,6
Não	348 (50,0)	46,4 – 53,9
<b>Cursos que enfocasse tanatologia?</b>		
Sim	149 (21,4)	18,4 – 24,3
Não	547 (78,6)	75,6 – 81,6
<b>Projeto de Pesquisa ou Extensão que envolvesse cuidados paliativos?</b>		
Sim	83 (11,9)	9,6 – 14,4
Não	613 (88,1)	85,6 – 90,4
<b>Projeto de Pesquisa ou Extensão que envolvesse tanatologia?</b>		
Sim	26 (3,7)	2,6 – 4,9
Não	670 (96,3)	94,8 – 97,7
<b>Prestou cuidados a algum paciente terminal?</b>		
Sim	491 (70,5)	67,4 – 73,7
Não	205 (29,5)	26,1 – 32,9
<b>Algum paciente sob seus cuidados faleceu?</b>		
Sim	458 (65,8)	62,4 – 68,8
Não	238 (34,2)	30,5 – 38,2
<b>Presenciou ou realizou cuidados com o corpo após a morte?</b>		
Sim	426 (61,2)	57,6 – 64,6
Não	270 (38,8)	35,2 – 42,8

\* BCa IC = *Bias Corrected accelerated* (Ajuste corrigido e acelerado) do intervalo de confiança para proporção de 95%

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que os participantes tiveram pouco contato teórico com aspectos relacionados a tanatologia e cuidados paliativos. A maioria dos participantes, 448 (64,4%), não teve contato com o tema de cuidados paliativos por meio de disciplinas e, 613 (88,1%), nem de projetos de extensão ou pesquisa. Todavia, metade da amostra já fez algum curso na temática. A formação a respeito de tanatologia é ainda mais limitada, uma vez que 583 (83,8%) não

cursaram disciplina, 670 (96,3%) negaram ter participado de algum projeto de pesquisa ou extensão e 547 (78,6) não participaram de nenhum curso.

Por outro lado, no tocante aos tópicos relacionados com vivências práticas de cuidados a pacientes em processo de morte e morrer, identifica-se que os percentuais se invertem no sentido do “Sim”. Mais da metade (70,5%) já prestou cuidados a algum paciente em fase terminal, 65,8% tiveram ao menos um paciente que faleceu sob seus cuidados e 61,2% presenciaram ou realizaram cuidados com o corpo pós-morte.

## 7.2 Distribuição das respostas aos itens

Os 696 participantes responderam aos 32 itens da DAP-R utilizando a escala de concordância *likert* de 7 pontos, sendo o 1 – discordo totalmente e o 7- concordo totalmente. Como todos os itens foram respondidos, não houve perdas nesta etapa.

A tabela 3 apresenta a estatística descritiva univariada das respostas à escala DAP-R. Observa-se que os itens 14 (A morte é um aspecto natural da vida.), 24 (A morte é simplesmente parte do processo da vida.) e 6 (A morte deveria ser vista como um evento natural, inegável e inevitável.) foram os que obtiveram maior nível de concordância, todos com média superior a 6. Já os itens 5 (A morte trará um fim a todos os meus problemas.), 20 (O tema da vida após a morte me incomoda muito.) e 31 (Espero ansioso pela vida após a morte.) pontuaram com os índices mais baixos, indicando maior discordância.

**Tabela 3** – Estatística descritiva univariada das respostas aos itens da DAP-R dos estudantes e profissionais de enfermagem (n=696). Teresina, PI, Brasil, 2021.

DAP-R	Média	IC	Variância	Skewness	Kurtosis
1. A morte é sem dúvida uma experiência desagradável.	4,983	(4,79 - 5,17)	3,885	- 0,584	- 1,000
2. A expectativa da minha própria morte desperta ansiedade em mim.	4,384	(4,18 - 4,59)	4,369	- 0,306	-1,287
3. Evito pensamentos sobre a morte a todo custo.	4,034	(3,83 - 4,24)	4,404	-0,071	-1,396
4. Acredito que vou para o céu depois que eu morrer.	4,614	(4,44 - 4,78)	3,053	-0,477	-0,527
5. A morte trará um fim a todos os meus problemas.	2,828	(2,63 - 3,02)	4,074	0,759	-0,787
6. A morte deveria ser vista como um evento natural, inegável e inevitável.	6,050	(5,93 - 6,17)	1,608	-1,864	3,852
7. Me incomoda o caráter definitivo da morte.	4,170	(3,97 - 4,37)	4,184	-0,175	-1,346

<b>DAP-R</b>	<b>Média</b>	<b>IC</b>	<b>Variância</b>	<b>Skewness</b>	<b>Kurtosis</b>
8. A morte é uma entrada para um lugar de satisfação plena (céu, paraíso).	4,366	(4,20 - 4,54)	3,114	-0,307	-0,768
9. A morte proporciona uma fuga deste mundo terrível.	3,365	(3,18 - 3,55)	3,654	0,310	-1,132
10. Sempre que o pensamento de morte entra na minha mente, eu tento afastá-lo.	4,125	(3,92 - 4,33)	4,270	-0,064	-1,419
11. A morte é uma libertação da dor e do sofrimento.	4,231	(4,05 - 4,41)	3,422	-0,366	-0,992
12. Eu sempre tento não pensar sobre morte.	4,320	(4,13 - 4,51)	3,930	-0,257	-1,292
13. Acredito que o céu será um lugar bem melhor do que este mundo.	5,282	(5,11 - 5,45)	3,188	-0,894	-0,159
14. A morte é um aspecto natural da vida.	6,441	(6,36 - 6,52)	0,729	-2,769	11,778
15. A morte é uma união com Deus e com a felicidade eterna.	4,670	(4,49 - 4,85)	3,290	-0,523	-0,664
16. A morte traz a promessa de uma vida nova e gloriosa.	4,825	(4,67 - 4,98)	2,685	-0,536	-0,418
17. Não temeria a morte, mas também não a receberia de braços abertos.	4,977	(4,81 - 5,14)	2,830	-0,805	-0,229
18. Eu tenho um medo intenso da morte.	3,487	(3,30 - 3,68)	3,859	0,345	-1,177
19. Eu, de modo geral, evito pensar sobre a morte.	4,289	(4,10 - 4,48)	3,970	-0,269	-1,313
20. O tema da vida após a morte me incomoda muito.	2,786	(2,61 - 2,96)	3,154	0,938	-0,138
21. O fato de que a morte significa o fim de tudo que eu conheço, me assusta.	3,930	(3,73 - 4,13)	4,298	0,030	-1,446
22. Tenho esperança de me reunir com os meus entes queridos depois que eu morrer.	5,020	(4,85 - 5,19)	3,080	-0,850	-0,218
23. Vejo a morte como um alívio do sofrimento terreno.	4,478	(4,31 - 4,65)	3,186	-0,493	-0,760
24. A morte é simplesmente parte do processo da vida.	6,182	(6,08 - 6,28)	1,046	-2,260	7,525
25. Vejo a morte como uma passagem para um lugar eterno e abençoado.	4,961	(4,81 - 5,12)	2,523	-0,748	0,036
26. Tento não me envolver com o tema da morte.	3,341	(3,16 - 3,52)	3,460	0,412	-1,102
27. A morte oferece uma maravilhosa libertação da alma.	4,039	(3,88 - 4,20)	2,658	-0,166	-0,787
28. Uma das coisas que me conforta ao enfrentar a morte é minha crença em uma vida após a morte.	4,802	(4,62 - 4,98)	3,544	-0,619	-0,737
29. Vejo a morte como um alívio do fardo dessa vida.	3,533	(3,36 - 3,71)	3,171	0,167	-1,130
30. A morte não é boa nem ruim.	4,399	(4,24 - 4,56)	2,734	-0,227	-0,825
31. Espero ansioso pela vida após a morte.	2,914	(2,75 - 3,08)	3,018	0,686	-0,473

DAP-R	Média	IC	Variância	Skewness	Kurtosis
32. A incerteza de não saber o que acontece depois da morte me preocupa.	3,843	(3,64 - 4,05)	4,322	0,092	-1,374

\* IC = intervalo de confiança para proporção de 95%.

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que 18 itens apresentaram distribuição simétrica (valores de skewness entre -0,5 a 0,5). Entretanto, os itens 6, 14 e 24 tiveram dados altamente distorcidos (valores menores que -1 ou maiores que 1) e dados de curtose positiva (valores maiores que 3). Esses dados determinaram a escolha da correlação policórica na extração dos fatores da Análise paralela.

A fim de analisar descritivamente cada item do instrumento, realizou-se a distribuição das respostas dos participantes considerando a frequência de respostas às alternativas: discordo totalmente (DT), discordo (D), discordo moderadamente (DM), não concordo nem discordo (NCND), concordo moderadamente (CM), concordo (C), concordo totalmente (CT). Na tabela 4 são apresentadas as proporções de respostas para cada nível de concordância e seus intervalos de confiança de 95% baseados nos resultados de 1000 amostras de *bootstrap*.

**Tabela 4** – Distribuição de frequências absolutas e percentuais dos itens da DAP-R dos estudantes e profissionais de enfermagem (n=696). Teresina, PI, Brasil, 2021.

DAP-R	DT	D	DM	NCND	CM	C	CT
	n(%) BCa IC 95%	n(%) BCa IC 95%	n(%) BCa IC 95%	n(%) BCa IC 95%	n(%) BCa IC 95%	n(%) BCa IC 95%	n(%) BCa IC 95%
Item 1	40 (5,7) 4,2-7,3	73 (10,5) 8,5-12,5	75 (10,8) 8,9-12,6	67 (9,6) 7,8-1,9	85 (12,2) 10,1-14,4	128 (18,4) 15,8-29,1	228 (32,8) 29,1-36,2
Item 2	92 (13,2) 10,9-15,4	94 (13,5) 11,3-15,8	59 (8,5) 6,6-10,3	67 (9,6) 7,6-11,8	117 (16,8) 14,2-20,0	128 (18,4) 15,5-21,6	139 (20,0) 17,4-22,6
Item 3	111 (15,9) 13,1-18,8	122 (17,5) 14,9-20,1	58 (8,3) 6,5-10,1	69 (9,9) 7,9-12,2	121 (17,4) 14,8-20,1	107 (15,4) 12,9-17,7	108 (15,5) 12,9-18,7
Item 4	57 (8,2) 6,3-10,2	43 (6,2) 4,9-7,6	32(4,6) 3,2-6,0	218 (31,3) 28,0-34,8	83 (11,9) 9,8-14,1	156 (22,4) 19,5-25,6	107 (15,4) 12,9-17,9
Item 5	283 (40,7) 37,2-44,5	117 (16,8) 14,4-19,3	46 (6,6) 4,9-8,3	96 (13,8) 11,2-16,7	45 (6,5) 5,0-7,8	59 (8,5) 6,8-10,2	50 (7,2) 5,5-8,9
Item 6	12 (1,7) 1,0-2,4	9 (1,3) 0,7-1,9	11 (1,6) 0,9-2,3	44 (6,3) 4,6-8,9	75 (10,8) 8,8-12,9	218 (31,3) 28,0-34,8	327 (47,0) 43,1-50,6
Item 7	92 (13,2) 11,1-15,5	123 (17,7) 15,1-20,1	39 (5,6) 4,2-7,3	112 (16,1) 13,5-19,1	79 (11,4) 9,2-13,5	153 (22,0) 19,1-25,0	98 (14,1) 11,8-16,4
Item 8	59 (8,5) 6,6-10,5	72 (10,3) 8,3-12,4	45 (6,5) 4,9-8,0	202 (29,0) 25,7-32,0	100 (14,4) 11,9-17,0	133 (19,1) 16,4-21,8	85 (12,2) 10,1-14,2
Item 9	155 (22,3) 19,3-25,3	145 (20,8) 18,1-23,5	59 (8,5) 6,8-10,3	131 (18,8) 16,1-21,7	83 (11,9) 9,8-14,1	80 (11,5) 9,2-13,8	43 (6,2) 4,6-7,9

DAP-R	DT	D	DM	NCND	CM	C	CT
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
	BCa IC 95%	BCa IC 95%	BCa IC 95%	BCa IC 95%	BCa IC 95%	BCa IC 95%	BCa IC 95%
Item 10	82 (11,8) 9,6-13,9	140 (20,1) 17,5-22,7	73 (10,5) 8,6-12,5	67 (9,6) 7,6-11,8	93 (13,4) 10,9-15,8	130 (18,7) 16,1-21,3	111 (15,9) 13,4-18,6
Item 11	82 (11,8) 9,6-13,9	85 (12,2) 10,2-14,1	51 (7,3) 5,5-9,2	117 (16,8) 14,2-19,8	158 (22,7) 19,3-26,0	139 (20,0) 17,2-22,6	64 (9,2) 7,3-11,2
Item 12	69 (9,9) 7,9-11,8	113 (16,2) 13,9-18,5	76 (10,9) 8,9-12,8	70 (10,1) 8,0-12,4	103 (14,8) 12,5-17,5	166 (23,9) 21,0-26,9	99 (14,2) 11,8-17,1
Item 13	39 (5,6) 4,0-7,2	32 (4,6) 3,3-6,2	28 (4,0) 2,8-5,2	134 (19,3) 16,6-22,0	64 (9,2) 7,5-11,2	160 (23,0) 20,1-26,0	239 (34,3) 30,9-37,6
Item 14	4 (0,6) 0,0-1,1	2 (0,3) 0,0-0,7	4 (0,6) 0,1-1,1	13 (1,9) 1,1-2,7	25 (3,6) 2,6-4,9	250 (35,9) 32,5-39,5	398 (52,0) 53,5-60,6
Item 15	58 (8,3) 6,6-10,1	52 (7,5) 5,7-9,3	39 (5,6) 4,2-7,0	168 (24,1) 21,1-27,1	96 (13,8) 11,5-15,9	162 (23,3) 20,4-26,6	121 (17,4) 14,5-20,3
Item 16	29 (4,2) 2,9-5,5	51 (7,3) 5,6-9,2	41 (5,9) 4,5-7,3	169 (24,3) 21,3-27,3	126 (18,1) 15,5-20,5	162 (23,3) 20,3-26,4	118 (17,0) 14,4-19,5
Item 17	33 (4,7) 3,4-6,0	54 (7,8) 6,0-9,6	38 (5,5) 3,9-7,0	105 (15,1) 12,5-17,5	127 (18,2) 15,5-20,9	219 (31,5) 28,3-34,9	120 (17,2) 14,7-20,1
Item 18	126 (18,1) 15,5-20,7	168 (24,1) 21,0-27,2	86 (12,4) 10,1-14,7	77 (11,1) 9,1-13,5	98 (14,1) 11,6-17,0	78 (11,2) 9,1-13,6	63 (9,1) 7,0-11,2
Item 19	74 (10,6) 8,5-12,8	118 (17,0) 14,5-19,4	66 (9,5) 7,6-11,5	69 (9,9) 8,0-12,1	103 (14,8) 12,4-17,3	176 (25,3) 22,1-28,6	90 (12,9) 10,8-15,1
Item 20	194 (27,9) 24,3-31,0	211 (30,3) 27,0-33,6	78 (11,2) 8,9-13,5	96 (13,8) 11,5-16,1	35 (5,0) 3,7-6,5	44 (6,3) 4,6-8,2	38 (5,5) 4,0-7,0
Item 21	101 (14,5) 12,1-16,8	150 (21,6) 18,7-24,6	64 (9,2) 7,2-11,4	79 (11,4) 9,1-13,6	72 (10,3) 8,5-12,5	144 (20,7) 17,8-23,7	86 (12,4) 10,2-14,5
Item 22	45 (6,5) 4,9-8,3	43 (6,2) 4,7-7,8	31 (4,5) 3,2-5,7	124 (17,8) 15,1-20,5	84 (12,1) 10,1-14,2	229 (32,9) 29,7-36,4	140 (20,1) 17,1-23,4
Item 23	60 (8,6) 6,9-10,5	72 (10,3) 8,6-12,2	50 (7,2) 5,5-9,2	124 (17,8) 15,0-20,9	152 (21,8) 19,0-24,9	159 (22,8) 19,8-25,7	79 (11,4) 9,1-13,8
Item 24	8 (1,1) 0,3-2,0	3 (0,4) 0,0-1,0	5 (0,7) 0,1-1,4	24 (3,4) 2,4-4,9	60 (8,6) 6,9-10,1	294 (42,2) 38,8-45,7	302 (43,3) 39,9-47,1
Item 25	32 (4,6) 3,3-5,9	36 (5,2) 3,7-6,6	29 (4,2) 2,9-5,5	153 (22,0) 19,1-24,7	142 (20,4) 17,7-23,4	188 (27,0) 24,0-30,2	116 (16,7) 14,1-19,4
Item 26	122 (17,5) 15,1-19,9	189 (27,2) 24,0-30,3	86 (12,4) 10,1-14,8	95 (13,6) 11,4-16,2	70 (10,1) 7,9-12,5	101 (14,5) 12,4-16,8	33 (4,7) 3,3-6,2
Item 27	52 (7,5) 5,7-9,2	103 (14,8) 12,4-17,2	68 (9,8) 7,8-11,8	203 (29,2) 26,1-32,6	119 (17,1) 14,8-19,8	115 (16,5) 13,9-19,3	36 (5,2) 3,7-6,6
Item 28	56 (8,0) 6,3- 10,1	62 (8,9) 7,0-10,8	39 (5,6) 4,0-7,2	121 (17,4) 14,7-20,2	93 (13,4) 10,9-15,9	179 (25,7) 22,7-28,7	146 (21,0) 18,1-23,8
Item 29	102 (14,7) 12,4-17,2	159 (22,8) 20,1-25,7	80 (11,5) 9,5-13,5	119 (17,1) 14,2-20,1	123 (17,7) 15,0-20,4	83 (11,9) 9,8-14,2	30 (4,3) 3,0-5,7
Item 30	29 (4,2) 2,9-5,5	92 (13,2) 10,8-15,8	56 (8,0) 6,5-9,8	208 (29,9) 26,6-33,3	85 (12,2) 10,1-14,4	158 (22,7) 20,1-25,6	68 (9,8) 7,9-11,6

DAP-R	DT	D	DM	NCND	CM	C	CT
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
	BCa IC 95%	BCa IC 95%	BCa IC 95%	BCa IC 95%	BCa IC 95%	BCa IC 95%	BCa IC 95%
Item 31	183 (26,3) 23,4-29,5	181 (26,0) 23,0-28,9	62 (8,9) 6,9-10,9	159 (22,8) 20,0-25,4	35 (5,0) 3,7-6,5	46 (6,6) 5,0-8,5	30 (4,3) 3,0-5,9
Item 32	118 (17,0) 14,4-19,5	134 (19,3) 16,5-22,1	67 (9,6) 7,9-11,4	93 (13,4) 11,1-15,9	82 (11,8) 9,3-14,4	108 (15,5) 12,8-18,1	94 (13,5) 11,1-15,8

\* BCa IC 95% = *Bias Corrected accelerated* (Ajuste corrigido e acelerado) do intervalo de confiança para proporção de 95%

Fonte: Elaborado pela autora.

A maioria dos itens apresentou distribuição aproximadamente equivalente entre os níveis de concordância. Entretanto, três itens se destacam por apresentarem altos percentuais de discordância, acima de 50% ao se somar os percentuais de discordo totalmente e discordo. São eles o item 5 (A morte trará um fim a todos os meus problemas.) em que 283 (40,7%, IC= 37,2-44,5%) apresentaram discordância total e 117 (16,8%, IC= 14,4-19,3%) com discordância; o item 20 (O tema da vida após a morte me incomoda muito) com 194 (27,9%, IC=24,3-31,0%) de discordam totalmente, e 211 (30,3%, IC= 27,0-33,6%) com discordância; e o item 31 (Espero ansioso pela vida após a morte) com 183 (26,3%, IC= 23,4-29,5%) discordo totalmente e 181 (26,0%, IC= 23,0-28,9%) discordo.

Por outro lado, seis itens (14, 6, 24, 13, 1 e 22) se destacaram com percentuais de concordância maior que 50% ao se considerar os valores de concordo totalmente e concordo. O item 14 (A morte é um aspecto natural da vida) foi o único que apresentou mais da metade de participantes a indicar que concorda totalmente (398, 52,0%, IC= 53,5-60,6%) e outro terço que concordam (250, 35,9%, IC= 32,5-39,5%).

### 7.3 Validade Baseada na Estrutura Interna: Análise Fatorial Exploratória

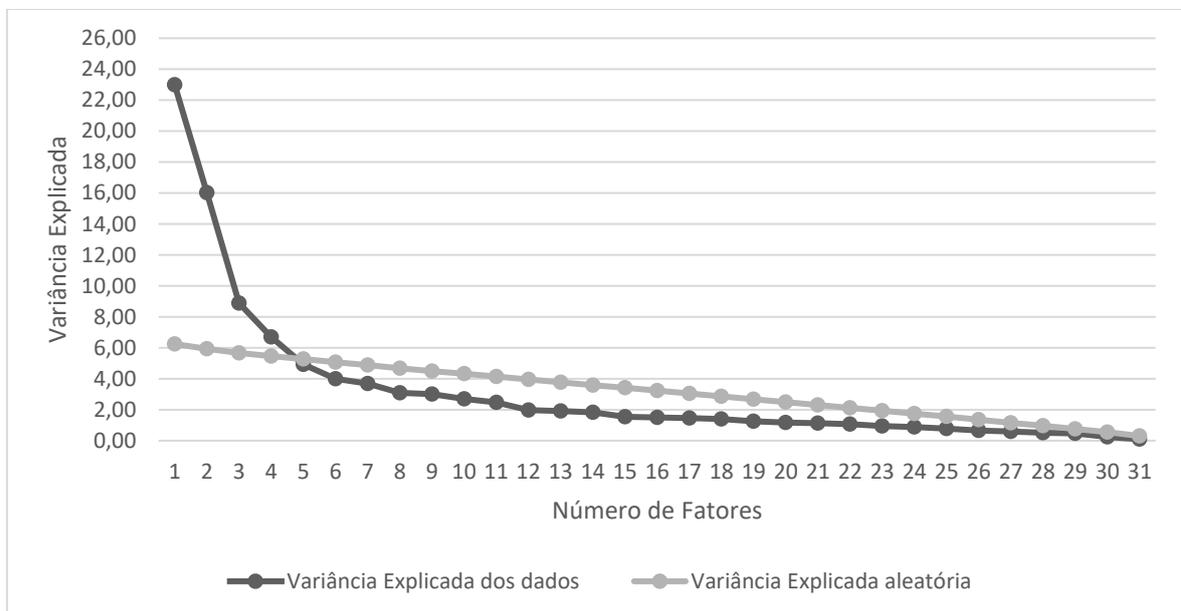
Para que a análise fatorial exploratória fosse desenvolvida, como um primeiro passo, foi observada a matriz de correlações entre as variáveis. Como pressuposto, as variáveis devem ser correlacionadas. O valor do determinante da matriz foi <0,000001.

Os testes de esfericidade de Bartlett (7869,1,  $gl = 496$ ;  $p = 0,000010$ ) e de Medida de Adequação da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = 0,86$ ) indicaram interpretabilidade da matriz de correlação dos itens. O parâmetro para a interpretação do valor do KMO foi a variação de 0 a 1, quando o alcance de 1 determina a perfeita previsão de cada variável pelas outras variáveis. O valor encontrado no estudo é considerado bom e um dos indicativos de que a AFE é possível de ser realizada. Outra suposição para o desenvolvimento da AFE é baseada nos

resultados do teste de esfericidade de Bartlett, que indica presença de correlações entre as variáveis pressupondo uma relação suficiente. Para a análise do resultado do teste, observa-se o valor de p significativo a  $p < 0,001$ , alcançado na avaliação.

A Análise Paralela, com 500 matrizes hipotéticas de correlação de variáveis, sugeriu quatro fatores, ao invés dos cinco da escala original, como sendo os mais representativos para os dados. Isso porque quatro fatores dos dados reais apresentam percentual (%) de variância explicada maior do que os dados aleatórios (Figura 5).

**Figura 5** – Diagrama de sedimentação da Análise Paralela Robusta por meio da *Optimal implementation of Parallel Analysis* com a *Minimum rank factor analysis*.



Fonte: Elaborado pela autora.

Dessa maneira, a variância explicada do fator 1 foi de 23,30%, do fator 2 foi de 16,14% e dos fatores 3 e 4 foi de 8,97% e 6,87%, respectivamente. A variância total explicada da escala com 4 dimensões foi de 55,28%.

As cargas fatoriais dos itens em suas respectivas dimensões podem ser observadas na Tabela 5. Geralmente, as cargas fatoriais são consideradas significativas em análises exploratórias, quando elas excedem o valor absoluto 0,30. Este valor é considerado uma carga mínima necessária para a variável ser um representante útil do fator (LAROS, 2012).

Nenhum item obteve cargas fatoriais significativas ( $>0,30$ ) em mais de um fator, ou seja, não foram observadas cargas cruzadas. Ao determinar somente 4 fatores, a solução encontrada uniu os itens das dimensões originais Medo da Morte e Evitar a Morte.

Os itens 17 (Não temeria a morte, mas também não a receberia de braços abertos), 30 (A morte não é boa nem ruim) e 31 (Espero ansioso pela vida após a morte) apresentam cargas fatoriais baixas em todos os fatores. Esse dado indica que houve indeterminação fatorial, os itens não apresentaram valores mínimos para qualificá-los como representantes úteis em nenhuma dimensão (MATOS, RODRIGUES, 2019).

**Tabela 5** – Cargas fatoriais e comunalidades ( $H^2$ ) baseadas na Análise Paralela com rotação *Promin* dos escores fatoriais da *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R). Teresina, PI, Brasil, 2021.

Item	Aceitação natural	Medo da Morte e Evitar a morte	Aceitação como Transcendência	Aceitação como fuga	$H^2$
Item 1	-0,082	<b>0,315</b>	0,145	-0,090	0,156
Item 2	0,023	<b>0,485</b>	-0,056	0,105	0,230
Item 3	0,014	<b>0,799</b>	0,024	-0,016	0,636
Item 4	-0,161	0,000	<b>0,731</b>	-0,077	0,521
Item 5	-0,105	-0,121	-0,048	<b>0,631</b>	0,402
Item 6	<b>0,658</b>	-0,093	-0,038	0,055	0,467
Item 7	0,052	<b>0,679</b>	-0,047	0,016	0,424
Item 8	-0,137	-0,060	<b>0,831</b>	0,029	0,698
Item 9	-0,066	0,078	-0,116	<b>0,748</b>	0,561
Item 10	-0,044	<b>0,821</b>	0,073	-0,079	0,707
Item 11	0,095	0,065	0,101	<b>0,679</b>	0,514
Item 12	0,095	<b>0,891</b>	0,071	-0,062	0,758
Item 13	0,091	0,136	<b>0,602</b>	0,153	0,498
Item 14	<b>0,801</b>	0,006	0,058	-0,027	0,622
Item 15	-0,085	0,041	<b>0,776</b>	0,017	0,616
Item 16	0,042	0,080	<b>0,753</b>	0,082	0,634
Item 17	0,183	0,252	-0,063	-0,013	0,062
Item 18	-0,073	<b>0,743</b>	0,015	-0,003	0,600
Item 19	-0,010	<b>0,828</b>	0,131	-0,172	0,738
Item 20	-0,152	<b>0,406</b>	-0,194	0,269	0,314
Item 21	0,024	<b>0,737</b>	-0,097	0,076	0,532
Item 22	0,104	-0,084	<b>0,488</b>	-0,174	0,237
Item 23	0,165	0,018	0,080	<b>0,804</b>	0,674
Item 24	<b>0,793</b>	-0,021	-0,028	0,032	0,627
Item 25	0,068	0,119	<b>0,808</b>	0,086	0,767
Item 26	-0,048	<b>0,733</b>	0,020	0,006	0,572
Item 27	0,058	-0,101	<b>0,462</b>	0,238	0,336
Item 28	0,090	-0,135	<b>0,555</b>	-0,253	0,307
Item 29	-0,048	-0,117	0,139	<b>0,693</b>	0,553
Item 30	0,239	0,116	-0,173	0,047	0,071
Item 31	-0,128	-0,164	0,187	0,119	0,078
Item 32	-0,014	<b>0,611</b>	-0,040	0,012	0,376

\*Itens atribuídos ao fator a partir da maior carga (em negrito).  $H^2$ = comunalidades

Fonte: Elaborado pela autora.

Três itens apresentaram cargas fatoriais significativas na dimensão Aceitação Natural. O item 6 apresentou carga fatorial muito boa ( $>0,63$ ) e os itens 14 e 24 cargas fatoriais excelentes ( $>0,71$ ). Já os itens 17 e 30 não apresentaram cargas fatoriais significativas.

Na dimensão Medo da Morte e Evitar a morte apenas os itens 1 e 20 apresentaram cargas fatoriais pobres ( $>0,31$ ). O item 2 apresentou carga fatorial razoável ( $>0,45$ ), o item 32 apresentou carga fatorial boa ( $>0,55$ ) e o item 7 muito boa ( $>0,63$ ), os demais itens (3, 10, 12, 18, 19, 21 e 26) tiveram cargas fatoriais excelentes ( $>0,71$ ).

Na Aceitação como transcendência, os itens 4, 8, 15, 16 e 25 tiveram cargas fatoriais excelentes ( $>0,71$ ) e o item 31 não teve carga fatorial significativa. Todos os itens da dimensão Aceitação como fuga apresentaram cargas fatoriais consideradas muito boas ( $>0,63$ ), à exceção dos itens 9 e 23 que foram excelentes ( $>0,71$ ).

Os itens 17, 30 e 31 além de apresentarem cargas fatoriais baixas em todos os fatores, ainda apresentaram valores de comunalidade muito reduzidos. Portanto, baseado nesses dois critérios (indeterminação fatorial e comunalidade baixa), esses itens foram excluídos um a um e o modelo reajustado. Vale ainda destacar que, na matriz de correlações, esses itens apresentaram sinais de que seriam problemáticos, pois todas as correlações com os demais itens foram baixas ( $<0,30$ ).

Seguindo os passos propostos por Matos e Rodrigues (2019), iniciou-se pela exclusão do item 31 que apresentava as menores cargas fatoriais. O modelo resultante permaneceu com as variáveis 17 e 30 sem cargas fatoriais significativas em quaisquer dos fatores. Em seguida o processo foi repetido, excluindo os itens 31 e 30, com mesmo resultado (item 17 sem carga fatorial significativa). Por fim, excluiu-se os três itens 31, 30 e 17 e permaneceu-se com um modelo formado por 4 dimensões.

A nova variância explicada foi de 60,66 %, sendo o fator 1 responsável por 25,87%, o fator 2 por 17,95%, o fator 3 por 10,13% e o fator 4 por 6,71%. A estrutura fatorial do modelo final, após a exclusão dos itens, pode ser observada na Tabela 6.

Por se tratar de um procedimento de modelagem dos dados, qualquer variável incluída ou não no modelo da AFE interfere no resultado de todas as outras (MATOS; RODRIGUES, 2019). Entretanto, conforme observado ao se comparar as tabelas 5 e 6, após a exclusão de variáveis problemáticas, os valores das cargas fatoriais dos itens remanescentes permaneceram praticamente os mesmos no modelo.

**Tabela 6** – Cargas fatoriais e comunalidades (H<sup>2</sup>) baseadas na Análise Paralela com rotação *Promin* dos escores fatoriais da *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R) após a exclusão dos itens 17, 30 e 31. Teresina, PI, Brasil, 2021.

Item	Aceitação natural	Medo da Morte e Evitar a morte	Aceitação como Transcendência	Aceitação como fuga	H <sup>2</sup>
Item 1	-0,070	<b>0,315</b>	0,139	-0,083	0,150
Item 2	0,045	<b>0,502</b>	-0,069	0,106	0,246
Item 3	0,017	<b>0,803</b>	0,017	-0,020	0,637
Item 4	-0,157	-0,011	<b>0,734</b>	-0,074	0,518
Item 5	-0,094	-0,115	-0,051	<b>0,632</b>	0,391
Item 6	<b>0,668</b>	-0,069	-0,058	0,058	0,480
Item 7	0,061	<b>0,689</b>	-0,056	0,015	0,434
Item 8	-0,150	-0,084	<b>0,841</b>	0,031	0,708
Item 9	-0,077	0,074	-0,112	<b>0,741</b>	0,547
Item 10	-0,039	<b>0,823</b>	0,069	-0,077	0,716
Item 11	0,101	0,067	0,094	<b>0,688</b>	0,536
Item 12	0,083	<b>0,886</b>	0,069	-0,068	0,753
Item 13	0,085	0,127	<b>0,601</b>	0,153	0,499
Item 14	<b>0,835</b>	0,044	0,025	-0,012	0,675
Item 15	-0,102	0,017	<b>0,786</b>	0,019	0,641
Item 16	0,018	0,056	<b>0,761</b>	0,076	0,646
Item 18	-0,056	<b>0,752</b>	0,007	-0,000	0,603
Item 19	-0,020	<b>0,818</b>	0,133	-0,168	0,721
Item 20	-0,159	<b>0,404</b>	-0,191	0,262	0,317
Item 21	0,024	<b>0,739</b>	-0,101	0,075	0,528
Item 22	0,132	-0,069	<b>0,476</b>	-0,167	0,229
Item 23	0,159	0,017	0,075	<b>0,804</b>	0,693
Item 24	<b>0,777</b>	-0,011	-0,041	0,031	0,605
Item 25	0,052	0,100	<b>0,812</b>	0,083	0,758
Item 26	-0,046	<b>0,734</b>	0,018	0,004	0,574
Item 27	0,060	-0,105	<b>0,462</b>	0,243	0,338
Item 28	0,138	-0,107	<b>0,533</b>	-0,248	0,295
Item 29	-0,041	-0,114	0,136	<b>0,694</b>	0,552
Item 32	0,001	<b>0,620</b>	-0,047	0,017	0,377

\*Itens atribuídos ao fator a partir da maior carga (em negrito). H<sup>2</sup>= comunalidades

Fonte: Elaborado pela autora.

Na Tabela 7 são apresentados os valores referentes aos índices de ajuste (*goodness-of-fit*) do modelo. Hair e colaboradores (2009) indicam que se use pelo menos um índice de ajuste absoluto e um incremental, além do resultado de qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Assim foram avaliados também o *Minimum Discrepancy per Degree of Freedom* (CMIN/DF) e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) como índices absolutos e os índices incrementais *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI). Também estão descritos na Tabela 8 os indicadores de unidimensionalidade.

**Tabela 7** – Medidas de ajuste do modelo final da *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R). Teresina, PI, Brasil, 2021.

<b>Medidas de Ajuste</b>	<b>Resultados</b>
Qui-quadrado ( $\chi^2$ ):	795,169
Graus de liberdade (GL)	296
Nível de significância (p value)	0,000010
<i>Minimum Discrepancy per Degree of Freedom</i> (CMIN/DF) = ( $\chi^2$ )/ GL	2,686
<i>Root Mean Square Error of Approximation</i> (RMSEA)	0,053; IC 95% = (0,0460 – 0,0553)
<i>Comparative Fit Index</i> (CFI)	0,967; IC 95% = (0,958 - 0,978)
<i>Tucker-Lewis index</i> (TLI)	0,954; IC 95% = (0,942 – 0,969)
<i>Unidimensional Congruence</i> (Unico)	0,675 IC 95% = (0,567 - 0,759)
<i>Explained Common Variance</i> (ECV)	0,591; IC 95% = (0,560-0,631)
<i>Mean of Item Residual Absolute Loadings</i> (MIREAL)	0,364; BC IC 95% = (0,339-0,388)

\* IC 95% = *Bootstrap* intervalo de confiança para proporção de 95%.

Fonte: Elaborado pela autora.

A qualidade do ajuste absoluto representa o grau em que o modelo proposto é capaz de explicar a matriz de correlações observada. O Qui-quadrado apresentou valor de p significativo, o que indicaria que o modelo estimado não reproduz bem a matriz de covariância amostral. Entretanto, sabe-se que esta estatística sempre será significativa se o tamanho amostral for grande, por isso ela raramente é usada como índice de ajuste isolado (HAIR et al., 2009; SELLBOM; TELLEGEN, 2019).

Uma forma de contornar esse problema do Qui-quadrado é utilizar seu valor dividido pelos graus de liberdade do modelo, obtendo-se o índice CMIN/DF, também conhecido como Qui-quadrado normalizado. Conforme observado, ele ficou abaixo de 3 o que indica adequação do modelo.

Além disso, adicionou-se a análise do RMSEA. O valor obtido para o modelo proposto foi de 0,053, IC 95% = (0,0460 – 0,0553) o que demonstra a adequação deste em relação ao ajuste absoluto. Dessa forma, pode-se inferir que o modelo é capaz de prever adequadamente a matriz de correlações observada.

Quanto às medidas de ajuste incremental, nota-se que os valores do CFI e TLI foram acima dos valores recomendados de 0,95 e indicam um excelente ajuste do modelo. Analisando conjuntamente as medidas de ajuste pode-se concluir que o modelo proposto no presente estudo

é aceitável; sendo assim, apresenta capacidade significativa de explicar a matriz dos dados de entrada.

É importante destacar que os indicadores *Unidimensional Congruence* (Unico = 0,675, IC 95% = 0,567 - 0,759), *Explained Common Variance* (ECV= 0,591; IC 95% = 0,560-0,631) e *Mean of Item Residual Absolute Loadings* (MIREAL= 0,364; BC IC 95% = 0,339-0,388) não suportaram a unidimensionalidade da escala (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2018). O que era esperado tendo em vista a natureza multidimensional da DAP-R na avaliação do construto atitudes frente à morte.

Na tabela 8 são reportadas as estimativas de replicabilidade dos escores fatoriais (*Generalized H-index*). Também são apresentadas as medidas de qualidade e a efetividade das estimativas dos fatores: *Factor Determinacy Index* (FDI), *ORION marginal reliability*, *sensibility ratio* (SR) e *Expected percentage of true differences* (EPTD).

**Tabela 8** – Estimativas de replicabilidade dos escores fatoriais e medidas de qualidade e efetividade das estimativas dos fatores da *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R). Teresina, PI, Brasil, 2021.

Índice	Aceitação natural	Medo da Morte e Evitar a morte	Aceitação como Transcendência	Aceitação como fuga
H- Latent	0,837	0,941	0,922	0,871
H- Observed	0,759	0,995	0,954	0,891
FDI	0,915	0,970	0,960	0,933
ORION	0,837	0,941	0,922	0,871
SR	2,267	4,010	3,439	2,599
EPTD	90,0%	94,7%	93,6%	91,2%

\* FDI = *Factor Determinacy Index*; ORION = *Overall Reliability of fully-Informative prior Oblique N-EAP scores*; SR = *sensibility ratio*; EPTD = *Expected percentage of true differences*

Fonte: Elaborado pela autora.

As medidas de replicabilidade da estrutura fatorial, *H-index* latente e observado, sugeriram que todos os fatores seriam replicáveis em estudos futuros ( $H > 0,80$ ). A única exceção foi do *H-index* observado para aceitação natural que ficou em 0,759. Assim, espera-se uma estabilidade do modelo mesmo quando aplicado a outras amostras populacionais.

Para as medidas de qualidade e efetividade dos escores do modelo, o FDI foi maior que 0,80 em todas as dimensões o que representa um nível elevado e adequado para avaliar a relação entre a estimativa dos escores da solução e a variável latente a qual eles estimam. Os demais índices, ORION (>0,80), o SR (>2) e o EPTD (>90%) também apresentaram escores elevados

e acima dos pontos de corte, de forma que também indicaram uma boa qualidade e efetividade do modelo.

Na tabela 9 estão reportadas as *Communality- standardized Pratt's measures* (as medidas de importância de Pratt), como visto anteriormente trata-se de uma medida que serve para identificar quanto da variação do item observado é atribuível ao fator. Valores mais próximos a 1 são os desejados.

**Tabela 9** – *Communality- standardized Pratt's measures* dos itens do modelo final da *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R. Teresina, PI, Brasil, 2021).

Item	Aceitação natural	Medo da Morte e Evitar a morte	Aceitação como Transcendência	Aceitação como fuga
Item 1	0,083	<b>0,755</b>	0,163	0,000
Item 2	0,000	<b>0,940</b>	0,000	0,060
Item 3	0,000	<b>0,995</b>	0,005	0,000
Item 4	0,035	0,000	<b>0,965</b>	0,000
Item 5	0,028	0,001	0,000	<b>0,971</b>
Item 6	<b>0,950</b>	0,047	0,004	0,000
Item 7	0,000	<b>0,997</b>	0,000	0,003
Item 8	0,019	0,000	<b>0,967</b>	0,014
Item 9	0,026	0,024	0,000	<b>0,950</b>
Item 10	0,018	<b>0,961</b>	0,021	0,000
Item 11	0,001	0,018	0,060	<b>0,921</b>
Item 12	0,000	<b>0,979</b>	0,021	0,000
Item 13	0,007	0,061	<b>0,821</b>	0,111
Item 14	<b>0,996</b>	0,000	0,002	0,002
Item 15	0,013	0,006	<b>0,972</b>	0,009
Item 16	0,000	0,019	<b>0,941</b>	0,039
Item 18	0,032	<b>0,966</b>	0,002	0,000
Item 19	0,009	<b>0,943</b>	0,046	0,002
Item 20	0,175	<b>0,586</b>	0,014	0,224
Item 21	0,000	<b>0,980</b>	0,000	0,020
Item 22	0,112	0,013	<b>0,852</b>	0,023
Item 23	0,016	0,002	0,038	<b>0,944</b>
Item 24	<b>0,994</b>	0,005	0,000	0,000
Item 25	0,002	0,035	<b>0,924</b>	0,039
Item 26	0,027	<b>0,967</b>	0,005	0,001
Item 27	0,016	0,000	<b>0,714</b>	0,270
Item 28	0,105	0,030	<b>0,782</b>	0,083
Item 29	0,005	0,000	0,084	<b>0,911</b>
Item 32	0,000	<b>0,996</b>	0,000	0,004

Fonte: Elaborado pela autora.

Na dimensão Aceitação Natural, os itens são explicados em pelo menos 95% pelo fator. Para Aceitação como fuga a variância explicada dos itens foi de pelo menos 91%. Na dimensão

Medo da Morte e Evitar a Morte, apenas 2 itens (1 e 20) não atingiram os 94% de variância explicada pelo fator. Na dimensão Aceitação como Transcendência cinco itens (4, 8, 15, 16 e 25) atingiram pelo menos 92% de variância explicada pelo fator.

Os parâmetros de discriminação ( $a$ ) e os *thresholds* dos itens foram avaliados por meio de Teoria de Resposta ao Item e são apresentados nas tabelas 10 e 11, respectivamente.

**Tabela 10** – Discriminação dos itens ( $a$ ) do modelo final da *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R. Teresina, PI, Brasil, 2021).

Item	Aceitação natural	Medo da Morte e Evitar a morte	Aceitação como Transcendência	Aceitação como fuga
Item 1	-0,076	<b>0,406</b>	0,151	-0,090
Item 2	0,052	<b>0,578</b>	-0,080	0,122
Item 3	0,028	<b>1,332</b>	0,028	-0,033
Item 4	-0,226	-0,016	<b>1,058</b>	-0,106
Item 5	-0,120	-0,148	-0,065	<b>0,810</b>
Item 6	<b>0,927</b>	-0,095	-0,081	0,080
Item 7	0,081	<b>0,916</b>	-0,074	0,020
Item 8	-0,278	-0,154	<b>1,557</b>	0,057
Item 9	-0,115	0,109	-0,167	<b>1,102</b>
Item 10	-0,073	<b>1,543</b>	0,129	-0,144
Item 11	0,148	0,099	0,139	<b>1,011</b>
Item 12	0,167	<b>1,784*</b>	0,139	-0,136
Item 13	0,120	0,179	<b>0,849</b>	0,217
Item 14	<b>1,464*</b>	0,077	0,044	-0,022
Item 15	-0,170	0,028	<b>1,311</b>	0,031
Item 16	0,030	0,094	<b>1,279</b>	0,128
Item 18	-0,089	<b>1,194</b>	0,012	-0,000
Item 19	-0,037	<b>1,549</b>	0,253	-0,318
Item 20	-0,192	<b>0,488</b>	-0,231	0,318
Item 21	0,035	<b>1,076</b>	-0,147	0,110
Item 22	0,151	-0,079	<b>0,542</b>	-0,190
Item 23	0,287	0,031	0,135	<b>1,450*</b>
Item 24	<b>1,237</b>	-0,017	-0,065	0,049
Item 25	0,106	0,204	<b>1,652*</b>	0,168
Item 26	-0,071	<b>1,125</b>	0,027	0,006
Item 27	0,073	-0,129	<b>0,567</b>	0,298
Item 28	0,164	-0,128	<b>0,634</b>	-0,295
Item 29	-0,062	-0,171	0,203	<b>1,038</b>
Item 32	0,001	<b>0,785</b>	-0,060	0,021

\* Item mais discriminativo de cada uma das dimensões.

Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme pode ser visto na tabela 10, o item mais discriminativo do fator ‘Aceitação Natural’ foi ‘14. A morte é um aspecto natural da vida.’ apresentando uma alta discriminação ( $a = 1,464$ ), já os itens 6 e 24 apresentaram poder de discriminação moderado. Para ‘Medo da

Morte e Evitar a morte’, o item ‘12. Eu sempre tento não pensar sobre morte.’ ( $a = 1,784$ ) apresentou uma discriminação muito alta, sendo o mais discriminativo. Enquanto os itens 10 e 19 apresentaram alta discriminação, os itens 1, 2 e 20 foram considerados com baixo poder de discriminação e os demais itens apresentaram discriminação moderada.

Para ‘Aceitação como Transcendência’, o item mais discriminativo foi ‘25. Vejo a morte como uma passagem para um lugar eterno e abençoado.’ ( $a = 1,652$ ), seguido pelo item 8 ( $a = 1,557$ ), sendo os dois com alta discriminação. Os itens 22, 27 e 28 foram considerados com baixo poder discriminativo e os demais itens com discriminação moderada. Por fim, para ‘Aceitação como fuga’, o item mais discriminativo foi ‘23. Vejo a morte como um alívio do sofrimento terreno.’ ( $a = 1,450$ ) com discriminação alta, sendo que os demais itens apresentaram discriminação moderada.

**Tabela 11** – *Thresholds* dos itens do modelo final da *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R). Teresina, PI, Brasil, 2021.

Item	Threshold <sub>1-2</sub>	Threshold <sub>2-3</sub>	Threshold <sub>3-4</sub>	Threshold <sub>4-5</sub>	Threshold <sub>5-6</sub>	Threshold <sub>6-7</sub>
Item 1	-1,709	-1,068	-0,664	-0,370	-0,031	0,484
Item 2	-1,285	-0,715	-0,438	-0,150	0,341	0,970
Item 3	-1,654	-0,708	-0,343	0,072	0,828	1,683
Item 4	-2,007	-1,533	-1,267	0,010	0,448	1,471
Item 5	-0,303	0,241	0,462	0,984	1,292	1,873
Item 6	-2,933	-2,606	-2,338	-1,708	-1,086	0,105
Item 7	-1,484	-0,663	-0,459	0,086	0,474	1,432
Item 8	-2,542	-1,637	-1,231	0,200	0,901	2,154
Item 9	-1,134	-0,258	0,059	0,796	1,379	2,288
Item 10	-2,224	-0,882	-0,360	0,095	0,742	1,869
Item 11	-1,742	-1,038	-0,715	-0,069	0,806	1,952
Item 12	-2,590	-1,286	-0,664	-0,145	0,611	2,155
Item 13	-2,245	-1,795	-1,512	-0,603	-0,261	0,570
Item 14	-4,432	-4,177	-3,836	-3,223	-2,602	-0,318
Item 15	-2,307	-1,672	-1,322	-0,187	0,394	1,566
Item 16	-2,910	-2,018	-1,578	-0,354	0,416	1,606
Item 18	-1,447	-0,311	0,183	0,640	1,321	2,123
Item 19	-2,359	-1,127	-0,625	-0,143	0,567	2,138
Item 20	-0,710	0,250	0,614	1,163	1,435	1,938
Item 21	-1,539	-0,519	-0,173	0,242	0,638	1,684
Item 22	-1,728	-1,302	-1,082	-0,442	-0,086	0,954
Item 23	-2,461	-1,586	-1,152	-0,274	0,734	2,179
Item 24	-3,618	-3,420	-3,176	-2,508	-1,693	0,265
Item 25	-3,428	-2,634	-2,204	-0,734	0,324	1,968
Item 26	-1,430	-0,205	0,272	0,834	1,331	2,560
Item 27	-1,771	-0,938	-0,573	0,350	0,962	2,001
Item 28	-1,669	-1,138	-0,897	-0,303	0,099	0,961
Item 29	-1,571	-0,476	-0,038	0,620	1,472	2,564

Item	Threshold <sub>1,2</sub>	Threshold <sub>2,3</sub>	Threshold <sub>3,4</sub>	Threshold <sub>4,5</sub>	Threshold <sub>5,6</sub>	Threshold <sub>6,7</sub>
Item 32	-1,211	-0,447	-0,133	0,295	0,700	1,397

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação aos *Thresholds* dos itens, conforme observado na Tabela 11, não foi encontrado nenhum padrão inesperado de resposta, de modo que quanto maior foi a categoria de resposta da escala, maior foi o nível de traço latente necessário para endossá-lo.

#### 7.4 Confiabilidade da Escala

A confiabilidade da DAP-R foi avaliada por meio da Consistência Interna, com valores de alfa de Cronbach para os dados da amostra total e para a amostra de Reteste, realizado com 4 semanas na escala original e com 2 semanas no nosso estudo. Também foram calculados os coeficientes de Confiabilidade Composta na amostra total do estudo (Tabela 12).

Os dados encontrados em relação a confiabilidade das dimensões apresentaram alfas de Cronbach maiores que 0,80 em todas as dimensões, à exceção de Aceitação Natural ( $\alpha = 0,68-0,69$ ). Entretanto, quando analisamos a confiabilidade composta, esses valores de alta confiabilidade ( $>0,80$ ) se confirmam para todas as dimensões.

**Tabela 12** – Análises de consistência interna (Alfa de Cronbach e Confiabilidade Composta) das dimensões da DAP-R cada uma das dimensões em relação aos coeficientes originais de Wong, Reker e Gesser (1994). Teresina, PI, Brasil, 2021.

Dimensões	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente	Confiabilidade Composta
	Alfa DAP-R Original (n=300)	Alfa DAP-R Reteste (n=90)	Alfa DAP-R Brasil (n=696)	Alfa DAP-R Brasil Reteste (n=147)	
Medo da Morte	$\alpha = 0,86$	$\alpha = 0,71$	$\alpha = 0,88$	$\alpha = 0,91$	0,91
Evitar a morte	$\alpha = 0,88$	$\alpha = 0,61$			
Aceitação natural	$\alpha = 0,65$	$\alpha = 0,64$	$\alpha = 0,68$	$\alpha = 0,69$	0,81
Aceitação como Transcendência	$\alpha = 0,97$	$\alpha = 0,95$	$\alpha = 0,85$	$\alpha = 0,87$	0,88
Aceitação como fuga	$\alpha = 0,84$	$\alpha = 0,83$	$\alpha = 0,80$	$\alpha = 0,80$	0,84

Fonte: Elaborado pela autora.

Na tabela 13, foram estimados coeficientes de correlação intraclasse (teste-reteste) para as dimensões da DAP-R. Os dados referem-se a 147 indivíduos da amostra principal que responderam a escala em dois momentos, com intervalo de 10 a 14 dias entre eles.

**Tabela 13** – Estatísticas de Coeficientes de Correlação Intraclasse (teste-reteste) das dimensões da DAP-R (n=147). Teresina, PI, Brasil, 2021.

Dimensões	Nº de itens	TESTE		RETESTE		CCI (IC 95%)
		Escore Médio	DP	Escore Médio	DP	
Medo da Morte e Evitar a morte	12	3,85	0,11	3,88	0,11	0,94 (0,92-0,96)
Aceitação natural	3	6,26	0,06	6,31	0,06	0,70 (0,60-0,78)
Aceitação como Transcendência	9	4,74	0,10	4,76	0,10	0,94 (0,91-0,96)
Aceitação como fuga	5	3,71	0,11	3,81	0,12	0,84 (0,78-0,89)

Fonte: Elaborado pela autora.

Os valores de ICC variaram de 0,70 (0,60-0,78) para aceitação natural até 0,94 (0,92-0,96) para Medo da Morte e Evitar a Morte. Em nosso estudo, a estabilidade foi elevada para quase todas as dimensões, sendo classificada como quase perfeita (0,80 a 1,00). Somente a dimensão Aceitação Natural teve estabilidade classificada como substancial (0,60 a 0,80).

### 7.5 Validade baseada nas relações com medidas externas

Na tabela 14 são apresentados os resultados da validação convergente da DAP-R. As dimensões da escala não apresentaram distribuição normal, pelo teste de Shapiro-Wilk ( $p < 0,00$ ). Assim, foi realizada a correlação de Spearman com os valores das dimensões e os resultados da *Templer's Death Anxiety Scale* (DAS) (Escala de Ansiedade de Morte de Templer).

A DAS apresentou correlação moderada positiva com a dimensão Medo da Morte e Evitar a morte ( $r = 0,607$ ,  $p < 0,01$ ), com uma variância compartilhada de 36,85%. A DAS teve correlação muito baixa negativa com aceitação natural ( $r = -0,205$ ,  $p < 0,01$ ,  $r^2 = 0,04$ ) e muito baixa positiva com Aceitação como transcendência ( $r = 0,182$ ,  $p < 0,01$ ,  $r^2 = 0,03$ ) e com Aceitação como Fuga ( $r = 0,116$ ,  $p < 0,01$ ,  $r^2 = 0,01$ ).

Aceitação Natural teve uma correlação negativa baixa com Medo da Morte e Evitar a Morte ( $r = -0,330$ ,  $p < 0,01$ ), com variância explicada de 10,89%. Aceitação como Transcendência teve correlação baixa positiva com Aceitação como Fuga ( $r = 0,316$ ,  $p < 0,01$ ), com variância explicada de 9,99% e muito baixa positiva com Medo da Morte e Evitar a Morte ( $r = 0,175$ ,  $p < 0,01$ ,  $r^2 = 0,03$ ).

**Tabela 14** – Correlações de Spearman da *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R) e *Templer's Death Anxiety Scale* (DAS). Teresina, PI, Brasil, 2021.

	Aceitação natural	Medo da Morte e Evitar a morte	Aceitação como Transcendência	Aceitação como fuga	DAS
Aceitação natural	1				
Medo da Morte e Evitar a morte	-0,330*	1			
Aceitação como Transcendência	-0,017	0,175*	1		
Aceitação como fuga	-0,055	0,135*	0,316*	1	
DAS	-0,205*	0,607*	0,182*	0,116*	1

Nota: \* =  $p < 0,05$ . DAS = *Templer's Death Anxiety Scale*.

Fonte: Elaborado pela autora.

À exceção da correlação positiva entre Aceitação como Transcendência e Medo da Morte e Evitar a Morte, que teve uma variância explicada de apenas 3%, todos os demais dados corroboraram as predições feitas, de forma a confirmar a validade convergente da escala.

## 7.6 Análise bivariada dos escores da DAP-R na amostra

Testes de distribuição de normalidade demonstraram que as dimensões da DAP-R não apresentavam distribuição normal ( $p < 0,005$ ) (Tabela 15). Como correção para normalidade dos dados e diferença de número de sujeitos entre os grupos foi utilizado o procedimento de *Bootstrapping* (1000 re-amostragens BCa).

**Tabela 15** – Análise de normalidade das dimensões do modelo final da *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R) (n=696). Teresina, PI, Brasil, 2021.

	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
	Estatística	p- valor	Estatística	p- valor
Aceitação Natural	0,175	0,000	0,816	0,000
Medo da Morte e Evitar a morte	0,048	0,001	0,988	0,000
Aceitação como fuga	0,061	0,000	0,986	0,000
Transcendência	0,060	0,000	0,978	0,000

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação aos escores das dimensões da DAP-R, observa-se que na amostra total houve uma maior concordância com os itens da dimensão Aceitação Natural com média de  $6,23 \pm 0,83$  (IC= 6,16- 6,29). A segunda dimensão com médias mais altas foi a de Aceitação como Transcendência  $4,73 \pm 1,16$  (IC = 4,64-4,82). Em seguida temos Medo da Morte e Evitar a Morte com média de  $3,97 \pm 1,32$  (IC = 3,88-4,07) e, por fim, Aceitação como Fuga com  $3,68 \pm 1,39$  (IC= 3,58-3,79).

Na tabela 16 foram descritas as comparações das médias dos escores da DAP-R em razão dos grupos das variáveis sociodemográficas da amostra. Para cada análise bivariada foi solicitado o Teste de Levene para verificação da homogeneidade da variância e realizadas as devidas correções para quando o pressuposto não foi acatado.

Nos testes de análise de variância de uma via (ANOVA-*One Way*) foram realizados testes post-hoc de Hochberg's GT2 (grupos com homogeneidade de variância) e de Games-Howell (quando o pressuposto da homogeneidade das variâncias não era acatado). Os testes de post-hoc foram interpretados por meio dos intervalos de confiança dos procedimentos de *bootstrapping*. Os tamanhos de efeito descritos foram o *d* de Cohen (para o *t* de Student) e o *eta squared* (para Anova).

**Tabela 16** – Análise bivariada dos escores da DAP-R de acordo com as características sociodemográficas e econômicas dos profissionais e estudantes de enfermagem (n=696). Teresina, PI, Brasil, 2021.

Características	AN		MM e EM		AF		AT	
	Média (95% IC Bca)	DP (95% IC Bca)	Média (95% IC Bca)	DP (95% IC Bca)	Média (95% IC Bca)	DP (95% IC Bca)	Média (95% IC Bca)	DP (95% IC Bca)
<b>Sexo<sup>b</sup></b>	<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,483		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,408		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,010		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,649	
Feminino	6,21 (6,15-6,29)	0,82 (0,74-0,90)	3,95 (3,85-4,06)	1,32 (1,26-1,38)	3,63 (3,52-3,73)	1,40 (1,32-1,46)	4,74 (4,65-4,83)	1,15 (1,09-1,21)

Características	AN		MM e EM		AF		AT	
	Média (95% IC Bca)	DP (95% IC Bca)						
Masculino	6,28 (6,10-6,44)	0,88 (0,63-1,11)	4,07 (3,833-4,33)	1,35 (1,21-1,45)	4,01 (3,73-4,31)	1,35 (1,19-1,48)	4,68 (4,43-4,95)	1,23 (1,06-1,37)
<b>Idade (anos)<sup>a</sup></b>	<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,001		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,007		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,000		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,004	
18 a 29	6,15 (6,04-6,25)	0,92 (0,78-1,06)	4,08 (3,93-4,23)	1,37 (1,29-1,45)	3,91 (3,76-4,07)	1,42 (1,32-1,51)	4,77 (4,64-4,90)	1,21 (1,11-1,31)
30 a 59	6,27 (6,19-6,34)	0,75 (0,64-0,86)	3,92 (3,78-4,06)	1,27 (1,20-1,37)	3,51 (3,37-3,65)	1,34 (1,26-1,42)	4,73 (4,62-4,85)	1,10 (1,01-1,18)
≥60 anos	6,71 (6,44-6,92)	0,49 (0,16-0,69)	3,06 (2,62-3,58)	0,96 (0,66-1,19)	3,16 (2,33-3,97)	1,51 (0,97-1,92)	3,75 (3,08-4,31)	1,18 (0,67-1,54)
<b>Estado Civil<sup>a</sup></b>	<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,000		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,745		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,005		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,780	
solteiro(a)	6,19 (6,10-6,28)	0,87 (0,75-1,00)	4,00 (3,87-4,15)	1,37 (1,29-1,45)	3,85 (3,70-3,99)	1,41 (1,32-1,48)	4,75 (4,62-4,87)	1,21 (1,11-1,31)
casado(a)/união estável	6,22 (6,12- 6,31)	0,80 (0,67-0,94)	3,94 (3,81-4,09)	1,25 (1,16-1,32)	3,49 (3,32-3,65)	1,34 (1,24-1,45)	4,74 (4,62-4,87)	1,09 (1,11-1,31)
separado(a)/ divorciado(a)	6,57 (6,40-6,73)	0,47 (0,35-0,57)	3,86 (3,38-4,40)	1,45 (1,13-1,70)	3,64 (3,19-4,12)	1,47 (1,17-1,70)	4,60 (4,20-4,99)	1,20 (0,91-1,47)
<b>Religião<sup>a</sup></b>	<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,000							
Católica	6,23 (6,15-6,30)	0,72 (0,65-0,79)	4,29 (4,16-4,42)	1,29 (1,21-1,36)	3,71 (3,59-3,85)	1,32 (1,25-1,40)	4,96 (4,86-5,06)	1,02 (0,94-1,09)
Protestante/ Evangélica	5,93 (5,74-6,11)	1,11 (0,87-1,34)	3,84 (3,66-4,03)	1,16 (1,03-1,27)	3,84 (3,63-4,04)	1,35 (1,19-1,48)	4,94 (4,77-5,11)	1,10 (1,00-1,20)
Espírita	6,55 (6,38-6,70)	0,64 (0,47-0,78)	2,86 (2,59-3,17)	1,20 (0,96-1,41)	2,74 (2,45-3,08)	1,22 (1,06-1,35)	4,10 (3,86-4,34)	0,97 (0,81-1,12)
Sem religião	6,52 (6,38-6,60)	0,56 (0,44-0,65)	3,70 (3,39-4,02)	1,32 (1,10-1,48)	4,13 (3,75-4,50)	1,66 (1,40-1,85)	3,72 (3,38-4,04)	1,42 (1,22-1,60)
Outras/ Deísta	6,29 (5,75-6,70)	0,98 (0,40-1,30)	3,41 (2,85-4,13)	1,18 (0,67-1,56)	3,42 (2,73-4,21)	1,38 (0,79-1,78)	4,05 (3,50-4,61)	1,06 (0,51-1,46)

Legenda: **AN** = Aceitação Natural; **MM e EM** = Medo da Morte e Evitar a morte; **AF** = Aceitação como Fuga; **AT** = Aceitação como Transcendência; **DP** = desvio padrão; **IC Bca** = *Bias Corrected accelerated* (Ajuste corrigido e acelerado) do intervalo de confiança para proporção de 95%; **a** = Anova One-way **b** = teste *t* de student; \*\* 1 Salário-Mínimo= 1100 reais.

Fonte: Elaborado pela autora.

Para avaliação da diferença dos escores das dimensões entre os sexos um teste *t* de Student foi executado. Todas as dimensões apresentaram homogeneidade da variância pelo teste de Levene ( $p > 0,05$ ). Os homens apresentaram maiores escores na dimensão Aceitação como fuga do que as mulheres ( $t(694) = 2,579, p < 0,05$ ). Entretanto, o tamanho de efeito da diferença foi pequeno ( $d$  de Cohen = 0,27).

Foi realizada uma ANOVA-*One Way* com o objetivo de avaliar se havia diferenças nos níveis de atitudes frente à morte em função do grupo etário. Apenas a dimensão Aceitação Natural não apresentou homogeneidade de variância (Levene (2, 693) = 6,250,  $p < 0,01$ ). Foram observadas diferenças significativas em todas as dimensões do DAP-R: Aceitação Natural

[Welch's  $F(2, 40,923) = 8,613, p < 0,01, \eta^2 = 0,010$ ]; Medo da Morte e Evitar a Morte [ $F(2, 693) = 5,042, p < 0,01, \eta^2 = 0,011$ ]; Aceitação como Fuga [ $F(2, 693) = 8,106, p < 0,001, \eta^2 = 0,020$ ] e Aceitação como Transcendência [ $F(2, 693) = 5,640, p < 0,01, \eta^2 = 0,013$ ].

Testes post-hoc demonstraram que as pessoas mais velhas (> 60 anos) apresentaram maiores escores de Aceitação Natural do que os mais jovens (18 a 29 anos) ( $\Delta M = 0,56, IC\ 95\% \text{ Bca } (0,27 - 0,80)$ ) e do que os adultos do grupo 2 (30 a 59 anos) [ $\Delta M = 0,44, IC\ 95\% \text{ Bca } (0,17 - 0,66)$ ]. Os maiores de 60 anos apresentaram menores escores de Medo da Morte e Evitar a Morte do que os de 18 a 29 anos [ $\Delta M = -1,02, IC\ 95\% \text{ Bca } (-1,50) - (-0,48)$ ] e do que os de 30 a 59 anos [ $\Delta M = -0,86, IC\ 95\% \text{ Bca } (-1,33) - (-0,32)$ ].

Os idosos também apresentaram menores escores de Aceitação como Transcendência do que os mais jovens [ $\Delta M = -1,02, IC\ 95\% \text{ Bca } (-1,70) - (-0,42)$ ] e do que os *middle* adultos [ $\Delta M = -0,98, IC\ 95\% \text{ Bca } (-1,68) - (-0,41)$ ]. Na dimensão Aceitação como Fuga o grupo dos mais jovens apresentou maiores escores do que os adultos de 30 a 59 anos [ $\Delta M = 0,40, IC\ 95\% \text{ Bca } (0,20 - 0,61)$ ].

Os resultados da ANOVA demonstraram que houveram diferenças entre os escores de aceitação natural e o estado civil dos participantes [Welch's  $F(2, 116,46) = 9,166, p < 0,001$ ]. Teste post-hoc de Games-Howell demonstrou que o grupo de separado(a)/divorciado(a) possui maiores escores de aceitação natural que o grupo de solteiros [ $\Delta M = 0,38, IC\ 95\% \text{ Bca } (0,18 - 0,56)$ ] e que o grupo de casado (a)/união estável [ $\Delta M = 0,36, IC\ 95\% \text{ Bca } (0,15 - 0,53)$ ], porém com um tamanho de efeito eta-quadrado pequeno ( $\eta^2 = 0,010$ ), demonstrando pouca relevância prática.

Também houve diferenças nos escores de Aceitação como fuga entre solteiro e casado(a)/união estável ( $F(2, 687) = 5,262, p < 0,01, \eta^2 = 0,015$ ). O grupo de solteiros apresentou escores mais altos que o grupo de casado (a)/união estável [ $\Delta M = 0,35, IC\ 95\% \text{ Bca } (0,14 - 0,58)$ ].

Em relação à distribuição dos escores da DAP-R em função da religião dos participantes, as dimensões Aceitação Natural e Aceitação como Transcendência não apresentaram homogeneidade de variância ( $p < 0,05$ ).

Todas as dimensões apresentaram diferenças estatisticamente significativas: Aceitação Natural [Welch's  $F(4, 82,584) = 10,169, p < 0,001, \eta^2 = 0,055$ ]; Medo da Morte e Evitar a Morte [ $F(2, 691) = 20,953, p < 0,001, \eta^2 = 0,108$ ]; Aceitação como Fuga [ $F(4, 691) = 10,529, p < 0,001, \eta^2 = 0,057$ ] e Aceitação como Transcendência [Welch's  $F(4, 81,809) = 23,070, p < 0,001, \eta^2 = 0,142$ ].

Os testes de post-hoc demonstraram que escores de aceitação natural foram maiores para os espíritas do que para os católicos [ $\Delta M = 0,32$ , IC 95% Bca (0,14 – 0,48)] e protestantes [ $\Delta M = 0,61$ , IC 95% Bca (0,37 – 0,85)]. Os escores dos Sem religião também foram maiores que o dos católicos [ $\Delta M = 0,29$ , IC 95% Bca (0,14 – 0,45)] e dos protestantes [ $\Delta M = 0,59$ , IC 95% Bca (0,36 – 0,82)]. Sendo que os escores dos protestantes foram menores que os dos católicos [ $\Delta M = -0,30$ , IC 95% Bca (-0,50) – (-0,11)].

Na dimensão Medo da Morte e Evitar a morte, os participantes católicos apresentaram os maiores escores de todos os grupos e foram estatisticamente diferentes dos protestantes [ $\Delta M = 0,45$ , IC 95% Bca (0,22 – 0,67)], dos espíritas [ $\Delta M = 1,43$ , IC 95% Bca (1,09 – 1,72)] e dos sem religião [ $\Delta M = 0,59$ , IC 95% Bca (0,25 – 0,92)]. Os participantes espíritas apresentaram menores escores também que o grupo dos protestantes [ $\Delta M = -0,98$ , IC 95% Bca (-1,30) – (-0,62)] e dos sem religião [ $\Delta M = -0,84$ , IC 95% Bca (-1,26) – (-0,39)].

Para a Aceitação como Fuga, as diferenças encontradas referiram-se a que o grupo de espíritas teve escores mais baixos do que o grupo de católicos [ $\Delta M = -0,98$ , IC 95% Bca (-1,29) – (-0,64)], de protestantes [ $\Delta M = -1,11$ , IC 95% Bca (-1,45) – (-0,70)] e de sem religião [ $\Delta M = -1,39$ , IC 95% Bca (-1,87) – (-0,88)].

As diferenças encontradas nos escores de Aceitação como Transcendência tiveram um tamanho de efeito grande ( $\eta^2 = 0,142$ ). Os católicos e protestantes apresentaram maiores escores nessa dimensão do que os participantes de todos os outros grupos, e não tiveram diferenças entre si.

Católicos diferiram estatisticamente do grupo de espíritas [ $\Delta M = 0,86$ , IC 95% Bca (0,61 – 1,13)], dos sem religião [ $\Delta M = 1,24$ , IC 95% Bca (0,91 – 1,58)] e do grupo de outras religiões [ $\Delta M = 0,91$ , IC 95% Bca (0,35 – 1,49)]. Protestantes/evangélicos apresentaram escores maiores que o grupo de espíritas [ $\Delta M = 0,85$ , IC 95% Bca (0,55 – 1,12)], os sem religião [ $\Delta M = 1,22$ , IC 95% Bca (0,87 – 1,61)] e o grupo de outras religiões [ $\Delta M = 0,89$ , IC 95% Bca (0,32 – 1,51)].

Na tabela 17 são apresentadas as estatísticas de comparação de média entre os escores da DAP-R e os dados de formação acadêmica e profissional dos participantes da pesquisa.

**Tabela 17** – Análise bivariada dos escores da DAP-R de acordo com as características de formação acadêmica e profissional dos estudantes e profissionais de enfermagem (n=696). Teresina, PI, Brasil, 2021.

Características	AN		MM e EM		AF		AT	
	Média (95% IC Bca)	DP (95% IC Bca)						
<b>Categoria na Enfermagem<sup>a</sup></b>	<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,001		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,000		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,000		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,414	
Enfermeiro(a)	6,28 (6,20-6,36)	0,77 (0,68-0,86)	3,86 (3,75-3,97)	1,29 (1,23-1,36)	3,50 (3,38-3,61)	1,34 (1,27-1,41)	4,76 (4,65-4,87)	1,13 (1,06-1,20)
Técnico em Enfermagem	6,07 (5,84-6,29)	0,78 (0,55-1,01)	4,38 (4,00-4,77)	1,33 (1,56-1,49)	4,03 (3,67-4,40)	1,29 (1,11-1,45)	4,89 (4,54-5,19)	1,21 (0,88-1,50)
Estudante de Graduação	6,33 (6,23-6,44)	0,67 (0,59-0,74)	3,91 (3,70-4,16)	1,39 (1,28-1,49)	4,04 (3,79-4,30)	1,54 (1,42-1,65)	4,61 (4,40-4,82)	1,30 (1,17-1,42)
Estudante do Técnico	5,56 (5,16-5,92)	1,36 (1,05-1,61)	4,72 (4,46-5,02)	1,07 (0,87-1,22)	4,02 (3,66-4,37)	1,23 (1,01-1,41)	4,66 (4,37-4,93)	0,96 (0,80-1,09)
<b>Disciplina de tanatologia<sup>b</sup></b>	<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,149		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,394		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,941		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,621	
Sim	6,32 (6,17-6,49)	0,85 (0,64-1,07)	3,87 (3,63-4,11)	1,32 (1,19-1,43)	3,68 (3,41-3,98)	1,43 (1,27-1,57)	4,78 (4,56-5,01)	1,16 (1,01-1,30)
Não	6,21 (6,13-6,28)	0,83 (0,73-0,92)	3,99 (3,89-4,10)	1,32 (1,27-1,38)	3,69 (3,57-3,80)	1,39 (1,32-1,46)	4,72 (4,62-4,82)	1,16 (1,10-1,22)
<b>Disciplina de cuidados paliativos<sup>b</sup></b>	<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,045		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,003		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,731		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,279	
Sim	6,14 (6,03-6,24)	0,87 (0,73-1,00)	4,18 (4,03-4,34)	1,25 (0,15-1,34)	3,67 (3,49-3,83)	1,34 (1,23-1,44)	4,79 (4,65-4,93)	1,11 (1,00-1,22)
Não	6,27 (6,20-6,34)	0,81 (0,69-0,93)	3,86 (3,74-3,98)	1,35 (1,28-1,42)	3,70 (3,57-3,83)	1,43 (1,34-1,51)	4,70 (4,60-4,81)	1,19 (1,11-1,27)
<b>Curso de tanatologia<sup>b</sup></b>	<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,001		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,001		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,477		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,028	
Sim	6,41 (6,31-6,51)	0,63 (0,53-0,72)	3,63 (3,42-3,85)	1,36 (1,23-1,48)	3,61 (3,36-3,85)	1,44 (1,28-1,59)	4,53 (4,33-4,74)	1,19 (1,04-1,32)
Não	6,17 (6,10-6,24)	0,87 (0,77-0,97)	4,06 (3,96-4,18)	1,30 (1,24-1,36)	3,71 (3,59-3,82)	1,38 (1,31-1,45)	4,79 (4,68-4,89)	1,15 (1,08-1,22)
<b>Curso de cuidados paliativos<sup>b</sup></b>	<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,006		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,008		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,500		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,704	
Sim	6,31 (6,22-6,39)	0,75 (0,64-0,88)	3,83 (3,68-3,96)	1,31 (1,24-1,37)	3,65 (3,52-3,79)	1,35 (1,26-1,43)	4,71 (4,60-4,83)	1,16 (1,07-1,24)
Não	6,14 (6,04-6,24)	0,90 (0,80-1,00)	4,12 (3,97-4,28)	1,33 (1,25-1,40)	3,73 (3,58-3,88)	1,44 (1,36-1,53)	4,75 (4,62-4,87)	1,17 (1,08-1,26)
<b>Projeto de Pesquisa ou Extensão sobre tanatologia<sup>b</sup></b>	<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,167		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,566		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,590		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,726	
Sim	6,39 (6,11-6,65)	0,67 (0,44-0,88)	4,12 (3,62-4,59)	1,29 (1,00-1,50)	3,53 (2,97-4,12)	1,54 (1,18-1,77)	4,81 (4,33-5,23)	1,20 (0,94-1,41)
Não	6,22 (6,16-6,28)	0,84 (0,75-0,92)	3,97 (3,87-4,08)	1,33 (1,27-1,38)	3,69 (3,59-3,81)	1,39 (1,32-1,46)	4,73 (4,64-4,81)	1,16 (1,09-1,23)
<b>Projeto de Pesquisa ou Extensão sobre cuidados paliativos<sup>b</sup></b>	<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,885		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,309		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,482		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,068	
Sim	6,24 (6,02-6,43)	0,95 (0,66-1,29)	4,11 (3,81-4,41)	1,36 (1,20-1,50)	3,78 (3,50-4,06)	1,31 (1,16-1,46)	4,91 (4,72-5,14)	0,93 (0,83-1,02)
Não	6,22 (6,15-6,29)	0,81 (0,74-0,89)	3,95 (3,85-4,06)	1,32 (1,16-1,47)	3,67 (3,58-3,78)	1,41 (1,34-1,46)	4,70 (4,61-4,79)	1,19 (1,13-1,25)
<b>Cuidados a paciente terminal<sup>b</sup></b>	<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,100		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,001		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,007		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,351	
Sim	6,26	0,77	3,86	1,31	3,59	1,38	4,76	1,16

Características	AN		MM e EM		AF		AT	
	Média (95% IC Bca)	DP (95% IC Bca)						
Não	6,13 (5,99-6,26)	0,95 (0,79-1,11)	4,25 (4,05-4,44)	1,31 (1,25-1,37)	3,91 (3,72-4,10)	1,40 (1,29-1,50)	4,67 (4,49-4,84)	1,17 (1,06-1,29)
<b>Paciente faleceu sob seus cuidados<sup>b</sup></b>	<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,002		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,002		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,024		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,642	
Sim	6,30 (6,23-6,37)	0,74 (0,66-0,82)	3,84 (3,71-3,97)	1,31 (1,25-1,36)	3,60 (3,48-3,74)	1,39 (1,31-1,47)	4,75 (4,63-4,85)	1,15 (1,08-1,22)
Não	6,08 (5,95-6,20)	0,97 (0,82-1,14)	4,24 (4,07-4,39)	1,31 (1,22-1,39)	3,85 (3,67-4,03)	1,40 (1,30-1,49)	4,70 (4,55-4,85)	1,19 (1,08-1,28)
<b>Cuidados com o corpo após a morte<sup>b</sup></b>	<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,011		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,001		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,001		<b>Valor-p</b> <i>p</i> = 0,141	
Sim	6,29 (6,22-6,37)	0,75 (0,66-0,84)	3,81 (3,68-3,94)	1,31 (1,24-1,37)	3,53 (3,40-3,67)	1,37 (1,29-1,45)	4,68 (4,57-4,79)	1,18 (1,11-1,25)
Não	6,11 (5,99-6,24)	0,93 (0,80-1,06)	4,23 (4,07-4,39)	1,30 (1,21-1,38)	3,93 (3,77-4,09)	1,40 (1,30-1,50)	4,81 (4,67-4,93)	1,13 (1,02-1,23)

Legenda: **AN** = Aceitação Natural; **MM e EM** = Medo da Morte e Evitar a morte; **AT** = Aceitação como Transcendência; **AF** = Aceitação como Fuga; **DP** = desvio padrão; **95% IC BCa** = *Bias Corrected accelerated* (Ajuste corrigido e acelerado) do intervalo de confiança para proporção de 95%; **a** = Anova One-way **b** = teste *t* de student;

Fonte: Elaborado pela autora.

Para avaliação das diferenças nos escores de DAP-R entre as categorias na enfermagem dos participantes foi realizada uma Anova *One way*. Os escores das dimensões Medo da Morte e Evitar a morte (Levene (3, 692) = 1,58,  $p > 0,05$ ) e Aceitação como Fuga (Levene (3, 692) = 2,36,  $p > 0,05$ ) apresentaram homogeneidade de variância. As dimensões que apresentaram diferenças estatisticamente significativas foram: Aceitação Natural [Welch's  $F(3, 123,717) = 6,119$ ,  $p < 0,01$ ,  $\eta^2 = 0,055$ ]; Medo da Morte e Evitar a Morte [ $F(3, 692) = 8,454$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,035$ ] e Aceitação como Fuga [ $F(3, 692) = 8,214$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,033$ ].

Para Aceitação Natural, os escores dos estudantes de curso técnico em enfermagem foram menores que os de enfermeiros [( $\Delta M = -0,72$ , IC 95% Bca (-1,14) – (-0,36)], técnicos em enfermagem [( $\Delta M = -0,51$ , IC 95% Bca (-0,99) – (-0,77)] e estudantes de graduação em enfermagem [( $\Delta M = -0,78$ , IC 95% Bca (-1,22) – (-0,39)].

Os estudantes do curso técnico em enfermagem apresentaram maiores escores de Medo da morte e Evitar a morte que os enfermeiros [( $\Delta M = 0,86$ , IC 95% Bca (0,56 – 1,17)] e que os estudantes de graduação em enfermagem [( $\Delta M = 0,82$ , IC 95% Bca (0,44 – 1,17)]. Assim como, os técnicos em enfermagem apresentaram mais medo da morte que os enfermeiros [( $\Delta M = 0,52$ , IC 95% Bca (0,12 – 0,94)].

Os enfermeiros apresentaram menores escores de Aceitação como Fuga quando comparados aos técnicos em enfermagem [( $\Delta M = -0,54$ , IC 95% Bca (-0,90) – (-0,18)], aos

estudantes de graduação em enfermagem  $[(\Delta M = -0,55, \text{IC } 95\% \text{ Bca } (-0,84) - (-0,27)]$  e aos estudantes do curso técnico em enfermagem  $[(\Delta M = -0,52, \text{IC } 95\% \text{ Bca } (-0,88) - (-1,62)]$ .

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos que tiveram e não tiveram disciplina de tanatologia em sua formação. Também não foram encontradas diferenças entre os que participaram e não participaram de projetos de extensão ou pesquisa em tanatologia ou em cuidados paliativos.

Em relação a disciplina de cuidados paliativos, os escores de aceitação natural tiveram um valor de  $p$  significativo ( $t(694) = -1,977, p = 0,045$ ), porém o intervalo de confiança *bootstrapping* atingiu a linha da nulidade  $[(\Delta M = -1,30 \text{ IC } 95\% \text{ Bca } (-0,25) - (0,00)]$ . Esse dado é corroborado pelo tamanho do efeito que foi irrisório ( $d$  de Cohen= 0,16). Já em relação aos escores de Medo da Morte e Evitar a Morte significativo ( $t(694) = 3,098, p = 0,003$ ), o grupo que cursou disciplina de cuidados paliativos teve escores maiores que o que não fez  $[(\Delta M = 0,32, \text{IC } 95\% \text{ Bca } (0,14 - 0,52)]$ . Entretanto, o tamanho do efeito para esse dado foi pequeno ( $d$  de Cohen= 0,24).

Os participantes que fizeram algum curso de tanatologia tiveram maiores escores de aceitação natural ( $t(319,957) = 3,791, p = 0,001, d$  de Cohen= 0,29)  $[(\Delta M = 0,24, \text{IC } 95\% \text{ Bca } (0,12 - 0,37)]$ . Já o grupo que não fez nenhum curso de Tanatologia apresentou maiores escores de Medo da Morte e Evitar a morte ( $t(694) = 3,592, p = 0,001, d$  de Cohen= 0,34)  $[(\Delta M = 0,44, \text{IC } 95\% \text{ Bca } (0,19 - 0,68)]$  e de Aceitação como Transcendência ( $t(694) = 2,418, p = 0,028, d$  de Cohen= 0,22)  $[(\Delta M = 0,26, \text{IC } 95\% \text{ Bca } (0,04 - 0,48)]$ .

Nesse mesmo sentido, quem fez curso de Cuidados Paliativos teve maiores escores de Aceitação Natural ( $t(674,137) = 2,612, p = 0,006, d$  de Cohen= 0,21)  $[(\Delta M = 0,16, \text{IC } 95\% \text{ Bca } (0,04 - 0,29)]$  e menores escores de Medo da Morte e Evitar a morte ( $t(694) = -2,921, p = 0,008, d$  de Cohen= 0,22)  $[(\Delta M = -0,29, \text{IC } 95\% \text{ Bca } (-0,50) - (-0,09)]$  do que quem não fez.

Os dados apontam que quem teve experiência de prestar cuidados a paciente terminal ( $t(694) = -3,540, p = 0,001, d$  de Cohen= 0,30)  $[(\Delta M = -0,39, \text{IC } 95\% \text{ Bca } (-0,58) - (-0,20)]$ , quem teve paciente que faleceu sobre seus cuidados ( $t(694) = -3,871, p = 0,002, d$  de Cohen= 0,41)  $[(\Delta M = -0,41, \text{IC } 95\% \text{ Bca } (-0,61) - (-0,20)]$  e quem realizou cuidados com o corpo após a morte ( $t(694) = -4,156, p = 0,001, d$  de Cohen= 0,32)  $[(\Delta M = -0,42, \text{IC } 95\% \text{ Bca } (-0,64) - (-0,20)]$  tiveram menores escores Medo da morte e Evitar a morte.

Assim como, os escores de Aceitação como fuga foram menores entre quem teve experiência de prestar cuidados a paciente terminal ( $t(694) = -2,740, p = 0,007, d$  de Cohen= 0,23)  $[(\Delta M = -0,32, \text{IC } 95\% \text{ Bca } (-0,55) - (-0,09)]$ , quem teve paciente que faleceu sobre seus

cuidados ( $t(694) = -2,164$ ,  $p = 0,024$ ,  $d$  de Cohen= 0,18) [ $(\Delta M = -0,24$ , IC 95% Bca (-0,43) – (-0,46)] e realizou cuidados com o corpo após a morte ( $t(694) = -3,719$ ,  $p = 0,001$ ,  $d$  de Cohen= 0,29) [ $(\Delta M = -0,40$ , IC 95% Bca (-0,61) – (-0,19)].

Aqueles que tiveram paciente que faleceu sobre seus cuidados ( $t(380,565) = 3,060$ ,  $p = 0,002$ ,  $d$  de Cohen= 0,27) [ $(\Delta M = 0,22$ , IC 95% Bca (0,07 – 0,38)] e realizaram cuidados com o corpo após a morte ( $t(486,085) = 2,663$ ,  $p = 0,011$ ,  $d$  de Cohen= 0,23) [ $(\Delta M = 0,18$ , IC 95% Bca (0,04 – 0,32)] tiveram maiores escores de aceitação natural.

## 8 DISCUSSÃO

Este estudo examinou as evidências de validade da DAP-R na sua versão adaptada ao Brasil em 696 profissionais e estudantes de enfermagem das diferentes regiões brasileiras. Embora a pesquisa não tenha um processo de amostragem abrangente de modo a ser estatisticamente representativo de todos os profissionais e estudantes de enfermagem da população brasileira, verificou-se que o instrumento apresentou boas propriedades psicométricas para mensurar o construto de atitudes frente à morte nesse público.

Além disso, a amostra apresentou características que são esperadas dessa população como a predominância feminina e a jovialidade. Em 2013, foi realizada uma pesquisa nacional para traçar o perfil da enfermagem no Brasil e se constatou que 86,2% dos profissionais cadastrados no sistema do Conselho Regional de Enfermagem (Coren) são mulheres e que apenas 2,3% apresentam idade acima de 60 anos (PERSEGONA; OLIVEIRA; PANTOJA, 2016). Esses dados são similares aos de nossa amostra que teve 84,8% dos participantes do sexo feminino e 2,2% com idade superior a 60 anos.

A amostra apresentou majoritariamente religiões de origem cristã (56,0% de católicos e 22,1% de evangélicos), mas também um percentual considerável de pessoas que afirmaram não possuir religião (10,3%). De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), a proporção de católicos da população brasileira tem sido reduzida, ainda que permaneça majoritária (64,6%). Paralelamente, observa-se o crescimento da religião evangélica, assim como o aumento da população que se declarou sem religião, que alcançou os 15 milhões em 2010 (8,0%) (IBGE, 2012).

Os participantes deste estudo tiveram pouca formação teórica e mais vivência prática com aspectos relacionados a tanatologia e cuidados paliativos. Esse dado é corroborado pelos achados de Ribeiro *et al.* (2019) que identificaram uma reduzida oferta de disciplinas sobre Cuidados Paliativos e/ou Tanatologia nos cursos de graduação em enfermagem das universidades federais brasileiras. A região Nordeste disponibiliza 6 cursos, sendo três sobre Tanatologia, 2 sobre Cuidados Paliativos e 1 sobre Cuidados paliativos e tanatologia. A região Sudeste 2 cursos, um de Tanatologia e outro de Cuidados paliativos. As regiões Norte, Centro-Oeste e Sul, respectivamente 1 curso sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia cada (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Em relação a análise das evidências de validade da versão traduzida e adaptada da DAP-R para o Brasil, foram identificados através da AFE quatro fatores, responsáveis por explicar de 60,66 % da variância total. No estudo original, usando o método dos componentes principais,

os cinco componentes encontrados explicaram 63,1% da variância (WONG; REKER; GESSER, 1994). A distribuição das respostas aos itens demonstrou assimetria e curtose, principalmente nos itens referentes a dimensão Aceitação Natural, que indicaram a correlação policórica como a adequada na extração dos fatores.

Este é o primeiro estudo a fazer a avaliação fatorial da DAP-R por meio da AFE utilizando Análise Paralela com correlação policórica. Os demais estudos exploratórios utilizaram Análise dos componentes principais (HO *et al.*, 2010; IRANMANESH; DARGAHI; ABBASZADEH, 2008; ISIK; FADILOGLU; DEMIR, 2009; JANSEN *et al.*, 2019; KUMABE, 2006; LOUREIRO, 2010; NAKAGI; TADA, 2014; RAVENCO; IORDANESCU, 2015; RÍO-VALLE, 2007; TERKAMO-MOISO, 2016). Já as versões alemã, russa e polonesa da DAP-R realizaram análise fatorial confirmatória a partir da estrutura de Wong, Reker e Gesser (1994) (BELLALI *et al.*, 2018; BRUDEK; SEKOWSKI; STEUDEN, 2020; CHISTOPOLSKAYA *et al.*, 2017).

A ACP foi por muito tempo o método de redução de dados mais utilizado em estudos da área da psicologia, como é o caso da pesquisa de desenvolvimento da DAP-R. Assim, muitos pesquisadores acreditam erroneamente que ACP seja um tipo de AFE. Contribui para esse engano que este ainda seja o método padrão de redução de dados de alguns dos principais programas estatísticos utilizados na área da saúde (por exemplo, SPSS e SAS) (DAMÁSIO, 2012). Entretanto, o uso da ACP é desaconselhado em pesquisas que busquem compreender um construto latente porque pode sobrestimar a dimensionalidade do conjunto de itens (LLORET-SEGURA *et al.*, 2014).

Na criação da DAP-R, a análise de componentes principais com rotação varimax foi conduzida em uma amostra de 300 adultos, entre 18 e 90 anos de idade, e confirmou as teorias dos pesquisadores formuladas para as 5 dimensões e seus 32 itens (WONG; REKER; GESSER, 1994). Na versão brasileira da DAP-R, os itens das dimensões Medo da Morte e Evitar a morte convergiram em um único fator indicando que nesta amostra e com análises robustas compreendidas não correspondem a duas dimensões.

Wong, Reker e Gesser (1994) apontaram que a dimensão do Medo da Morte reflete o confronto da pessoa com a morte, de modo que existe uma consciência na evocação do sentimento de medo. Enquanto a dimensão Evitar a Morte é semelhante a evitar pensar ou falar sobre o assunto, a fim de reduzir a ansiedade frente à morte. Este último reflete um mecanismo de defesa que mantém a morte dentro do subconsciente. Entretanto, teoricamente esses conceitos estão intimamente relacionados visto que existe de forma implícita uma atitude negativa semelhante no Medo da morte e no Evitar a morte (BELLALI *et al.*, 2018). A evitação

geralmente acompanha o medo da morte, aparentemente porque as pessoas tendem a evitar o que temem (CHISTOPOLSKAYA *et al.*, 2017).

Na versão turca da escala DAP-R testada com 320 enfermeiros, os autores também identificaram a unificação dos itens dessas duas dimensões em um único fator. Essa alteração estrutural foi apontada como relacionada a divergências culturais. Considerando a aceitabilidade de diversas percepções da atitude frente à morte a serem medidas em diferentes sociedades com culturas e crenças próprias, pode ser natural que a escala apresente uma estrutura fatorial própria em cada país onde as suas propriedades psicométricas são avaliadas (ISIK; FADILUĞLU; DEMIR, 2009).

Outra alteração na versão brasileira da DAP-R foi a exclusão dos itens 17 (Não temeria a morte, mas também não a receberia de braços abertos) e 30 (A morte não é boa nem ruim) da Aceitação Natural. Esses itens não apresentaram cargas fatoriais significativas em nenhum fator e seus valores de comunalidades foram muito baixo. Dessa forma, a dimensão permaneceu com apenas 3 itens. Outros estudos encontraram problemas em replicar a estrutura fatorial da Aceitação Natural, pois seus achados demonstraram que os itens dessa subescala não estariam medindo uma construção unitária (CLEMENTS; ROODA, 2000; HO *et al.*, 2010; KUMABE, 2006).

Em 2000, Clements e Rooda examinaram a estrutura fatorial, confiabilidade, e validade do DAP-R em uma amostra de 403 enfermeiros americanos. A análise de componentes resultou em uma solução de seis ao invés de cinco fatores. Os primeiros quatro fatores corresponderam às subescalas originalmente propostas, mas a subescala de aceitação natural foi dividida em dois fatores.

Um exame de conteúdo dos itens revelou que três itens, com cargas significativas no quinto fator, estavam medindo percepções da visão de mundo sobre morte como uma parte natural da vida (itens 6; 14; 24). Enquanto os outros dois itens (17 e 30), que carregam no sexto fator, referiam-se a uma aceitação pessoal da morte como neutra (CLEMENTS; ROODA, 2000).

Na versão japonesa, a dimensão aceitação natural carregou com apenas dois itens, o 14 e o 30, os demais não corresponderam a nenhum fator. Os itens desse domínio apresentaram características de dispersão muito pequenas, de forma que a quase totalidade dos sujeitos concordaram ou concordaram totalmente com eles: item 6 (91,9%), 14 (96,3%), 17 (79,2%), 24 (58,8%) e 30 (81,9%). O valor do alfa de Cronbach de Aceitação Natural foi de 0,45 e por isso optou-se por excluí-la. Assim, a DAP-R japonesa ficou configurada com 4 domínios (KUMABE, 2006).

A validação da versão chinesa da DAP-R envolveu uma amostra de 300 adultos e apresentou sete fatores na análise dos componentes principais, sendo que a dimensão de Aceitação Natural ficou dividida em duas: “Aceitação neutra” e “Aceitação pessoal”, como ocorreu no estudo americano. Além disso, a subescala de Aceitação como Transcendência ficou dividida em duas subescalas “Aceitação como Aproximação” e “Crenças em vida pós morte”. Esses dados sugerem que existem diferenças culturais nas atitudes frente a morte da população chinesa em comparação com sociedades ocidentais (HO *et al.*, 2010).

Uma outra versão chinesa do DAP-R foi desenvolvida usando uma amostra de 126 enfermeiros a partir da pesquisa de Tang e colaboradores (2014). Após a rotação ortogonal varimax, encontraram 10 fatores comuns que puderam explicar um total de 69,86% da variância. O alfa de Cronbach da maioria dos domínios estava acima de 0,7 e o *split-half coefficient* foi de 0,864. Contudo, neste estudo foram mantidas as 5 dimensões da escala, com a modificação para o uso de uma escala likert de 5 pontos. Essa versão é a mais utilizada nas pesquisas chinesas que envolvem a enfermagem (WANG *et al.*, 2018; XU *et al.*, 2019; ZHOU; LI; ZHANG, 2020).

O item 31 (Espero ansioso pela vida após a morte) foi excluído da dimensão Aceitação como Transcendência porque apresentou uma carga fatorial de apenas 0,187 e uma comunalidade muito baixa (0,078). Essa dimensão pode refletir as crenças e práticas religiosas ortodoxas que abraçam uma vida após a morte como desejável, uma união com Deus e seus entes queridos (BELLALI *et al.*, 2018). Entretanto, acredita-se que a expressão “ansioso” deste item pode ter sido interpretada como um “desejo pela morte” e isso levou a uma não identificação dos participantes com ele, diferente do que aconteceu com os demais itens de Transcendência.

Ademais da análise de dimensionalidade do instrumento por meio da AFE, a psicometria contemporânea indica o uso de múltiplas técnicas de dimensionamento e de índices de ajustamento do modelo e que também incorporem o conceito de evidências de validade da estrutura externa por múltiplos indicadores (GORETZKO; PHAM; BÜHNER, 2019; MIALHE *et al.*, 2021). Além disso, a aplicação e interpretação exclusiva dos índices de adequação geral do modelo, isoladamente, não garantem que a solução da análise fatorial seja adequada ou útil na prática. Sabe-se que é possível obter valores de índices de ajuste satisfatórios baseados em itens de baixa qualidade (FERRANDO; NAVARRO-GAONZÁLES; LORENZO- SEVA, 2019).

A aplicação de múltiplos indicadores decorre da necessidade de atestar por diversas técnicas as evidências de validade do instrumento (FERRANDO; NAVARRO-GAONZÁLES;

LORENZO- SEVA, 2019). Para este estudo as técnicas psicométricas utilizadas foram muito mais extensivas e atuais do que nas demais validações da DAP-R em outros países. Deste modo, não temos valores comparativos para as medidas de replicabilidade dos escores fatoriais (*Generalized H-index*) nem para as medidas de qualidade e a efetividade das estimativas dos fatores ou para os parâmetros de TRI.

O modelo final da DAP-R brasileira, com suas 4 dimensões e 29 itens, apresentou medidas de replicabilidade da estrutura fatorial adequadas. A aplicação do Índice G-H avalia quão bem definida a variável latente está a partir dos itens do instrumento (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2018). Deste modo, entende-se que todos os fatores encontrados seriam replicáveis em estudos futuros com outras populações, o que mitiga possíveis efeitos das características da amostra. Como houve uma diferença pequena entre os níveis de G-H latente e observado, pode-se inferir uma estabilidade do modelo e sua possível generalização.

Todos os valores das medidas de qualidade e efetividade dos escores do modelo apresentaram um nível elevado e adequado para avaliar a relação entre a estimativa dos escores da solução e a variável latente a qual eles estimam (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2018). Esses seriam indicadores da confiabilidade que temos nos escores fatoriais apresentados. Assim, no modelo final da DAP-R as estimativas de pontuação do fator foram precisas, com baixo erro de medição; com bons indicadores para representar as verdadeiras pontuações dos fatores; e eficazes para discriminar os respondentes com diferentes níveis de traço de latente (GARRIDO *et al.*, 2019). Além disso, conforme esperava-se os índices de unidimensionalidade confirmaram a estrutura multidimensional da DAP-R aqui no Brasil.

As medidas de importância de Pratt também apresentaram altos valores (próximos de 1) para os itens dentro de cada fator. De acordo com Wu e Zumbo (2017), essa interpretação é análoga à medida do tamanho do efeito do eta-quadrado. Assim, podemos dizer que as variações dos itens atribuíveis a cada fator são consideradas grandes.

A qualidade do ajuste foi avaliada por múltiplos índices de ajustamento do modelo (*goodness-of-fit* - GOF) que recomendaram a aceitabilidade do modelo proposto, visto que os valores obtidos a partir da amostra foram superiores aos indicados nas suas referências ( $\chi^2$  (296) = 795,169,  $p < 0,001$ ; CMIN/DF = 2,89; RMSEA = 0,053; CFI = 0,97; TLI = 0,95) (BROWN, 2014; HAIR *et al.*, 2009). Analisando conjuntamente esses resultados pode-se concluir que o modelo proposto apresenta capacidade significativa de explicar a matriz dos dados de entrada.

Estes achados foram similares aos obtidos por meio de análise fatorial confirmatória na versão russa da DAP-R (CFI = 0,945, RMSEA = 0,054) (CHISTOPOLSKAYA *et al.*, 2017); na polonesa (CMIN/DF = 2,93; RMSEA = 0,061; CFI = 0,98; TLI = 0,96) (BRUDEK;

SEKOWSKI; STEUDEN, 2018); e na versão alemã da escala ( $\chi^2 (453) = 791,461, p < 0,001, \text{CMIN/DF} = 1,74, \text{CFI} = 0,90, \text{RMSEA} = 0,05$ ) (JANSEN et al., 2019). Assim, as medidas de ajuste atingiram valores cuja interpretação indica que o modelo seja muito bem correspondido aos dados em cada país que a DAP-R foi testada.

Em relação aos parâmetros de TRI, à exceção dos itens 1, 2, 20, 22, 27 e 28, todos os itens apresentaram valores de discriminação ( $a$ ) entre 0,81 e 1,78, variando entre moderada e alta discriminação. Esse dado pode ser levado em consideração na possível construção de versões curtas da escala. De forma geral, a discriminação do item apresentou níveis adequados para o modelo (BAKER, 2001).

Além disso, os *Thresholds* permitem apontar que houve um padrão crescente nos valores encontrados, de forma que quanto maior foi a concordância com item, maior foi a necessidade de traço latente para endossá-lo. Esses indicadores da TRI legitimam os resultados obtidos nos indicadores primários das análises fatoriais e atestam a confiabilidade do instrumento.

Em termos de consistência interna, os itens do instrumento em suas dimensões, demonstraram altos valores para confiabilidade composta ( $>0,80$ ), sendo esse um indicador importante e mais robusto tendo em vista que leva em conta as diferenças das cargas fatoriais (VALENTINI; DAMÁSIO, 2016). Embora o alfa de Cronbach não seja um bom indicador para comparação dos modelos, ele é o único índice de consistência interna comum entre o nosso estudo e os demais que testaram a DAP-R. Os valores de  $\alpha$  foram superiores a 0,80 em todas as dimensões, menos na Aceitação Natural, como ocorreu em múltiplos estudos usando a escala (BRUDEK; SEKOWSKI; STEUDEN, 2018; CLEMENTS; ROODA, 2000; HO et al., 2010; JANSEN et al., 2019), incluindo o original (WONG; REKER; GESSER, 1994).

Os valores do alfa de Cronbach são profundamente influenciados pelo número de itens do instrumento de medida (DAMÁSIO, 2012). Um pequeno número de itens por domínio, como é o caso da Aceitação Natural que permaneceu com apenas 3 afirmativas, pode diminuir o coeficiente alfa, afetando a consistência interna. Ainda assim, os valores obtidos nesta e em outras pesquisas atendem o padrão mínimo ( $\alpha > 0,60$ ) para serem considerados satisfatórios (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Avaliou-se também a estabilidade teste-reteste da escala quando comparados os escores das dimensões entre duas aplicações da DAP-R em momentos diferentes, seguindo a recomendação da literatura de 10-14 dias (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Obtiveram-se ótimas correlações entre todos os domínios utilizando o ICC, o que fortalece as

evidências de confiabilidade. A DAP- R apresenta, portanto, níveis adequados de consistência interna e estabilidade.

Similar à versão original da DAP-R e à versão chinesa e como esperado para fins de validade convergente da DAP-R houve uma correlação positiva moderada entre a DAS e a dimensão Medo da Morte e Evitar a morte (HO *et al.*, 2010; WONG; REKER; GESSER, 1994). Assim como houve uma correlação negativa muito baixa com Aceitação Natural (WONG; REKER; GESSER, 1994).

Sobre as correlações entre as dimensões da escala, observa-se que mesmo as estatisticamente significativas apresentaram tamanhos de efeito muito pequenos. Esse dado corrobora o que já foi observado em outros estudos a respeito da relativa independência dos fatores da DAP-R (BELLALI *et al.*, 2018; BRUDEK; SEKOWSKI; STEUDEN, 2018; CLEMENTS; ROODA, 2000; HO *et al.*, 2010; JANSEN *et al.*, 2019). Isso implica que as atitudes positivas e negativas em relação à morte não são necessariamente opostas diretas uma da outra (JANSEN *et al.*, 2019).

Jansen e colaboradores (2019) apontam que pode haver uma estrutura fatorial de ordem superior presente na DAP-R. Segundo eles, as dimensões Aceitação como Fuga e como Transcendência parecem agrupar-se, representando uma dimensão dos aspectos positivos da morte. Uma dimensão negativa parece ser composta por Medo da morte e Evitar da morte. E a Aceitação Natural traria os aspectos de neutralidade. Essas dimensões globais de atitude positiva e negativa parecem ser independentes uma da outra.

Assim como na versão original foi identificado uma predominância maior de concordância com a dimensão Aceitação Natural, seguida da Aceitação como Transcendência. Foi observado também que pessoas acima de 60 anos apresentam menos medo da morte e uma maior aceitação natural dos que os adultos jovens (WONG; REKER; GESSER, 1994). Essas diferenças também foram encontradas em estudos aplicando as versões polonesa, portuguesa e turca (BRUDEK; SEKOWSKI; STEUDEN, 2018; LOUREIRO, 2010; OZCELIC *et al.*, 2018).

Por outro lado, a única diferença de gênero encontrada neste estudo foi na dimensão aceitação como fuga e não apresentou um tamanho de efeito importante. Na versão polonesa, não houve diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres em quatro dimensões das atitudes em relação à morte. A única subescala que diferiu foi a de Medo da Morte. No entanto, o efeito observado foi considerado insignificante ( $d$  de Cohen = 0,12) (BRUDEK; SEKOWSKI; STEUDEN, 2018). Na versão alemã, as pontuações das subescalas do DAP-GR não diferiram com base na idade, sexo, formação educacional e experiência

anterior com a morte. Assim, essas variáveis parecem não ter influência nas atitudes em relação à morte nesta população (JANSEN et al, 2019).

Em relação à religião, os dados evidenciaram diferenças significativas em todas as dimensões. Com um tamanho de efeito médio, identificou-se que os participantes espíritas apresentaram os menores escores de Medo da Morte e Evitar a morte em relação aos demais grupos. Assim como, os católicos apresentaram maiores escores que os dos espíritas, dos protestantes e dos sem religião.

Na Aceitação Natural, os espíritas e os sem religião apresentaram maior concordância com os itens do que os católicos e protestantes. Bem como os escores dos protestantes foram menores que os dos católicos. Os espíritas também apresentaram os menores escores de Aceitação como Fuga.

A doutrina espírita está pautada no mecanismo de reencarnação, assim a morte não é o fim da vida, mas sim apenas uma etapa dela, como o nascimento. Deste modo, o indivíduo nasce, envelhece, morre e nasce novamente, constituindo dessa maneira um ciclo no qual vida e morte estão interligadas e não contrapostas. Sendo assim, o medo da morte não é plausível para o indivíduo adepto dessa prática (AVERSA, 2018).

Já para os que se declaram sem religião poucos estudos sobre atitudes frente à morte foram executados (JONG *et al.*, 2018). Entretanto, pesquisa realizada nos Estados Unidos apontou que quanto "mais seguro" de sua visão de mundo for o ateu ou o descrente, mais baixos são os seus níveis de ansiedade da morte e mais altos os de aceitação da morte (SAWYER; BREWSTER; ERTL, 2021).

Em contraposição, os católicos podem ter a influência da religiosidade para o aumento do medo e da ansiedade frente a morte em razão de um temor da ira divina e da punição post-mortem. Assim como suas crenças podem reduzir esse medo, quando os indivíduos estão mais confiantes de sua salvação (JONG *et al.*, 2018). Outra interpretação possível é a de que esse grupo desta amostra se enquadre na categoria de "católicos nominais", ou seja, indivíduos que não acreditam em todos os dogmas e não participam dos rituais do catolicismo, se declarando católicos por certa tradição familiar ou por terem sido criados nessa religião (SANTOS, 2018).

Por outro lado, as diferenças na Aceitação como Transcendência tiveram tamanho de efeito grande e apontaram que os católicos e protestantes apresentaram maiores escores nessa dimensão do que os participantes de todos os outros grupos. Muitos estudos sobre a morte e o morrer tem a filosofia cristã como base para sua construção, pois o fator religioso influencia diretamente em relação às atitudes frente à morte dos indivíduos (WONG; FUNG; JIANG, 2015).

A dimensão Transcendência da DAP-R está entre as escalas desenvolvidas baseadas em preceitos cristãos (WONG, REKER; GESSER, 1994). Os adeptos do cristianismo usualmente aceitam a morte como promessa de ressurreição em Cristo (de vida eterna) (WONG; FUNG; JIANG, 2015) corroborando com os itens apontados nesse fator. Assim, da perspectiva da TMT, as visões de mundo relacionadas à crença religiosa podem servir como um amortecedor eficaz para as ansiedades que resultam da consciência da mortalidade (JONG *et al.*, 2018).

Em relação às diferenças nos escores da DAP-R em razão das características de formação acadêmica dos participantes, identificou-se que os estudantes de curso técnico em enfermagem tiveram menos Aceitação Natural e mais Medo da Morte e Evitar a morte do que os enfermeiros e estudantes de graduação em enfermagem. Assim como, os técnicos em enfermagem apresentaram mais aceitação natural que os estudantes do curso técnico e mais medo da morte que os profissionais de nível superior. Sendo que os enfermeiros apresentaram menos aceitação como fuga do que as demais categorias.

A primeira questão levantada é a possível interferência de outras características desses indivíduos, como é o caso da idade (adulto jovem) ou falta de formação específica para os estudantes do curso técnico em enfermagem, nas diferenças encontradas. Uma nova análise utilizando a idade e aspectos formativos como covariáveis poderia esclarecer esse tópico.

Outra hipótese se refere à divisão do trabalho em enfermagem no Brasil que leva o enfermeiro a atuar mais no gerenciamento da assistência de Enfermagem, fazendo a interrelação entre cuidar e administrar este cuidado (MACHADO *et al.*, 2020). Provavelmente isso possa ter contribuído para as diferenças entre enfermeiros e técnicos encontradas.

Neste estudo, investigou-se a formação assim como experiência prática em relação a diversos tópicos de cuidados paliativos e tanatologia dos participantes. Os que fizeram algum curso de tanatologia ou de cuidados paliativos tiveram maiores escores de aceitação natural. Já o grupo que não fez nenhum curso apresentou maiores escores de Medo da Morte e Evitar a morte. Os dados também apontam que quem teve experiência prática com cuidados fim de vida (cuidados a paciente terminal, com o corpo após a morte e se algum paciente que faleceu) teve maiores escores de Aceitação Natural e menores de Aceitação como Fuga e de Medo da morte e Evitar a morte.

Conforme assinalado por algumas pesquisas, à medida que os estudantes de enfermagem avançam no curso, eles obtêm mais experiência, tornam-se mais frequentemente expostos à morte, e sua consciência, conhecimento e capacidade de lidar com essas questões de finitude aumentam (CERIT, 2019; ZAHRAN *et al.*, 2021). Isso também é visto entre os

enfermeiros, ou seja, quanto maior o grau de experiência de assistência a pacientes em estágio terminal maiores os índices de atitudes positivas em relação à morte (OZCELIK et al., 2018).

Estudos demonstram que o treinamento de estudantes e de profissionais de enfermagem são eficazes no desenvolvimento de atitudes positivas em relação à morte (CERIT, 2019; DIMIOULA *et al.*, 2019; GÖRIS *et al.*, 2017; ÖZVEREN; GÜLNAR; ÇALIŞKAN, 2018) e que estas influenciam em atitudes positivas de cuidado com pacientes em processo de morte e morrer (ZHRAN et al., 2021). Por outro lado, o medo da morte e o evitar a morte se associam negativamente com essas atitudes de cuidados a pacientes fim de vida (ÖZVEREN; GÜLNAR; ÇALIŞKAN, 2018).

As limitações deste estudo englobam a natureza do recrutamento dos participantes e a não avaliação das validades baseadas no processo de resposta dos itens e na consequência da testagem. Ainda, devido à natureza transversal do estudo, não foi possível realizar inferências causais.

Amostragem de conveniência envolve um viés de seleção potencial que pode afetar os resultados. A pesquisa foi promovida por método de amostragem com recrutamento online que produziu uma amostra majoritariamente de nordestinos com poucos participantes das demais regiões do país. Dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil demonstram que existe uma concentração de profissionais da enfermagem com quase a metade na região Sudeste (49%), seguida do Nordeste (22,3%), sendo as regiões Sul com 13,4% e Centro-Oeste e Norte com 8% em média (PERSEGONA; OLIVEIRA; PANTOJA, 2016).

Além disso, no estudo original foram realizadas as análises com a população geral e não somente com profissionais da enfermagem. Cabe salientar que as propriedades psicométricas dos instrumentos não são atributos estáticos, pois elas sofrem influências das características da população estudada e da situação sob a qual a medida é conduzida (DAMÁSIO; BORSA, 2017). Dessa maneira, torna-se relevante que novos estudos sejam realizados de forma a contribuir com as evidências de validade do instrumento em diferentes públicos das diversas regiões do país.

O *guideline Standards for educational and psychological testing* (AERA; APA; NCME, 2014) fornece poucas indicações sobre como se obtém a validade baseada no processo de resposta. Usualmente, os métodos usados pelos pesquisadores podem ser agrupados em duas categorias: 1) aqueles que acessam diretamente os processos psicológicos ou operações cognitivas (entrevistas, grupos focais e entrevistas cognitivas) e 2) aqueles que fornecem indicadores indiretos que requerem inferência adicional (tempos de resposta e rastreamento

ocular) (DAMÁSIO; BORSA, 2017). Assim, pesquisas futuras devem ser feitas aplicando alguma das técnicas sugeridas.

A maioria dos testes tem um objetivo de avaliação que poderá resultar em impactos na vida do sujeito avaliado. Assim, torna-se importante avaliar as consequências pretendidas e os efeitos colaterais indesejados que possam surgir a partir da aplicação dos testes (DAMÁSIO; BORSA, 2017). Embora a AERA, APA e NCME (2014) já tenham postulado sobre a sua importância e necessidade, ainda é escasso ver esse tipo de discussão sendo realizado na prática.

Cizek, Bowen e Church (2010) afirmam que as consequências da testagem como fonte de evidência de validade não existem na literatura profissional. A síntese imaginada de evidências relacionadas à precisão das inferências de pontuação de teste e evidências relacionadas à adequação do uso da pontuação de teste não é lógica nem praticamente possível (CIZEK, 2016). Novas discussões que abordem essa problemática são importantes de serem conduzidas dentro dos estudos de validação futura da DAP-R. Outro ponto seria a realização de um estudo de parametrização dos escores da escala, uma vez que houve mudanças no número de itens e de dimensões em relação à escala do estudo original.

Apesar das limitações, o presente estudo traz importantes avanços no conhecimento científico relacionado ao processo de validação de instrumentos para a mensuração das atitudes frente à morte e, ainda, a disponibilização de um instrumento com extensas evidências de validade para avaliar esse construto no público da enfermagem brasileira. Cabendo destaque para os excelentes índices de replicabilidade dos escores fatoriais, das medidas de qualidade e a efetividade das estimativas dos fatores, dos índices de ajuste e dos parâmetros de TRI calculados.

## 9 CONCLUSÃO

A versão adaptada da *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R) para o Brasil apresentou excelentes fontes de evidências de validade e fidedignidade obtidas com a abordagem da TCT e da TRI. Entre as quais destacam-se os valores satisfatórios da consistência interna das dimensões, assim como a estrutura imergida da análise fatorial que apresentou excelentes valores dos índices de ajuste, estabilidade e replicabilidade do instrumento. Assim, pesquisa gerou dados confiáveis sobre a avaliação das atitudes frente à morte em estudantes e profissionais da enfermagem.

Entretanto, uma vez que a amostra desse estudo não é representativa da população brasileira, não é possível garantir que essa estrutura fatorial com 4 dimensões se comportará de maneira semelhante em outros estudos. Dessa maneira, recomenda-se que pesquisas futuras envolvendo a Análise Fatorial Confirmatória por meio da TCT sejam realizadas de forma a verificar a estrutura fatorial encontrada. Assim como, sugere-se que suas propriedades psicométricas sejam testadas em outras populações e em diferentes contextos culturais para que mais evidências sobre sua validade e confiabilidade sejam reportadas.

## REFERÊNCIAS

- ABAJAS-BUSTILLO, R. *et al.* Using High-Fidelity Simulation to Introduce Communication Skills about End-of-Life to Novice. **Healthcare**, [S. l.], v. 8, n. 238, p. 1–15, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/8/3/238>
- ALONSO, A. I. L. *et al.* Los juegos experimentales de aula: una herramienta didáctica en cuidados paliativos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03310, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100402&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100402&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Sept. 2020. Epub Apr 12, 2018. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017007703310>
- AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION; AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION; NATIONAL COUNCIL ON MEASUREMENT IN EDUCATION. **Standards for educational and psychological testing**. Washington, DC: American Educational Research Association, 2014.
- AQUINO, T. A. A. *et al.* Visions of death, anxiety and meaning of live: A correlational study. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 28, n. 63, p. 289-302, 2010.
- ASADPOUR, M. *et al.* The Attitude of Medical Students Toward Death: A Cross-Sectional Study in Rafsanjan. **Indian J Palliat Care**, Nova Deli, v. 22, n.3, p.354-61, 2016.
- AVERSA, V. P. A “Morte” na doutrina espírita de Allan Kardec: Um comparativo aos invariantes culturais propostos por Maurice Godelier. **Último Andar**, n. 32, p. 123-142, 2018.
- BAKAN, A. B.; ARLI, S. K. Comparison of Attitudes Toward Death Between University Students Who Receive Nursing Education and Who Receive Religious Education. **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 57, n. 6, p. 2389–2397, 2018. DOI: 10.1007/s10943-018-0609-z. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0609-z>.
- BAKER, F. B. **The basics of item response theory**. 2nd ed. Maryland: ERIC Clearinghouse on Assessment and Evaluation, 2001.
- BEATON, D. *et al.* **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures**. Toronto: Institute for Work & Health, 2007.
- BELLALI, T. *et al.* Psychometric Properties of the Revised Death Attitude Profile in a Greek Sample of Nurses. **J Nurs Meas.**, Washington, v.26, n.2, p. 264-77, 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, 13/06/2013; n. 12, seção 1, p.59, 2013.

BRITO, P. C. C. *et al.* Reflexões sobre a Terminalidade da Vida com Acadêmicos de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 44, n. 1, p. 1–6, 2020. DOI: 10.1590/1981-5271v44.1-20190213.

BROWN, T. A. **Confirmatory factor analysis for applied research**. New York: Guilford Press, 2014.

BRUDEK, P.; SEKOWSKI, M.; STEUDEN, S. Polish Adaptation of the Death Attitude Profile-Revised. **Omega** [online], Westport, v. 81, n.1, 18-36, 2020. doi: 10.1177/0030222818754670.

BRUDEK, P.; SEKOWSKI, M. Wisdom as the Mediator in the Relationships Between Meaning in Life and Attitude Toward Death. **Omega**, Westport, v. 83, n.1, p. 3-32, 2021. DOI: 10.1177/0030222819837778.

CAMILLI, G.; FOX, J. P. An aggregate IRT procedure for exploratory factor analysis. **J Educ Behav Stat.**, [S. l.], v. 40, n.4, p. 377-401, 2015. <https://doi.org/1076998615589185>

CARDOSO, M. F. P. T. *et al.* Atitudes dos enfermeiros especialistas face à morte: particularidades dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, Porto, Portugal, v. 3, n. 1, p. 76–83, 2020. DOI: 10.33194/rper.2020.v3.n1.10.5772. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/136>. Acesso em: 5 out. 2021.

CARDOSO, M. F. P. T.; MARTINS, M. M. F. P. S.; RIBEIRO, O. M. P. L.; FONSECA, E. F. Atitudes dos enfermeiros frente à morte no contexto hospitalar: diferenciação por unidades de cuidados. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 1–9, 2021. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2020-0100.

CERIT B. Influence of Training on First-Year Nursing Department Students' Attitudes on Death and Caring for Dying Patients: A Single-Group Pretest-Posttest Experimental Study. **Omega** [online], Westport, v. 78, n.4, p. 335-347, 2019. Disponível em: [http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0030222817748838?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0030222817748838?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed). Acesso em: 15 out. 2020. doi: 10.1177/0030222817748838.

CEVIK, B.; KAV S. Attitudes and Experiences of Nurses Toward Death and Caring for Dying Patients in Turkey. **Cancer Nursing**, Washington, v. 36, n.6, p. 58-65, 2013.

CHISTOPOLSKAYA, K. A. *et al.* Construction of Short Russian Versions of Death Attitude Profile-Revised and Fear of Personal Death Scale. **Suicidology**, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 43–55, 2017. (Em russo).

CIZEK, G. J. Validating test score meaning and defending test score use: Different aims, different methods. **Assessment in Education: Principles, Policy & Practice**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 212–225, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/0969594X.2015.1063479>

CIZEK, G. J.; BOWEN, D.; CHURCH, K. Sources of validity evidence for educational and psychological tests: A follow-up study. **Educational and Psychological Measurement**, [S.l.], v. 70, n. 5, p. 732-743, 2010.

COHEN, J. A power primer. **Psychological bulletin**, [S.l.], v. 112, n. 1, p. 155–159, 1992. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>

CONNER, N. E.; LOERZEL, V. W.; UDDIN, N. Nursing Student End-of-Life Care Attitudes After an Online Death and Dying Course. **Journ Hosp & Palliat. Nurs.**, Philadelphia, v. 16, n. 6, p. 374-82, 2014.

COSTA, B. R. L. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica. **Rev Int Gest Soc.**, [S. l.], v. 7, n.1, p. 15-37, 2018.

DAMASIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Aval. psicol.**, Itatiba, v.11, n. 2, p. 213-228, ago. 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 17 nov. 2020.

DAMÁSIO, B. F.; BORSA, J. C. (Eds.). **Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos**. São Paulo: Vetor, 2017.

DIMOULA M. *et al.* Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey. **Nurse Educ Today.**, [S.l.], v.74, s/n, p.7-14, 2019. doi:10.1016/j.nedt.2018.11.025

DONAVAN, J. Validation of a Portuguese form of Templer's Death Anxiety Scale. **Psychological Reports**, [S.l.], v.73, p. 195-200, 1993.

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E.; GONCALVES, N.; ROMANOSKI, P. J. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - parte I. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e1600017, 2017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001600017>.

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E.; GONCALVES, N.; ROMANOSKI, P. J. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - parte II. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 28, e20170311, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0311>.

FERRANDO, P.J.; LORENZO-SEVA, U. Program FACTOR at 10: origins, development and future directions. **Psicothema**, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 236-241, 2017. doi: 10.7334/psicothema2016.304

FERRANDO, P.J.; LORENZO-SEVA, U. Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. **Educational and Psychological Measurement**, [S. l.], v. 78, p. 762-780, 2018. doi:10.1177/0013164417719308

FERRANDO, P. J.; NAVARRO-GAONZÁLES D.; LORENZO- SEVA, U. Assessing the quality and effectiveness of the factor score estimates in psychometric factor-analytic applications. **Methodology (Gott)**, v. 15, n. 3, p. 119-127, 2019. doi: 10.1027/1614-2241/a000170

FERREIRA, M. C. A psicologia social contemporânea: Principais tendências e perspectivas nacionais e internacionais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S. l.], v. 26, n. suppl. 1, p. 51–64, 2010. DOI: 10.1590/S0102-37722010000500005.

FIELD, A. **Discovering statistics using IBM SPSS statistics**. California: SAGE Publications, 2018.

GARRIDO, C. C. et al. Multidimensional or essentially unidimensional? A multi-faceted factor-analytic approach for assessing the dimensionality of tests and items. **Psicothema**, Oviedo, v. 31, n. 4, p. 450- 457, 2019. DOI: 10.7334/psicothema2019.153

GORETZKO, D.; BÜHNER, M. Robustness of factor solutions in exploratory factor analysis. **Behaviormetrika.**, [S. l.], p. 1 -18, 2021. <https://doi.org/10.1007/s41237-021-00152-w>

GORETZKO, D.; PHAM, T.T.; BÜHNER, M. Exploratory factor analysis: Current use, methodological developments and recommendations for good practice. **Current Psychology**, [S. l.], p. 1-12, 2019. doi: <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00300-2>

GÖRIS, S. *et al.* Effect of terminal patient care training on the nurses' attitudes toward death in an oncology hospital in Turkey. **J Can Educ.**, New York, v. 32, n.1, p.65-71, 2017.

GUO, Q.; ZHENG, R. Assessing oncology nurses' attitudes towards death and the prevalence of burnout: A cross-sectional study. **European Journal of Oncology Nursing**, [S. l.], v. 42, s/n, p. 69–75, 2019. DOI: 10.1016/j.ejon.2019.08.002.

GURDOGAN, E. P.; KINICI, E.; AKSOY, B. The relationship between death anxiety and attitudes toward the care of dying patient in nursing students. **Psychology, Health and Medicine**, [S. l.], v. 24, n. 7, p. 843-852, 2019. DOI: 10.1080/13548506.2019.1576914. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1576914>.

GURDOGAN, E. P. *et al.* Nurses perceptions of spiritual care and attitudes toward the principles of dying with dignity : A sample from Turkey. **Death Studies**, [S. l.], v. 41, n. 3, p. 180–187, 2017. DOI: 10.1080/07481187.2016.1231242. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2016.1231242>.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6 ed. Porto Alegre: Bookman Editora, 2009.

HAUKOOS, J. S.; LEWIS, R. J. Advanced statistics: Bootstrapping confidence intervals for statistics with “difficult” distributions. **Academic Emergency Medicine**, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 360-365, 2005. doi:10.1197/j.aem.2004.11.018

HO, A. H. Y. et al. Psychometric properties of the chinese version of the Death Attitude Profile-Revised. **Illness, Crisis & Loss**, Chester, Reino Unido, v.18, n.2, p. 95-110, 2010.

HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R.; TRENTINI, C. M. **Psicometria**. Ed. Digital. Porto Alegre, Artmed, 2015.

IRANMANESH, S.; DARGAHI, H.; ABBASZADEH, A. Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, v.6, n.1, p.363-9, 2008.

ISIK, E.; FADILÖĞLU, Ç.; DEMİR, Y. Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Populasyonunda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi**, Turquia, v. 2, s/n, p. 28 – 43, 2009. (Em turco)

JAFARI, M. *et al.* Caring for dying patients: attitude of nursing students and effects of education. **Indian J Palliat Care**, Nova Deli, v. 21, n.2, p.192-7, 2015.

JANSEN, J. *et al.* German version of the Death Attitudes Profile- Revised (DAP-GR) - Translation and validation of a multidimensional measurement of attitudes towards death. **BMC Psychology**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 1–11, 2019. DOI: 10.1186/s40359-019-0336-6.

JONG, J. *et al.* The religious correlates of death anxiety: A systematic review and meta-analysis. **Religion, Brain & Behavior**, v. 8, n. 1, p. 4-20, 2018.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. 5. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9. ed. Trad. Paulo Menezes. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.

KUMABE, C. Factors influencing contemporary Japanese attitudes regarding life and death. **The Japanese Journal of Health Psychology**, Japão, v. 19, n.1, p.10-24, 2006. (Em japonês).

LAROS, J. A. O Uso da Análise Fatorial: Algumas Diretrizes para Pesquisadores. In: PASQUALI, L. **Análise Fatorial para pesquisadores**. 1. ed. Brasília: LabPAM Saber e Tecnologia, 2012. cap.7, p.163-193

LIMA, R. *et al.* Educação para a morte: sensibilização para o cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 71, n. suppl 4, p. 1884–1889, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0018. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=131246777&lang=es&site=ehost-live&scope=site>.

LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO, P.J. **Robust Promin**: a method for diagonally weighted factor rotation. Tarragona, Spain: Technical report, URV, 2019.

LLORET-SEGURA, S. *et al.* El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. **Anales de psicología**, Murcia, v. 30, n. 3, p. 1151-1169, 2014. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

LOUREIRO, L. M. J. Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIII, n. 1, p. 101-8, 2010.

MACHADO, M. H. *et al.* Mercado de trabalho e processos regulatórios – a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 101-112, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27552019>>. Epub 20 Dez 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27552019>.

MACHADO, R. S. *et al.* Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. **Cultura de los Cuidados**, Valência, v.20, n.45, p.91-7, 2016.

MACHADO, R. S. *et al.* Translation and Cultural Adaptation of Death Attitude Profile Revised (DAP-R) for use in Brazil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 28, e20180238, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0238>.

MACHADO, R. S. *et al.* **The attitude to death measurement instruments in nursing: a systematic review.** PROSPERO, 2020, CRD42020156220. Disponível em: [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42020156220](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42020156220). Acesso em 05 mai. 2021.

MATOS, D. A. S.; RODRIGUES, E. C. **Análise Fatorial**. 1 ed. Brasília: ENAP, 2019. 74 p.

MIALHE, F. L. *et al.* Evaluating the psychometric properties of the eHealth Literacy Scale in Brazilian adults. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], Brasília, v. 75, n. 1, e20201320, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1320>>. Acesso em: 06 Set. 2021. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1320>.

MIALHE, F. L. *et al.* Psychometric properties of the adapted instrument European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online], Ribeirão Preto, v. 29, n. e3436, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.4362.3436>>. Epub 02 Jul 2021. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4362.3436>.

MOKKINK, L.B. *et al.* The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **J Clin Epidemiol.**, [S. l.], v. 63, n.7, p. 735-45, 2010. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>.

MOKKINK, L.B. *et al.* The COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. **Braz. J. Phys. Ther.**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 105-113, Apr. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552016000200105&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552016000200105&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Sept. 2020. Epub Jan 19, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0143>.

NIA, H. S. *et al.* Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. **Int J Comunitária Nurs Midwifery**, Shiraz, Irã, v. 4, n.1, p.2-10, 2016.

NUNES, C. H. S. S.; PRIMI, R. Impacto do tamanho da amostra na calibração de itens e estimativa de escores por teoria de resposta ao item. **Aval. psicol.**, v.4, n.2, p. 141-53, 2005.

NUNES, E. C. D. A.; SANTOS, A. A.. Challenges of nursing teaching-learning to care for human dying - professors' perceptions. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 21, n. 4, p. 1–8, 2017. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0091.

OLIVAS, M. A.; SILVA, J. V.; SANTOS, F. S. Adaptação transcultural: Multidimensional Orientation Toward Dying and Death Inventory (MODDI-F) à realidade brasileira. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 710-718, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300016>.

OLIVEIRA, F. *et al.* Aspectos teóricos e metodológicos para adaptação cultural e validação de instrumentos na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e4900016, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004900016>.

OLIVEIRA JÚNIOR, C. R. *et al.* Cross cultural adaptation of Collett-Lester Fear of Death Scale to the brazilian reality. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 210-216, jan. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.210-216>.

O'SHEA, E. R.; MAGER, D. End-of-life nursing education: Enhancing nurse knowledge and attitudes. **Applied Nursing Research**, [S. l.], v. 50, s/n, p. 151197, 2019. DOI: 10.1016/j.apnr.2019.151197. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151197>.

OZCELIK, H. Attitudes to death of nurses in Turkey and factors affecting them. **Hos Pal Med Int Jnl.**, [S.l.], v. 2, n. 6, p. 303-9, 2018.

ÖZVEREN, H.; GÜLNAR, E.; ÇALIŞKAN, N. Effect of Storytelling Technique on the Attitudes of Nursing Students Toward Death. **Omega** [online], Westport, v. 0, n.0, 2020. DOI: 10.1177/0030222820921026.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.43, n. Esp, p. 992-9, 2009.

PASQUALI, L. **Análise Fatorial para pesquisadores**. Brasília: LabPAM, 2012.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Ed. digital. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

PASQUALI, L. *et al.* **Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PEREIRA, S. M.; PIRES, E. F. Experiences of loss and grief in contemporary: a bibliographic study. **Revista educação UNG-SER**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 200–217, 2018. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/educacao/article/view/2837>.

PERSEGONA, M. F. M.; OLIVEIRA, E. S.; PANTOJA, V. J. C. As características geopolíticas da enfermagem brasileira. **Divulg Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 56, s/n, p. 19-35, 2016. Disponível em: [http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/12/Divulga%C3%A7%C3%A3o\\_56\\_Cofen.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/12/Divulga%C3%A7%C3%A3o_56_Cofen.pdf). Acesso em 02 de outubro de 2021.

PRADO, R. T. *et al.* Communication in the management of the nursing care before the death and dying process. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 28, n. 2, e20170336, 2019 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0336>

- PRAXEDES, A. M.; ARAÚJO, J. L.; NASCIMENTO, E. G. C. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. **Psic., Saúde & Doenças**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 369–76, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v19n2/v19n2a16.pdf>
- PRINSEN, C.A.C. *et al.* COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. **Qual Life Res.**, [S. l.], v. 27, p.1147–1157, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3>
- RAVENCO, C.; IORDANESCU, E. Romanian version of Death Attitude Profile Revised (DAP-R) questionnaire. **Romanian Journ Experiml Applied Psych.** Bucharest, v. 6, n. Special Issue, 97-97, 2015.
- RECKASE, M. D. The difficulty of test items that measure more than one ability. **Applied Psychological Measurement**, [S. l.], v. 9, s/n, p. 401-412, 1985. doi:10.1177/014662168500900409
- RIBEIRO, B. S. *et al.* Ensino dos Cuidados Paliativos na graduação em Enfermagem do Brasil. **Enfermagem em Foco**, [S. l.], v. 10, n. 6, p. 131–136, 2019. DOI: 10.21675/2357-707x.2019.v10.n6.2786.
- RÍO-VALLE, J. S. **Validación de la versión española de la Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte y del Perfil revisado de actitudes hacia la muerte**: estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención. 2007, 228 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Granada: Universidad de Granada-Espanha, 2007
- RUIZ-PELLÓN, N. *et al.* Experiences of nursing students participating in end-of-life education programs: A systematic review and qualitative metasynthesis. **Nurse education today**, v. 90, n. 104442, 19 Apr. 2020. DOI:10.1016/j.nedt.2020.104442
- SANTOS, D. A. S. “Não-determinados?” - A pulverização evangélica e o problema metodológico do censo brasileiro. **Diversidade Religiosa**, v. 8, n. 1, p. 03–23,2018.
- SAWYER, J. S.; BREWSTER, M. E.; & ERTL, M. M. Death anxiety and death acceptance in atheists and other nonbelievers. **Death studies**, [S. l.], v. 45, n.6, p. 459–468, 2021. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1648339>
- SELLBOM, M.; TELLEGEN, A. Factor analysis in psychological assessment research: Common pitfalls and recommendations. **Psychological assessment**, [S. l.], v. 31, n.12, p. 1428–1441, 2019. <https://doi.org/10.1037/pas0000623>
- SEKOWSKI, M. Does Psychosocial Ego Development Partially Mediate the Association Between Defense Mechanisms and Death Attitude ? **Omega (Westport)**, [S. l.], p. 1–16, 2020. DOI: 10.1177/0030222820956734
- SILVA, M. C. Q. S. *et al.* O processo morrer e morte de pacientes com Covid-19: uma reflexão à luz da espiritualidade. **Cogitare enferm.** [Internet], v. 25, e73571, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73571>. Acesso em 06 de ago 2020.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N.M.; GUIRARDELLO, E.B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.26, n.3, p. 649-59, 2017.

TANG, L.; ZHANG, L.; LI Y. Validation and reliability of a Chinese version Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) for nurses. **Journal of Nursing Science**, [S. l.], v. 14, s/n, p. 64-66, 2014. (em chinês).

TERKAMO-MOISO, A. **Complexity of attitudes toward death and euthanasia**. Kuopio (Finland): University of Eastern Finland, 2016.

TIMMERMAN, M. E.; LORENZO-SEVA, U. Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. **Psychological Methods**, [S. l.], v. 16, s/n, p. 209-220, 2011. doi:10.1037/a0023353.

VALENTINI, F.; DAMÁSIO, B. F. Variância Média Extraída e Confiabilidade Composta: Indicadores de Precisão. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 32 n. 2, p. 1-7, 2016.

WALTZ, C. F.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E. R. **Measurement in Nursing and Health Research**. 5 ed. New York: Springer Publishing Company, 2017.

WANG, L. *et al.* Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China. **International Journal of Palliative Nursing**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 33-39, 2018. DOI: 10.12968/ijpn.2018.24.1.33.

WITTKOWSKI, J.; PARÉ, P. M. Dimensions of Death-Related Attitudes in a French-Speaking Sample. **Omega**, 302228211043698, 2021. Advance online publication. <https://doi-org.ez17.periodicos.capes.gov.br/10.1177/00302228211043698>

WONG, L. P.; FUNG, H. H.; JIANG, D. Associations between Death Attitudes and Religiosity: Different between Christians and Buddhists? **Psychology of Religion and Spirituality**., Maryland, v. 7, n.1, p.70-79, 2015.

WONG, P. T. P. Meaning management theory and death acceptance. In Tomer, A., Eliason, G. T., Wong, P. T. P. (Eds.). **Existential and spiritual issues in death attitudes** (pp. 65-89). New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates, 2007.

WONG, P. T. P.; CARRENO, D. F.; OLIVER, B. G. Death acceptance and the meaning-centered approach to end-of-life care. *In*: MENZIES, R.E.; MENZIES, R. G.; IVERACH, L. (Ed.), **Curing the dread of death: Theory, research and practice**. Samford Valley, Australia: Australian Academic Press, 2018. p. 185-202.

WONG, P. T. P.; REKER, G. T.; GESSER, G. Death Attitude Profile Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. *In*: NEIMEYER, R. A. **Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application**. Washington, DC: Taylor & Francis, 1994. p. 121-48.

XAVIER, A. F. *et al.* Abordagens quantitativas e qualitativas nos estudos de avaliação de atitudes frente a morte na enfermagem. *In*: PRAXEDES, M. F. S. **Saberes, estratégias e ideologias de enfermagem**. Ponta Grossa (PR): Editora Atena, 2021.

XU, F. *et al.* Questionnaire Study on the Attitude towards Death of the Nursing Interns in Eight Teaching Hospitals in Jiangsu, China. **BioMed Research International**, [S. l.], v. 3107692, 2019. DOI: 10.1155/2019/3107692.

ZAHARAN, Z. *et al.* Nursing students' attitudes towards death and caring for dying patients. **Nursing Open**, [s.l.], v.0, n. 0, p. 1–10, 2021. <https://doi.org/10.1002/nop2.1107>

ZHANG, H. *et al.* Impact of death education courses on emergency nurses' perception of effective behavioral responses in dealing with sudden death in China: A quasi-experimental study. **Nurse Education Today**, [S. l.], v. 85, n. 104264, 2020. DOI: 10.1016/j.nedt.2019.104264. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104264>.

ZHOU, Y.; LI, Q.; ZHANG, W. Undergraduate nursing students' knowledge, attitudes and self-efficacy regarding palliative care in China: A descriptive correlational study. **Nursing open**, v. 8, n. 1, p. 343–353, 2020. <https://doi.org/10.1002/nop2.635>

ZUCCALA, M. *et al.* A systematic review of the psychometric properties of death anxiety self-report measures. **Death Studies**, [S. l.], v. 0, n. 0, p. 1–23, 2019. DOI: 10.1080/07481187.2019.1699203



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**APÊNDICE A – DEATH ATTITUDE PROFILE- REVISED VERSÃO BRASILEIRA**

<b>Perfil de Atitudes frente à Morte - Revisado (PAM-R).</b>							
<p>Este questionário contém uma série de afirmações sobre diferentes atitudes em relação à morte. Leia atentamente cada afirmação e, em seguida, decida o quanto concorda ou discorda. Por exemplo: “A morte é uma amiga”. Indique o quanto concorda ou discorda, marcando uma das seguintes opções: <b>CT</b>: Concordo Totalmente; <b>C</b>: Concordo; <b>CM</b>: Concordo Moderadamente; <b>NCND</b>: Nem concordo nem discordo; <b>DM</b>: Discordo Moderadamente; <b>D</b>: Discordo; <b>DT</b>: Discordo Totalmente. Note que as escalas vão de <i>concordo totalmente</i> a <i>discordo totalmente</i> e de <i>discordo totalmente</i> a <i>concordo totalmente</i>.</p> <p>Se você concorda totalmente com a afirmação, você marca <b>CT</b>. Se você discorda totalmente, você marca <b>DT</b>. Se estiver indeciso, escolha a opção <b>NCND</b> (nem concordo nem discordo). No entanto, tente usar essa opção o mínimo possível.</p> <p>É importante que você leia todas as afirmações e responda cada uma. Muitas afirmações podem parecer semelhantes, mas todas são necessárias para mostrar pequenas diferenças nas atitudes.</p>							
1. A morte é sem dúvida uma experiência desagradável.	<b>DT</b>	<b>D</b>	<b>DM</b>	<b>NCND</b>	<b>CM</b>	<b>C</b>	<b>CT</b>
2. A expectativa da minha própria morte desperta ansiedade em mim.	<b>CT</b>	<b>C</b>	<b>CM</b>	<b>NCND</b>	<b>DM</b>	<b>D</b>	<b>DT</b>
3. Evito pensamentos sobre a morte a todo custo.	<b>CT</b>	<b>C</b>	<b>CM</b>	<b>NCND</b>	<b>DM</b>	<b>D</b>	<b>DT</b>
4. Acredito que vou para o céu depois que eu morrer.	<b>DT</b>	<b>D</b>	<b>DM</b>	<b>NCND</b>	<b>CM</b>	<b>C</b>	<b>CT</b>
5. A morte trará um fim a todos os meus problemas.	<b>DT</b>	<b>D</b>	<b>DM</b>	<b>NCND</b>	<b>CM</b>	<b>C</b>	<b>CT</b>
6. A morte deveria ser vista como um evento natural, inegável e inevitável.	<b>CT</b>	<b>C</b>	<b>CM</b>	<b>NCND</b>	<b>DM</b>	<b>D</b>	<b>DT</b>
7. Me incomoda o caráter definitivo da morte.	<b>CT</b>	<b>C</b>	<b>CM</b>	<b>NCND</b>	<b>DM</b>	<b>D</b>	<b>DT</b>
8. A morte é uma entrada para um lugar de satisfação plena (céu, paraíso).	<b>DT</b>	<b>D</b>	<b>DM</b>	<b>NCND</b>	<b>CM</b>	<b>C</b>	<b>CT</b>
9. A morte proporciona uma fuga deste mundo terrível.	<b>CT</b>	<b>C</b>	<b>CM</b>	<b>NCND</b>	<b>DM</b>	<b>D</b>	<b>DT</b>
10. Sempre que o pensamento de morte entra na minha mente, eu tento afastá-lo.	<b>DT</b>	<b>D</b>	<b>DM</b>	<b>NCND</b>	<b>CM</b>	<b>C</b>	<b>CT</b>
11. A morte é uma libertação da dor e do sofrimento.	<b>DT</b>	<b>D</b>	<b>DM</b>	<b>NCND</b>	<b>CM</b>	<b>C</b>	<b>CT</b>

12. Eu sempre tento não pensar sobre morte.	CT	C	CM	NCND	DM	D	DT
13. Acredito que o céu será um lugar bem melhor do que este mundo.	CT	C	CM	NCND	DM	D	DT
14. A morte é um aspecto natural da vida.	CT	C	CM	NCND	DM	D	DT
15. A morte é uma união com Deus e com a felicidade eterna.	DT	D	DM	NCND	CM	C	CT
16. A morte traz a promessa de uma vida nova e gloriosa.	CT	C	CM	NCND	DM	D	DT
17. Não temeria a morte, mas também não a receberia de braços abertos.	CT	C	CM	NCND	DM	D	DT
18. Eu tenho um medo intenso da morte.	DT	D	DM	NCND	CM	C	CT
19. Eu, de modo geral, evito pensar sobre a morte.	DT	D	DM	NCND	CM	C	CT
20. O tema da vida após a morte me incomoda muito.	CT	C	CM	NCND	DM	D	DT
21. O fato de que a morte significa o fim de tudo que eu conheço, me assusta.	CT	C	CM	NCND	DM	D	DT
22. Tenho esperança de me reunir com os meus entes queridos depois que eu morrer.	DT	D	DM	NCND	CM	C	CT
23. Vejo a morte como um alívio do sofrimento terreno.	CT	C	CM	NCND	DM	D	DT
24. A morte é simplesmente parte do processo da vida.	CT	C	CM	NCND	DM	D	DT
25. Vejo a morte como uma passagem para um lugar eterno e abençoado.	CT	C	CM	NCND	DM	D	DT
26. Tento não me envolver com o tema da morte.	DT	D	DM	NCND	CM	C	CT
27. A morte oferece uma maravilhosa libertação da alma.	DT	D	DM	NCND	CM	C	CT
28. Uma das coisas que me conforta ao enfrentar a morte é minha crença em uma vida após a morte.	DT	D	DM	NCND	CM	C	CT
29. Vejo a morte como um alívio do fardo dessa vida.	DT	D	DM	NCND	CM	C	CT
30. A morte não é boa nem ruim.	CT	C	CM	NCND	DM	D	DT
31. Espero ansioso pela vida após a morte	CT	C	CM	NCND	DM	D	DT
32. A incerteza de não saber o que acontece depois da morte me preocupa.	DT	D	DM	NCND	CM	C	CT



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS**

**Nº do formulário:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**Idade** (em anos completos): \_\_\_\_\_

**Sexo:**

(1) masculino (2) feminino

**Identidade de Gênero:**

(1) Homem (2) Mulher (3) Não binário (3) Não uso um termo específico (4) Outro

**Estado civil:**

(1) solteiro(a) (2) casado(a)/união estável (3) separado(a)/divorciado(a) (4) viúvo(a)

**Procedência:**

- (1) Acre
- (2) Alagoas
- (3) Amapá
- (4) Amazonas
- (5) Bahia
- (6) Ceará
- (7) Distrito Federal
- (8) Espírito Santo
- (9) Goiás
- (10) Maranhão
- (11) Mato Grosso
- (12) Mato Grosso do Sul
- (13) Minas Gerais
- (14) Pará
- (15) Paraíba
- (16) Paraná
- (17) Pernambuco
- (18) Piauí
- (19) Rio de Janeiro
- (20) Rio Grande do Norte

- (21) Rio Grande do Sul
- (22) Rondônia
- (23) Roraima
- (24) Santa Catarina
- (25) São Paulo
- (26) Sergipe
- (27) Tocantins

**Qual a religião da sua família:**

- (1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita (4) Umbanda ou Candomblé.  
(5) Outra (6) Sem religião.

**Qual a sua Religião:**

- (1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita (4) Umbanda ou Candomblé.  
(5) Outra (6) Sem religião.

**Você se considera de que cor?**

- (1) branca (2) parda (3) amarela (4) indígena (5) preta (6) Prefiro não-declarar

**Com base no valor atual do salário mínimo do nosso país (aproximadamente R\$1045,00), você poderia informar em qual das faixas encontra-se a renda líquida mensal da sua família? R\$ \_\_\_\_\_**

- (1) até 1 salário mínimo (2) até 2 salários mínimos (3) até 3 salários mínimos  
(4) até 4 salários mínimos (5) maior que 4 salários mínimos

**DADOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL:**

**Profissão:** (1) Enfermeiro(a) (2) Técnico(a) em Enfermagem (3) Estudante de Graduação em Enfermagem (4) Estudante do Curso técnico em Enfermagem (4) Auxiliar de Enfermagem  
(5) Outro: \_\_\_\_\_

**Em qual estado cursou/cursa a Graduação em Enfermagem ou o Curso técnico em Enfermagem:**

- (1) Acre
- (2) Alagoas
- (3) Amapá
- (4) Amazonas
- (5) Bahia
- (6) Ceará
- (7) Distrito Federal
- (8) Espírito Santo
- (9) Goiás
- (10) Maranhão
- (11) Mato Grosso

- (12) Mato Grosso do Sul
- (13) Minas Gerais
- (14) Pará
- (15) Paraíba
- (16) Paraná
- (17) Pernambuco
- (18) Piauí
- (19) Rio de Janeiro
- (20) Rio Grande do Norte
- (21) Rio Grande do Sul
- (22) Rondônia
- (23) Roraima
- (24) Santa Catarina
- (25) São Paulo
- (26)** Sergipe
- (27)** Tocantins

**Se estudante, qual semestre atual do curso:**

- (1) Primeiro (2) Segundo (3) Terceiro (4) Quarto (5) Quinto (6) Sexto (7) Sétimo (8) Oitavo (9) Nono (10) Décimo

**Você teve durante o curso Graduação em Enfermagem/ Técnico em Enfermagem alguma disciplina de Tanatologia?**

- (1) Sim (2) Não

**Você teve durante o curso Graduação em Enfermagem/ Técnico em Enfermagem alguma disciplina de Cuidados Paliativos?**

- (1) Sim (2) Não

**Você já participou de algum curso cujo tema enfocasse Tanatologia?**

- (1) Sim (2) Não

**Durante o curso Graduação em Enfermagem/ Técnico em Enfermagem você participou de algum projeto de pesquisa ou extensão que envolvesse Tanatologia?**

- (1) Sim (2) Não

**Durante o curso Graduação em Enfermagem// Técnico em Enfermagem você participou de algum projeto de pesquisa ou extensão que envolvesse Cuidados Paliativos?**

- (1) Sim (2) Não

## **EXPERIÊNCIA PESSOAL**

**Em sua família já teve ou tem algum doente grave ou terminal?**

- (1) Sim (2) Não

**Você já sofreu a perda de algum familiar próximo ou alguém muito querido?**

(1) Sim (2) Não

**Você já sofreu ou sofre alguma doença grave?**

(1) Sim (2) Não

**Já sofreu algum acidente grave?**

(1) Sim (2) Não

**Algun desses acontecimentos modificou sua atitude em relação a vida e a morte?**

(1) Sim (2) Não

### **EXPERIENCIA ASSISTENCIAL**

**Você já prestou cuidados a algum paciente terminal?**

(1) Sim (2) Não

**Algun paciente sob seus cuidados já faleceu?**

(1) Sim (2) Não

**Você presenciou cuidados com o corpo após a morte?**

(1) Sim (2) Não

**Você realizou cuidados com o corpo após a morte?**

(1) Sim (2) Não

**Teve alguma aproximação com a morte?**

(1) Sim (2) Não



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**APÊNDICE C – CARTA DE ENCAMINHAMENTO**

Teresina, 01/11/ 2020

Prof. Dr. Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI/CMPP

Caro Prof,

Estou enviando o projeto de pesquisa intitulado “EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DA DEATH ATTITUDE PROFILE REVISED (DAP-R) NA ENFERMAGEM”, para a apreciação por este comitê.

Confirmando que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo da resolução 466/12 do CNS e das resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004).

Confirmando também:

- 1- que esta pesquisa ainda não foi iniciada,
- 2- que não há participação estrangeira nesta pesquisa,
- 3- que comunicarei ao CEP-UFPI/CMPP os eventuais eventos adversos ocorridos com o voluntário,
- 4- que apresentarei relatório anual e final desta pesquisa ao CEP-UFPI/CMPP,
- 5- que retirarei por minha própria conta os pareceres e o certificado junto à secretaria do CEP-UFPI/CMPP.

Atenciosamente,

**Pesquisador responsável**

Nome: Grazielle Roberta Freitas da Silva.

CPF: 878946963-15

Instituição: Universidade Federal do Piauí

Área: Saúde

Departamento: Enfermagem



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DAS PESQUISADORAS**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CMPP  
Universidade Federal do Piauí

Nós, Raylane da Silva Machado e Grazielle Roberta Freitas da Silva, pesquisadoras responsáveis pela pesquisa intitulada pesquisa intitulado “EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DA DEATH ATTITUDE PROFILE REVISED (DAP-R) NA ENFERMAGEM”, declaramos que:

- Assumimos o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004).
- Assumimos o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir os objetivos previstos nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos voluntários;
- os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de Raylane da Silva Machado da área de Enfermagem da UFPI; que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- o CEP-UFPI/ CMPP será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- o CEP-UFPI/ CMPP será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o voluntário;
- esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Teresina, 16 de novembro de 2020

---

Raylane da Silva Machado. CPF: 045.113.313-75

---

Grazielle Roberta Freitas da Silva. CPF: 878946963-15



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
ONLINE**

**Prezado(a) Profissional ou Estudante de Enfermagem,**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa denominada “EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DA DEATH ATTITUDE PROFILE REVISED (DAP-R) NA ENFERMAGEM”, que está sob a responsabilidade das pesquisadoras Raylane da Silva Machado, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGENF- UFPI) e Grazielle Roberta Freitas da Silva, Docente do PPGENF- UFPI e que tem como **objetivo** analisar as evidências de validade da versão traduzida e adaptada do *Death Attitude Profile Revised* para o português brasileiro em estudantes e profissionais de enfermagem. Esta pesquisa tem por **finalidade** produzir contribuições teóricas para o avanço científico em enfermagem e sua relação com as atitudes frente a morte e os cuidados fim de vida, contribuindo também com a desmistificação do tema no cenário nacional. Neste sentido, solicitamos sua colaboração mediante a assinatura desse termo de forma eletrônica.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante. Após seu consentimento, clique em CONCORDO para garantir a sua anuência. Uma cópia desse termo ficará com você. Por favor, leia com atenção e calma, aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora responsável pela pesquisa através do seguinte telefone Raylane da Silva Machado, (86) 99827-3389. Se mesmo assim, as dúvidas ainda persistirem você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina – PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail: [cep.ufpi@ufpi.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.br); no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00. Se preferir, pode consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Esclarecemos mais uma vez que sua **participação é voluntária**, caso decida não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e a pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento.

A pesquisa **justifica-se** pela a abordagem de uma temática relativamente nova no contexto brasileiro, carente de estudos que mensurem as atitudes frente à morte e ao morrer. Um dos instrumentos mais utilizados para mensurar com êxito as atitudes frente à morte é o designado o uso do *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R), isso porque trata-se de escala multidimensional que avalia atitudes negativas, positivas e neutras, sendo baseada na análise conceitual de aceitação da morte. Entretanto, para nosso conhecimento não existem

instrumentos multidimensionais que avaliem o construto “atitudes frente à morte” no Brasil. Assim, faz-se de suma importância ter esse instrumento validado, e para sua realização serão utilizados os seguintes procedimentos para a **coleta de dados**: 1) O Sr(a) irá responder de forma totalmente eletrônica, utilizando o *Google Forms*, aos seguintes questionários: a versão da DAP-R adaptada e validada de conteúdo, uma escala de ansiedade de morte e o formulário de coleta de dados, o tempo previsto para isso é de 10 minutos; 2) Com um intervalo de 10 a 14 dias após a primeira aplicação do questionário, serão sorteados 50 participantes que receberão e-mail convidando a responder novamente apenas a escala DAP-R, o tempo previsto para isso é de 5 minutos.

Esclareço que esta pesquisa não trará nenhum **risco** de ordem física, mas poderia trazer risco de ordem psicológica em razão de algum item da escala, visto que enfoca uma temática ainda considerada tabu pela nossa sociedade, além disso existe o risco mínimo relacionado a quebra de anonimato, cansaço ao responder às perguntas e tempo tomado para preenchimento do questionário. Serão tomadas cautelas para evitar efeitos e condições adversas que possam lhe causar dano, tais como criação de um código numérico para sua identificação, armazenamento sigiloso das informações coletadas e liberdade para definir o melhor horário para preenchimento, respeitando-se o período de coleta de dados previsto. O Sr(a) não terá nenhum **benefício** direto, sendo que esta pesquisa trará benefícios indiretos ao contribuir na análise das atitudes frente a morte na Enfermagem, que subsidiará a elaboração de estratégias de intervenção, educação e futuras pesquisas sobre o tema.

Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmico-científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 01 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. E você terá livre acesso as todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados.

Esclareço ainda que você não terá nenhum **custo** com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação neste estudo você poderá ser indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como lhe será garantido a assistência integral.

Após os devidos esclarecimentos e estando ciente e de acordo com o que me foi exposto, declaro que ( ) CONCORDO ( ) NÃO CONCORDO em participar desta pesquisa, dando pleno consentimento para uso das informações por mim prestadas e que me foi dada oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

---

Assinatura do Pesquisador Responsável



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



APÊNDICE F – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**Título do projeto:** “EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DA DEATH ATTITUDE PROFILE REVISED (DAP-R) NA ENFERMAGEM”

**Pesquisadores responsáveis:** Grazielle Roberta Freitas da Silva e Raylane da Silva Machado

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem

**Telefone para contato:** (86) 998273389/ (89) 98145-1360

**Local da coleta de dados:** Online (Internet)

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados por meio do preenchimento dos instrumentos de pesquisa: a escala e o formulário de coleta de dados que ficarão disponíveis online, abrigados na plataforma *Google Docs*. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no acesso privado do Google Drive do e-mail institucional da UFPI, Departamento de Enfermagem, por um período de 5 anos sob a responsabilidade de Raylane da Silva Machado. Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina, 16 de novembro de 2020

.....  
Grazielle Roberta Freitas da Silva.

CPF: 878946963-15



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



ANEXO A – PERMISSÃO DOS AUTORES PARA ADAPTAÇÃO E USO DO  
INSTRUMENTO

 Paul TP Wong 23 de jun (Há 9 dias) ☆ ↶ ▾  
para Gary, mim ▾

 inglês ▾ > português ▾ [Visualizar mensagem traduzida](#) Sempre traduzir: inglês

We grant your the permission to adapt our DAP-R cale for use in Brazil, but you need to acknowledge the source. You also need to realize that the original findings on reliability and validity may not be applied to your translated and adapted version.

Best,

Paul T. P. Wong

[www.drpaulwong.com](http://www.drpaulwong.com)

⋮



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**ANEXO B – TEMPLER’S DEATH ANXIETY SCALE (ESCALA DE ANSIEDADE DE MORTE)**

**ESCALA DE ANSIEDADE DE MORTE**

**INSTRUÇÕES:** Este formulário contém uma série de frases com escalas diferentes. Leia cada afirmação, decida se você concorda ou discorda e qual a intensidade de sua opinião, e coloque um "X" na linha que melhor indica como você se sente. As primeiras impressões são sempre as melhores. Por favor responda a todos os itens.

**EXEMPLO:**

Eu gosto de ler livros.

concordo plenamente	X	neutro	discordo totalmente	 indeciso

1. Eu tenho muito medo de morrer.

discordo plenamente	neutro	concordo totalmente		 indeciso

2. A idéia de morte raramente passa pela minha cabeça.

concordo plenamente	neutro	discordo totalmente		 indeciso

3. Eu não fico nervoso quando as pessoas falam da morte.

concordo plenamente	neutro	discordo totalmente		 indeciso

4. Eu tenho pavor de pensar em fazer um operação.

discordo plenamente	neutro	concordo totalmente		 indeciso



