

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



INFLUÊNCIA DO GÉNERO, DA INSTITUCIONALIZAÇÃO E DA FORÇA DA FÉ  
SOBRE A ANSIEDADE FACE À MORTE EM ADULTOS IDOSOS

Sónia Rodrigues Fonseca  
Nº 11597

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia  
Especialidade em Clínica

2009

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

INFLUÊNCIA DO GÉNERO, DA INSTITUCIONALIZAÇÃO E DA FORÇA DA FÉ  
SOBRE A ANSIEDADE FACE À MORTE EM ADULTOS IDOSOS

**Sónia Rodrigues Fonseca**

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor António Diniz

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia**

Especialidade em Psicologia Clínica

**2009**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor António Diniz, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº19673 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro de 2006.



## **Agradecimentos**

Pela disponibilidade para que eu realiza-se os questionários juntos dos adultos idosos, agradeço a todos os funcionários dos centros de dia e lares que me receberam, pela sua ajuda e empenho demonstrado para que eu efectua-se a aplicação.

Agradeço também a todos os adultos idosos que participaram neste trabalho.

Pelo apoio incansável que me deram, e força para a conclusão da Tese agradeço a todos os familiares e amigos, em especial agradeço aos meus pais: Maria Rufina Fonseca e Alcides Reis Fonseca e agradeço também a Sérgio Miguel Tomás.

Agradeço a disponibilidade e a oportunidade dada pelo Prof. Doutor António Diniz, para que pudesse concluir a minha tese.

## Resumo

O objectivo do presente trabalho é testar um modelo preditor da ansiedade face à morte considerando o género, o estatuto residencial (institucionalizado vs não institucionalizado) e a força da fé. Uma amostra de 180 adultos idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos ( $M=79$ ), dos quais 54.4% eram do género feminino e 52.2 % estavam institucionalizados. Aplicou-se o QAM (Questionário de Ansiedade face à Morte) de Conte, Plutchik, e Weiner (1982), e a Versão Reduzida do Questionário da Força da Fé Religiosa de Santa Clara (QFFRSC-VR) de Plante e Boccaccini (1997). Num primeiro estudo efectuou-se a análise factorial confirmatória com recurso ao *LISREL8.53*, verificando-se que o modelo unifactorial do QFFRSC-VR estava bem ajustado. Em relação ao QAM, testaram-se três modelos, optando-se por uma estrutura factorial tridimensional hierárquica para o definir. Em seguida foi efectuado o teste de dois modelos preditores em que se verificou que a força da fé tem um importante papel mediador na relação entre quer o género quer o estatuto residencial e a ansiedade face à morte nos adultos idosos.

Palavras-chave: ansiedade face à morte; adultos idosos; força da fé; modelos de equações estruturais; psicologia aplicada

## Abstract

The aim of this study is to test a predictive model of death anxiety considering the gender, the residential status (institutionalized vs. non-institutionalized) and the strength of faith. A sample of 180 older adults aged between 65 and 95 years ( $M = 79$ ), of which 54.4% were female and 52.2% were institutionalized. Was applied the DAQ (Death Anxiety Questionnaire) of Conte, Plutchik, and Weiner (1982), and *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire- Short Form (SCSRFQ-SF)* from Plante and Boccaccini (1997). In a first study was conducted confirmatory factor analysis using the LISREL8.53, the results was that the model unifactorial of QFFRSC-VR was well adjusted. For the DAQ, there were tested three models, the model that has been chosen was a hierarchical three-dimensional structure. Next, was done a test of two predictives models which showed that the strength of faith is an important mediator in the relationship between either the gender or the residential status and death anxiety in older adults.

Keywords: death anxiety, elderly, strength of faith, structural equation models, applied psychology.

A morte é um tema tão antigo quanto o homem, e desde o início da sua existência que este construía túmulos e prestava culto aos mortos. A morte é condição natural da vida, tão natural e previsível como o nascimento. Enquanto que o nascimento é motivo para comemoração, a morte foi durante muito tempo, um temível e inexprimível assunto, contudo as suas implicações sempre estiveram presentes no comportamento humano, desde ter filhos como prolongamento da espécie, ou o receio de doenças encoberto pelo fantasma da morte e até a religião como desejo de transcendência.

Segundo Vieira (in Couvaneiro, Nunes & Santos, 2006), para que o homem tenha uma presença plena no mundo é necessário que reflecta sobre a sua própria morte, uma vez que essa reflexão é fundamental para a evolução das espécies. É necessário que se considere a vida, bem como a inevitabilidade do seu percurso, como um processo contínuo do desenvolvimento de que é preciso ter consciência e melhorar.

A ansiedade face à morte (AFM) pode definir-se como: “ Uma reacção emocional produzida pela percepção de sinais de perigo, reais ou imaginados, sobre a própria existência que pode ser desencadeada por estímulos ambientais, como cadáveres e cemitérios, associados a estímulos situacionais podem desencadear uma resposta condicionada. Bem como estímulos internos do Homem como pensamentos ou imagens invocadas relacionadas com a própria morte”. Limonero (cit. in Gomez- Benedito & Tomás-Sábado, 2003, p. 257).

Kastenbaum e Aisenberg (in Oliveira, 2002) referem que o objecto do medo ou da AFM pode ser muito diversificado, estando implícito o momento da morte, medo da surpresa da morte, o deixar de ser ou desaparecer, o medo do que acontecerá depois da morte, o sofrimento e a angústia que precedem a morte, medo da própria morte ou então da morte dos entes queridos. Aqui, estão presentes várias circunstâncias como o tempo (quando morrerei?); o espaço (onde morrerei?); e a probabilidade (embora seja certo que morrerei, isso será dentro de quanto tempo e em que circunstâncias?)

O medo da morte é considerado por todos que se debruçam sobre este tema, como sendo universal, e que qualquer medo simboliza no fundo, o da morte. Este medo é natural e aprendido onde poucos se podem considerar imunes. Segundo Feifel e Nagy (in Oliveira 2002), os sujeitos com maior medo vêem a morte mais negativamente, são assaltados mais

frequentemente com pensamentos acerca da morte e temem mais a morte à medida que vão envelhecendo.

Baseando-se nos resultados de diversos estudos sobre este tema, Tomer e Eliason (2000) apresentam um modelo compreensivo sobre a AFM. Para estes existem três determinantes na AFM, sendo eles a lamentação referente ao passado, a lamentação referente ao futuro e o significado da morte. A lamentação referente ao passado está relacionada com objectivos de vida individuais que não foram cumpridos e que com o sentimento de aproximação da morte podem gerar culpa no sujeito por não ter conseguido o que havia expirado atingir. Assim, estes sentimentos de culpa e remorso podem contribuir para um aumento da AFM. Por outro lado, o Homem tem a capacidade de se projectar no futuro através de tarefas, objectivos e aspirações, assim quanto mais estas forem importantes para o sujeito mais este revela AFM, ou seja maior é o sentimento de finitude perante a vida e que não será possível atingir os objectivos adiados devido ao limite temporal desta.

Estes autores relacionam ainda o auto-conceito e a auto-estima com estes tipos de lamentação, onde referem que quanto maior for a discrepância entre o *self* actual e o *self* ideal, maior AFM revelam os sujeitos.

Em relação à auto-estima, é referido que os sujeitos com maior auto-estima têm menos necessidade de negar a sua vulnerabilidade face à possibilidade de uma esperança de vida mais curta.

O significado da morte é referente ao conceito em si e à capacidade para lhe dar sentido, ou seja, a AFM depende então da forma e significado que o sujeito atribui ao acontecimento da morte, isto é, a percepção da morte como absurda e sem sentido pode gerar maior ansiedade, do que em sujeitos que não atribuem um significado à sua própria morte e que a encaram como situação natural. Wong, Reker e Gesser (in Tomer & Eliason, 2000) assinalam três tipos de aceitação face à morte: a aceitação neutra, onde o sujeito deparado com a inevitabilidade da morte, a aceita a um nível cognitivo ao qual se ajusta afectivamente; a aceitação por aproximação, onde o individuo aceita a finitude da vida do seu corpo e aspira por uma recompensadora vida depois da morte; e a aceitação como

escape, onde o sujeito vê a morte como sendo mais atractiva que a vida terrestre dolorosa e sofrida.

Entretanto, Tomer e Eliason (2000) referem a propósito da Teoria do Manejo do Terror (TMT) da morte, que o conhecimento da mortalidade juntamente com o desejo primário de sobrevivência, gera um potencial para o terror paralisante. É então o manejo do terror que interessa perceber.

A TMT propõe que o Homem recorre a sistemas partilhados de valores e crenças, a visões culturais, como forma de promover com ordem e sentido o mundo caótico. Estas visões culturais possibilitam um sistema de recompensas e castigos que permitem a visão do mundo como controlável e justo. As visões culturais também disponibilizam a receita para a imortalidade, e esta, quer seja de forma simbólica ou literal está presente em todos os sistemas de crenças culturais. Nas culturas existem símbolos que possibilitam a lembrança eterna do homem, como por exemplo os livros de história, os jornais, etc. Estes fazem com que o sujeito sinta que irá continuar a sua existência, mesmo depois do seu corpo se “tornar em pó”.

A imortalidade é também promovida pela visão cultural através da eterna dicotomia paraíso/inferno. Esta visão contém também padrões acerca do que é um bom, valorizado e apropriado comportamento, sendo este um pré-requisito para a imortalidade. Então, com o cumprimento destes padrões e desempenhando o papel que cada sujeito tem na sociedade, este sente que tem valor e é capaz de desenvolver a sua auto-estima. Assim sendo, a auto-estima é uma defesa contra a AFM, pois envolve um sentimento de ser especial e único e, por consequência, desenvolve um sentimento de imunidade face à morte.

Várias hipóteses foram levantadas e diversos estudos foram realizados com o intuito de conceptualizar e diferenciar a AFM (Kaustenbaum & Eisenberg in Barros & Neto, 2004; Bayés et al. in Gomez-Benedito & Tomás-Sábado, 2003), embora com resultados discordantes, devido a diversos factores, desde a dimensão mais ou menos inconsciente deste medo a variáveis, como a idade, o sexo, a religião e outros traços de personalidade (Smith; Mayer & Cabe; Thorson & Powel; Neufeldt & Holmes, in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003). Acresce ainda que os instrumentos utilizados para avaliar a AFM são diversos e descrevem-na como uni ou pluridimensional (Gesser, Wong & Reker, in Vries et al., 1983; Bengston, Cuellar & Ragan, in Thorson & Powell, 1992; Kalish in Thorson & Powell, 1992; Cicirelli, 2003; Florian & Mikulincer, 1998).

A discussão principal em torno da avaliação do constructo de AFM centra-se na uni ou pluridimensionalidade do mesmo (Barros, 1998; Conte et al., 1982; Simões & Neto, 1994; Tomer & Eliason, 2000). Várias foram as investigações efectuadas com o intuito de se verificar as qualidades métricas das provas que operacionalizam este construto tratando-o como unidimensional (Gesser, Wong & Reker, in Vries et al., 1983; Bengston, Cuellar & Ragan, in Thorson & Powell, 1992; Kalish in Thorson & Powell, 1992). Contudo, apesar deste ter sido considerado inicialmente como um construto unidimensional, hoje em dia é tido como multidimensional (Cicirelli, 2003; Florian & Mikulincer, 1998). No entanto, os defensores da pluridimensionalidade estão em desacordo quanto ao número de factores e quanto à sua designação.

Existem também vários instrumentos de medida da AFM, sendo que os mais utilizados são a *Death Anxiety Scale (DAS)* e o *Death Anxiety Questionnaire (DAQ)*. A *Death Anxiety Scale (DAS)* foi desenvolvida por Templer (in Thorson & Powell, 1992) e foi considerada inicialmente como unidimensional (Nerk, in Thorson & Powell, 1992), contudo posteriormente passou a ser considerada como contendo uma estrutura factorial multidimensional (Lonetto & Templer in Thorson & Powell, 1992). Esta escala foi revista, *Revised Death Anxiety Scale (RDAS)* por Thorson e Powell (1992), sendo considerada também como multidimensional em que os factores nela considerados são o medo do isolamento e da imobilidade, o medo da dor, o medo da finalidade da morte e o medo da decomposição.

O *Death Anxiety Questionnaire (DAQ)* foi desenvolvido por Conte e Colaboradores (1982) e era inicialmente constituído por 24 itens que foram posteriormente reduzidos para 15. Foram encontrados cinco factores sendo eles: o medo do desconhecido, o medo do sofrimento, o medo da solidão, o medo da extinção pessoal e um ultimo factor cujo os autores não o conseguiram denominar. Na validação do QAM (Questionário de Ansiedade face à Morte) para adultos idosos portugueses (Santos, Diniz & Costa, 2004), verificou-se que este apresenta uma estrutura factorial tridimensional e hierárquica, sendo os factores de primeira ordem: perdas (perda do próprio ser, das pessoas que ama, dos projectos, etc.), solidão (afastamento dos outros) e sofrimento (pessoal e alheio).

Várias são as variáveis consideradas para o estudo e compreensão da AFM nos adultos idosos, entre elas o género, a institucionalização e a religião.

Ao nível do género, os resultados obtidos não são concordantes, pois alguns autores apontam para a existência da influência do género na AFM, enquanto que noutros trabalhos tal não se verifica. Por exemplo, Devins (in Gomez-Benedito & Tomás-Sábado, 2003), com uma amostra constituída por sujeitos sãos e doentes com idades compreendidas entre os 60 e 97 anos, encontrou pontuações mais elevadas de AFM nas mulheres em detrimento dos homens. Já Neimeyer e Fortner (1999) na sua revisão de 49 estudos referem que o género não se apresenta como uma variável preditora da AFM em populações idosas. Couvaneiro, Nunes e Santos (2006), utilizando o QAM em 40 adultos idosos institucionalizados e não institucionalizados não verificam também diferenças nas pontuações de AFM ao nível do género. Também outros estudos verificaram que nos adultos idosos, ao nível do género, não existem diferenças significativas (Neimeyer & Van Brunt & Templer Lester & Ruff; in Gomez-Benedito & Tomás-Sábado, 2003): as diferenças encontradas apenas se verificam em populações mais jovens, tendo as mulheres revelam uma maior AFM que os homens.

O facto de nos adultos idosos as diferenças ao nível do género e AFM não se verificarem com tanta incidência como nos mais jovens é explicável por alguns autores que referem que os estes são menos diferenciados ao nível de género apresentando assim uma identidade mais andrógina (vd. Gomez- Benedito & Tomás-Sábado, 2003).

A institucionalização tem sido uma variável também considerada no estudo da AFM nos adultos idosos. Vários trabalhos têm sido realizados para verificar que se o facto de residir num Lar é um factor para aumento da AFM.

Quando o adulto idoso chega à instituição, traz consigo uma bagagem de sentimentos sobre todas as situações que passou na sua vida e, de um momento para o outro, vê-se de certa forma marginalizado, ou seja, colocado de lado pela sociedade e desprovido do modo de vida que até então tinha. Assim o Lar torna-se aquele local em que se espera pela morte. Neimeyer e Fortner (1999), após uma revisão a 49 trabalhos sobre o presente tema, chegaram a conclusão que a AFM tende para ser superior em adultos idosos residentes em instituições em detrimento de adultos idosos que ainda residem nas suas casas. Outros estudos,

de Hayslip e Panek (in Simões & Neto, 1994) apontam também para relações entre o medo da morte e a institucionalização. É esperado, segundo Neto e Simões (1994), que os resultados dos indivíduos institucionalizados e não institucionalizados difiram, pois muitas vezes os indivíduos institucionalizados são mais carenciados do ponto de vista dos recursos materiais e os mais desprovidos do ponto de vista dos laços de parentesco, sendo também os que evidenciam maior número de perdas interiores (ex: diminuição das capacidades) e exteriores (parentes, amigos etc.). Também Berger (in Simões & Neto, 1994) verificou que a AFM é mais elevada em adultos idosos institucionalizados em detrimento àqueles que têm o privilégio de morrer em casa no meio dos seus. Cicirelli (2003) verificou que os adultos idosos acima dos 80 anos, quando estão em Casas de Saúde ou Lares, revelam medo da morte quando o fim da vida está por perto. Por ultimo, em Portugal, Couvaneiro, Nunes e Santos (2006), utilizando o QAM em 40 adultos idosos institucionalizados e não institucionalizados, verificaram também que os adultos idosos institucionalizados apresentam maiores níveis de AFM.

Quanto à religião, para Fowler (in Bravata et al., 2004) a fé religiosa é uma forma de estar em relação, que envolve confiança e amor pelo próprio, pelos outros e envolve também a partilha de causas e valores que nos rodeiam. Assim a fé é, em ultima instância, a forma que o sujeito tem de estar em relação consigo, com o seu meio envolvente e também uma forma de estar preocupado.

Segundo Hoelter e Epley (in Simões & Neto, 1994), os estudos sobre a religião e a ansiedade face à morte, apresentam resultados contraditórios, isto é, enquanto que a maioria não detectou nenhum tipo de relação, outras investigações encontraram uma relação inversa entre as duas variáveis.

Vários autores (vd. Florian & Kravetz, 1983) verificaram que a crença religiosa bem como a sua prática tendem a diminuir a intensidade da AFM. Florian e Kravetz (1983) explicam este facto recorrendo à explicação de Freud para a crença religiosa, ele refere que esta crença é uma forte segurança para o pensamento e sentimento humano, uma vez que a ideia de imortalidade defendida pela religião funciona para o Homem como uma defesa contra a AFM.

Neimeyer e Van Brut (in Tomer & Eliason, 2000) diferenciam ainda a crença religiosa (o acreditar em Deus e na vida após a morte) da prática religiosa (frequência na igreja)

verificando assim que a crença religiosa era de facto um preditor para uma menor AFM, enquanto que a prática já não o era.

Falkenhain e Handal (2003) numa revisão bibliográfica sobre as relações entre a AFM e a religião, verificaram também diferentes resultados, sendo que, uma correlação positiva entre AFM e religião, foi encontrada por vários autores (Gonzalez et al. 1988; Leming 1980; Chenard, 1972; Feifel, 1958), já uma relação negativa entre AFM e religião foi verificada pelos autores Berman e Hays (1973) Feifel e Brenacomb (1972). Também surgiram resultados que sugerem não existir relação entre as variáveis, como por os obtidos por Shandinger, Hinninger e Lester (1999).

Também Falkenhain e Handal (2003), com uma amostra de adultos idosos entre os 65 e os 87 com 24% eram homens e 76% mulheres, verificaram uma elevada correlação entre a religião e a AFM.

Wink (2006) investigou a relação entre religiosidade, espiritualidade e AFM em adultos idosos, chegando à conclusão que os adultos idosos com maiores níveis de religiosidade e espiritualidade apresentavam menores pontuações de AFM.

Powell e Thorson (in Oliveira, 2002) obtiveram uma correlação positiva entre a AFM e uma alta motivação religiosa intrínseca.

Contudo, existem outros estudos cujas conclusões vão noutro sentido. É o exemplo de Lester (in Oliveira, 2002) que após a análise de 10 estudos, chegou à conclusão que a crença religiosa não influencia a AFM, mas antes canaliza o medo para os problemas específicos inerentes a cada religião. Também Rasmussen e Jonhson (in Oliveira, 2002) não encontraram uma correlação positiva entre a AFM e a espiritualidade ou religiosidade.

Hui e Fung (2009), considerando a religião como sendo um construto multidimensional, efectuam uma análise a investigações efectuadas por outros autores sobre este assunto e referem então que Allport e Ross distinguem a religiosidade como sendo intrínseca ou extrínseca, referindo que as pessoas que são religiosas de forma intrínseca vivem a sua religião com sinceridade. Contrariamente, aqueles que dispõem de uma religiosidade extrínseca, consideram a religião como um meio para a socialização e aceitação social. Hui e Fung (2009) referem também Roff, Butkeviciene e Klemmack que verificaram que os sujeitos com maiores níveis de religiosidade intrínseca revelam um menor medo face à morte, enquanto que a religiosidade extrínseca está positivamente relacionada com a AFM.

Após a apresentação da revisão bibliográfica de estudos acerca da AFM e das variáveis que a moderam, o objectivo do presente estudo é delinear dois modelos conceptuais e hipotéticos preditores da AFM nesta população. Um, onde se apura o papel mediador que a força da fé tem na relação entre o género e a AFM nos adultos idosos, um outro, onde se averigua o papel mediador que a força da fé tem na relação entre o estatuto residencial (institucionalizado vs não institucionalizado) e a AFM nos adultos idosos. Estes modelos estão representados nas Figuras 1 e 2.

<Figura 1>

<Figura 2>

Na figura 1, o modelo centra-se sobre a influência do género na ansiedade face à morte. Aqui assume-se que o género tem uma influência na Força da Fé e também apresenta uma influência na ansiedade face à morte e esta por sua vez expressa-se em três factores: perdas, solidão o sofrimento. Considera-se que a força da fé tem um papel mediador na relação do género com a AFM.

No modelo representado na figura 2, assume-se que o estatuto residencial tem uma influência na Força da Fé e também apresenta uma influência na ansiedade face à morte e esta por sua vez expressa-se nos três factores supracitados. Considera-se que a força da fé tem um papel mediador na relação do estatuto residencial com a AFM.

### Estudo 1. *Validação estrutural do DAQ e do SCSRFQ-SF*

#### Método

*Participantes.* A amostra era constituída por 180 adultos idosos residentes na grande área de Lisboa, com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos ( $M=79$ ) anos, maioritariamente mulheres (54.4%) e não institucionalizados (52.2%). Em relação à religião 91.7% eram católicos, 5% ateus/agnósticos e 3.3% pertenciam a outras religiões.

Em relação ao método de amostragem, este foi de conveniência, neste caso, por proximidade de residência, a selecção ocorreu por pesquisa efectuada na internet dos contactos de Centros de Dia e Lares.

*Instrumentos.* O *Death Anxiety Questionnaire (DAQ)*, foi concebido por Conte, Plutchik e Weiner (1982), e segundo os autores, este tem como função medir uma variedade de sentimentos relacionados com a morte e o morrer.

Originalmente foram propostos 24 itens, contudo os autores verificaram que estes possuíam pouco poder discriminativo, pelo que eliminaram nove itens, permanecendo 15.

Procedendo à validação do questionário, foi encontrado um coeficiente de alfa na ordem de .83 e um coeficiente de fiabilidade teste-reteste de .87. Assim, conclui-se que este questionário é detentor de consistência interna bem como que possui estabilidade temporal. O questionário de ansiedade face à morte é então constituído por 15 itens de resposta em escala de Lickert, com 5 pontuações: 1- Totalmente em desacordo; 2- Bastante em desacordo; 3- Nem de acordo, nem em desacordo; 4- Bastante de acordo; 5- Totalmente de acordo.

Estes autores apuraram ainda o carácter factorial da escala. Verificaram que os itens estavam distribuídos por 5 factores, sendo eles: o medo do desconhecido (itens 1, 2, 12, 14 e 15); medo do sofrimento (itens 3, 4, 5); medo da solidão (itens 6, 7); medo da extinção pessoal (itens 10, 11, 13) e um ultimo factor cujo os autores não o conseguiram denominar que englobava os itens 8 e 9.

Simões e Neto (1994) adaptaram o questionário de ansiedade face à morte (QAM) para a população portuguesa. Aplicando o questionário a 3 grupos amostrais: 74 adultos idosos residentes em Lares (24 eram do género masculino); 59 adultos idosos (todos do género feminino) e 140 estudantes universitários (43 eram do género masculino) Os autores encontraram um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .88, concluindo assim que o QAM é um instrumento com características psicométricas bastante satisfatórias. Também verificaram que a ansiedade face à morte é um construto multifactorial. No entanto apenas verificaram a existência de três factores em que se incluem os 15 itens do QAM.

Temos, um primeiro factor que está relacionado com as perdas que a morte acarreta,

como a perda do próprio ser, a perda daquelas pessoas que se ama, a perda dos projectos que se fizeram, etc. (itens 1, 2, 10, 14 e 15); o segundo factor reflecte a ideia de sofrimento causado pela morte, o sofrimento pessoal e alheio (3, 4, 5, 8, 9 e 11) por fim, o último factor está relacionado com a ideia de solidão, de afastamento dos outros (itens 6, 7, 12, 13).

Originalmente o *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire (SCSRFQ)*; Plante & Boccaccini, 1997 in Plante et al.,2002) era constituído por 10 itens, e foi concebido para medir a força da fé sem assumir que o sujeito é ou não religioso e, não assumindo qual a religião do sujeito. Segundo os autores o *SCSRFQ* é um questionário de fácil administração e pontuação com um alfa de Cronbach de .95. A forma de resposta aos itens assenta numa escala de Lickert, com as seguintes pontuações: 1- discordo totalmente; 2- discordo; 3 - concordo; e 4 - concordo totalmente.

Plante et al (2002) reduziram os 10 itens da escala para 5 concebendo assim o *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire- Short Form (SCSRFQ-SF)*, obtendo um alfa de *Cronbach* de .95.

Bagner et. al (2004) aplicaram o *SCSRFQ-SF*, com o objectivo de averiguar a sua consistência, a 303 estudantes universitários onde 217 eram mulheres e com uma distribuição étnica de 72% caucasianos, 13% hispânicos, 10% afro-americanos, 3% asiáticos e 2% pertencentes a outras etnias. Verificaram que este questionário é detentor de uma elevada consistência interna (alfa de *Cronbach* =.93). Bravata et al. (2004) verificaram se o *SCSRFQ-SF* apresentava boa validade convergente com outras escalas de religião nomeadamente a *DRI (Duke Religion Index de Meador et al 1997)*. Com uma amostra de 226 estudantes, verificaram que o *SCSRFQ-SF* apresentou uma boa consistência interna (alfa de *Cronbach* =.95). Concluíram que homens e mulheres não diferem significativamente na força da fé, e que as duas provas estão correlacionadas positiva e significativamente. Assim os autores referem que o *SRFSCQ-SF* pode ser utilizado como forma de aceder à religião.

A adaptação portuguesa da prova foi realizada por Amado (2008) que aplicou a *QFFRSC-VR* a uma amostra constituída por 194 adultos idosos voluntários, não institucionalizados, residentes na área da grande Lisboa, com idades compreendidas entre os 65 e os 100 anos. Os resultados obtidos através da análise factorial confirmatória foram no sentido do bom ajustamento do modelo unifactorial representado pela prova.

*Procedimento.* Os questionários foram aplicados desde Maio de 2007 até Junho de 2008. Após a autorização sob forma de consentimento informado assinado pelos directores e responsáveis das instituições.

A aplicação foi individual, hetero-administrada e realizada no local (Lar ou Centro de Dia), uma vez que na sua maioria os adultos idosos são iletrados. Isto de forma a manter a administração dos instrumentos uniforme e, também, para minimizar as diferenças obtidas a nível dos resultados devido a variáveis externas. Assim a presença do entrevistador foi uma variável presente em todos os sujeitos.

A entrevista consistia na apresentação do entrevistador, sendo referido o motivo pelo qual ela ali se encontrava. Antes da hetero-administração dos questionários, foi também sempre frisado o facto de não existirem respostas certas ou erradas, que o importante era a opinião dos sujeitos em relação ao que sentiam verdadeiramente e não como gostariam de ser, bem como que as respostas eram anónimas. Todos os participantes colaboraram voluntariamente.

O primeiro instrumento aplicado era a folha de dados pessoais, seguido do QAM e por fim o QFFRSC-VR. As provas foram aplicadas sempre na mesma ordem para evitar interferência na resposta do QAM.

Em termos de horário de aplicação, houve o cuidado na recolha dos dados de atender às nuances no que respeita aos ritmos circadianos dos adultos idosos (Li, Hasher, Jonas, Rahhal, & May, 1998), procurando que essa recolha não ocorresse muito depois do meio do dia. Isso nem sempre ocorreu, por questões de disponibilidade dos participantes e das instituições.

Os sujeitos entrevistados foram todos voluntários e a sua selecção era efectuada pelos responsáveis da instituição, atendendo que apenas participavam os adultos idosos em estado activo e funcional, pelo que adultos idosos acamados e adultos idosos que apresentavam estados de demência não foram considerados para entrevista. Isto porque com os acamados não era possível garantir a privacidade, pois na sua maioria estes sujeitos estavam em quartos partilhados, e os com demência que pela sua estrutura cognitiva e percepção da realidade iriam por em causa a fiabilidade dos resultados obtidos.

Finda a recolha, os dados foram inseridos no *SPSS for Windows* (V.15.0; SPSS Inc., Chicago, IL) e procedeu-se a uma análise descritiva das características da amostra. Depois, preparou-se o ficheiro *SPSS* para ser importado para o *LISREL 8.53* (Jöreskog & Sörbom, 2002) convertendo-o em ficheiros *DAD*.

Dada a métrica ordinal dos itens, calculou-se no *PRELIS2* (Jöreskog & Sörbom, 1999a) a matriz de variância/covariância assintótica das correlações policóricas dos dados obtidos, a qual foi lida e trabalhada pelo *LISREL 8-SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1999b).

A estrutura factorial da escala foi testada através da análise factorial confirmatória (AFC), tendo-se recorrido ao método de estimação por máxima verosimilhança (MV), mas com recurso ao *Satorra-Bentler Scaled Chi-Square* ( $SB\chi^2$ : Satorra & Bentler, 1994). Como este método de estimação requer uma matriz de covariância assintótica, no *LISREL8* (Jöreskog, Sörbom, Du Toit & Du Toit, 2001), a qual exige amostras de grande dimensão (Moustaki, Jöreskog & Mavridis, 2004), recorreu-se ao *PRELIS 2* para se usar a técnica de amostragem por simulação *bootstrap* (100 amostras e 75% das observações). Esta técnica de simulação por amostragem probabilística com reposição cria uma matriz que é a média de todas as correlações policóricas obtidas pelas  $n$  amostras *bootstrap* e uma matriz de covariância assintótica das  $n$  estimativas *bootstrap*.

Seguidamente, numa lógica de “geração de modelos” (Jöreskog & Sörbom, 1999b), procedeu-se à depuração das dimensões do QAM e do QFFRSC-VR (*model trimming*) até se encontrar um modelo ajustado. Note-se que se procurou uma interpretação substantiva das alterações feitas ao modelo inicial, uma vez que estas alterações podem envolver enviesamento confirmatório, isto porque se aceita a modificação empiricamente derivada (*data-driven*) do modelo, promovendo, assim, a oportunidade de o melhorar simplesmente com base no acaso (MacCallum, Rosnowski & Necwitz, 1992).

Para a avaliação do ajustamento do modelo foram considerados interactivamente os resultados dos índices de ajustamento que representam diferentes aspectos do mesmo (Hu & Bentler, 1998; Tanaka, 1993). De acordo com as recomendações de Bentler (2007), utilizaram-se conjuntamente o *RMSEA*, o *SRMR* e o *CFI*. O *root mean square error of approximation* (*RMSEA*; Steiger, 1990), é uma medida de ajustamento do modelo aos dados empíricos, bem como do seu erro de aproximação na população. Assim se *RMSEA* for igual

ou menor que .06, o modelo está bem ajustado (Hu & Bentler, 1999), se for igual ou menor que .08 contém um erro razoável, se o mesmo for maior que .10 já traduz um erro inaceitável (Brown & Cudeck, 1993). O *standardized root mean square residual* (SRMR; versão estandardizada do RMR de Joreskog & Sorbom, 1981), corresponde à média da diferença entre a covariância prevista e a observada do modelo, ou seja, efectua uma apreciação média do erro existente no modelo, comparando o modelo estimado com o empírico, observando-se assim a discrepância entre os dois modelos. Se este for próximo ou menor que .08 considera-se que o modelo está bem ajustado (Hu & Bentler, 1999). Através do *comparative fit index* (CFI; Bentler, 1990), avalia-se o quanto melhor é o ajustamento ao modelo estimado (variância/covariância) por comparação com o modelo. Se os valores forem superiores a .95 considera-se o modelo bem ajustado (Hu & Bentler, 1999), ainda que tradicionalmente .90 seja tido como aceitável.

Bentler (2007), também recomenda a utilização do qui-quadrado mas ao invés de analisar os resultados deste índice, esta análise foi feita em relação aos do qui-quadrado relativo ( $SB\chi^2/gl$ ), o qual ajusta o qui-quadrado à complexidade dos modelos (i.e., ao seu número de parâmetros livres). Para um bom ajustamento de um modelo, o *ratio*  $\chi^2/gl$  deve ser menor que 3.00 (Kline, 2005).

Consideraram-se também os critérios de Fornell e Larcker (1981) para apreciar a validade convergente de uma dimensão (variância média extraída dos itens pela dimensão;  $VME > 0.50$ ; calculada através da equação  $[\text{SUM}(cfe_i^2)]/[\text{SUM}(cfe_i^2) + \text{SUM}(e_i)]$ , onde  $cfe_i$  = carga factorial estandardizada dos itens e  $e_i$  = variância estandardizada do erro dos itens) e a fiabilidade compósita entre dimensões (covariância, ou quadrado da correlação, entre dimensões  $< VME$  das dimensões). A fiabilidade compósita da dimensão é calculada pela fórmula  $[(\text{SUM}(cfe_i))^2]/[(\text{SUM}(cfe_i))^2 + \text{SUM}(e_i)]$ , tendo por critérios de análise dos resultados os valores de 0.70 para resultados iniciais de validação, .80 para comparação de grupos (investigação básica) e .90 para diagnóstico individual (investigação aplicada) (Nunnally & Bernstein, 1994).

## Resultados

O *bootstrap* usado foi de 100 amostras de 75% dos casos, obtendo-se um  $N = 145$ . Após a análise dos indicadores de ajustamento do modelo do QFFRSC-VR, os resultados

obtidos foram: o *ratio SB*  $\chi^2/gl$  1, 93 <3, o *SMRM* de .041 < .08, o *CFI* .95 = .95 e o *RMSEA* .06 < .08=.08. Verifica-se assim um bom ajustamento do modelo, uma vez que os valores obtidos para os itens estão nos limites aceitáveis supracitados. Os resultados obtidos para as cargas factoriais foram todos acima de .60 verificando-se que os itens que melhor representam o factor são o três e o quatro ( $R^2 = 0.67$ ). Estes resultados traduziram-se ao nível da validade convergente e da fiabilidade compósita, cujos valores também foram bastante bons (.64 e .90 respectivamente).

De seguida procedeu-se à verificação do ajustamento do modelo em relação ao *QAM*, considerando-o trifactorial e oblíquo (M1), Conforme pode verificar-se na Tabela 1 o M1 está bem ajustado.

<Tabela 1>

Contudo, este modelo apresentava problemas ao nível da validade convergente e da fiabilidade compósita para dois dos factores Em relação ao factor perdas, este apresentava uma falta de validade convergente ( $VME=.45$ ) e uma fiabilidade compósita (.80), o factor solidão apresentava uma boa validade convergente ( $VME=.51$ ) e uma boa fiabilidade compósita de (.80), por fim o factor sofrimento é o factor que detém maior erro, apresentando uma má validade convergente ( $VME=.38$ ) e uma fiabilidade compósita aceitável (.71).

Efectuou-se novo teste ao modelo, desta vez considerando-o hierárquico (M2, Tabela1), pressupondo a existência de um factor de segunda ordem, a AFM que se subscreve aos três factores de primeira ordem (perdas, sofrimento e solidão). Aqui também se obtiveram bons níveis de ajustamento, contudo verificava-se uma validade convergente aceitável ( $VME=.44$ ) e uma boa fiabilidade compósita (.92).

De forma a aferir uma melhor validade convergente, procedeu-se à verificação dos itens que continham uma carga factorial menor, verificou-se que os itens 8 (“*Aflige-me o pensamento de perder a razão (de enlouquecer) antes de morrer*”) e 9 (“*Preocupa-me pensar que as despesas com a minha morte podem vir a ser um peso para as outras pessoas*”) eram os que

tinham cargas factoriais menores (.52 e .58, respectivamente) e excluíram-se. Considerou-se então o modelo hierárquico com 13 itens (M3, Tabela1) e este apresentava bons índices de ajustamento. Aqui a fiabilidade compósita manteve-se boa (.92) e a validade convergente aumentou (VME=.46).

### Discussão

Os resultados obtidos ao nível do modelo do QFFRSC-VR, foram concordantes com os obtidos por Amado (2008), ou seja, este modelo é plausível (estatisticamente significativo e parcimonioso), e satisfaz o objectivo principal do seu teste: a obtenção de uma estrutura factorial viável para a força da fé religiosa. Contudo é necessário evidenciar que apesar de a população em termos de idade foi a mesma, os adultos idosos, outras características são diferentes, como por exemplo o facto de no presente estudo os adultos idosos frequentavam todos um Centro de Dia ou residiam em Lares. No estudo de Amado (2008) os adultos idosos não frequentavam Centros de Dia e residiam todos nas suas casas. Talvez por isto, a diferença encontrada entre os estudos foi que no presente trabalho os itens encontrados como melhor representantes do factor foram o 3 e o 4, enquanto que no trabalho de Amado (2008) o item três era o que representava pior o factor. Assim, seria justificável, como forma de melhor verificar estas questões a realização de um estudo que comparasse o modelo por exemplo, com adultos idosos que frequentem centros de dia, adultos idosos institucionalizados e adultos idosos que não contemplem estas duas condições.

Ao nível do QAM, o modelo que se verificou como melhor ajustado e com melhores qualidades psicométricas nos factores foi o trifactorial hierárquico sem os itens oito e nove, ambos pertencentes ao factor sofrimento. O factor perdas manteve os 5 itens, bem como o factor solidão que manteve os cinco itens iniciais. Estes dois itens, foram os que mais levantaram questões ao nível da compreensão semântico-lexical, pois na sua maioria os adultos idosos pediam que repetisse ou reformulasse as questões, em relação ao item oito o problema era a palavra “ aflige-me” e no item nove era a expressão “ podem vir a ser um peso para outras pessoas”.

Em relação à estrutura factorial tridimensional hierárquica que foi verificada, também tinha sido constatada no estudo de Ribeiro et al. (2006) e por Santos et al. (2004), salvaguardando que no presente trabalho foram considerados os 15 itens e nos outros estudos, aplicou-se o QAM apenas contemplando 11 itens sugeridos por Barros (1998).

Embora se tenha obtido um bom ajustamento para os modelos do QAM e do QFFRSC-VR, tal não implica que estes sejam válidos para descrever o domínio estudado, não sendo de excluir que possam existir melhores modelos para representar as realidades em análise (Browne & Cudeck, 1993). Para afirmar com maior certeza da validade do modelo será necessário realizar-se a sua validação cruzada, estudando a sua invariância junto de amostras independentes e estudando outros formatos de aplicação.

#### *Estudo 2. Teste do Modelo Preditor da Ansiedade Face à Morte em Adultos Idosos (MPAF)*

*Amostra.* A amostra no presente estudo foi a mesma que no Estudo 1.

*Instrumentos.* Os instrumentos utilizados neste estudo foram os mesmos que constam no Estudo 1, QAM (Questionário de Ansiedade Face à Morte) e o QFFRSC-VR( Versão Reduzida do Questionário da Força da Fé Religiosa de Santa Clara).

*Procedimento.* Os procedimentos de recolha e tratamento dos dados foram os mesmos dos tidos para o Estudo 1, excepto para o caso do QAM onde foi acrescentada uma covariância de erro entre os itens 1 e 2 para obter um ajustamento mais aceitável do modelo por ele descrito.

Quanto à operacionalização das restantes variáveis que integram o modelo, o género e o estatuto residencial, procedeu-se da seguinte forma: quanto ao género, foi atribuída a notação um (1) para o feminino e dois (2) para o masculino, quanto ao regime, foi atribuída a notação um (1) para adultos idosos que frequentavam Centros de Dia e dois (2) para adultos idosos que residiam em Lares. Para obter os factores destas variáveis foi igualizada a zero a variância do erro das mesmas.

## Resultados

Os valores obtidos para os índices de ajustamento do MPAFM considerando o género como preditor verificam-se na Figura 3, estes valores indicavam um ajustamento aceitável do modelo, salvo o valor do *CFI* que era inferior desejável ( $<.90$ ).

<Figura 3>

Os resultados ao nível dos efeitos indirectos do género sobre os factores do QAM, considerando o factor AFM enquanto mediador foram: perdas ( $\beta = -.15$ ), sofrimento ( $\beta = -.14$ ), solidão ( $\beta = -.17$ ). Com estes resultados verificou-se que as mulheres apresentavam maiores níveis de ansiedade face às perdas, ao sofrimento e à solidão do que os homens.

Consideraram-se também os efeitos indirectos do género sobre os factores do QAM, com a mediação do factor Força da Fé e do factor AFM. Os resultados revelaram efeitos de muito fraca magnitude para as perdas ( $\beta = -.04$ ), o sofrimento ( $\beta = -.04$ ) e a solidão ( $\beta = -.03$ ).

Nos efeitos totais do género sobre os factores do QAM, obtiveram-se relações negativas significativas nas perdas [ $\beta = -.19$ ;  $t(144) = -2.40$ ;  $p < .05$ ], no sofrimento [ $\beta = -.17$ ;  $t(144) = -2.40$ ;  $p < .05$ ] e na solidão [ $\beta = -.21$ ;  $t(144) = -2.44$ ;  $p < .05$ ].

Comparou-se os efeitos indirectos do género sobre os factores do QAM com a mediação do factor AFM com os efeitos totais e constatou-se que a Força da Fé apresentava uma interveniência amplificadora para as diferenças observadas entre adultos idosos mulheres e adultos idosos homens.

Os valores obtidos para os índices de ajustamento MPAFM considerando o estatuto residencial como preditor estão presentes na Figura 4. Estes valores indicavam um ajustamento aceitável do modelo, salvo o valor do *CFI* que era inferior desejável ( $<.90$ ).

<Figura 4>

Os resultados obtidos dos efeitos indirectos do estatuto residencial sobre os factores do QAM, considerando o factor AFM enquanto mediador foram: perdas ( $\beta = .17$ ), sofrimento ( $\beta = .16$ ) e solidão ( $\beta = .18$ ). Com estes resultados verificou-se que os adultos idosos

institucionalizados apresentavam maiores níveis de ansiedade face às perdas, ao sofrimento e à solidão.

Consideraram-se também os efeitos indirectos do estatuto residencial sobre os factores do QAM com a mediação dos factores Força da Fé e do AFM. Os resultados revelaram efeitos de muito fraca magnitude para as perdas ( $\beta = -.01$ ), o sofrimento ( $\beta = -.01$ ) e a solidão ( $\beta = -.01$ ).

Nos efeitos totais do estatuto residencial sobre os factores do QAM obtiveram-se relações positivas significativas nas perdas [ $\beta = .16$ ;  $t(144) = 2.33$ ;  $p < .05$ ], no sofrimento [ $\beta = .15$ ;  $t(144) = 2.19$ ;  $p < .05$ ] e na solidão [ $\beta = .17$ ;  $t(144) = 2.39$ ;  $p < .05$ ].

Após a comparação dos efeitos indirectos do estatuto residencial sobre os factores do QAM com a mediação do factor AFM com os efeitos totais, verificou-se que a Força da Fé apresentava um papel mitigador sobre o estatuto residencial.

### Discussão Geral

O MPAF apresentou-se com um ajustamento aceitável. Contudo, é de salientar que seria necessário a realização de mais estudos, considerando as mesmas variáveis, para que se pudesse aferir estas relações e generalizar para a população de adultos idosos com estas características.

Após a análise dos resultados conclui-se que o género é um bom preditor na Ansiedade Face à Morte nos adultos idosos, onde as mulheres apresentam maior nível desta ansiedade. Estes resultados estão em conformidade com os do estudo de Devins (in Gomez-Benedito & Tomás-Sábado, 2003). Verificou-se que a Força da Fé apresentou um efeito amplificador sobre a AFM na relação com o género, isto significa, que a força da fé aumenta as diferenças dos níveis de ansiedade face à morte entre os adultos idosos mulheres e os adultos idosos homens. Este facto está de acordo com a evidência de que as mulheres apresentam maiores níveis de religiosidade e espiritualidade (Miller & Hofmann, 1995; Vaus & McAlister, 1987).

Os resultados obtidos considerando o estatuto residencial, confirmam o facto de este ser um bom preditor na ansiedade face à morte onde os adultos idosos institucionalizados apresentam maiores níveis desta ansiedade. Esta evidência está em conformidade com a maioria dos estudos realizados (Couvaneiro, Nunes & Santos, 2006; Berger, 1995 in Neto & Simões, 1994; Neimeyer & Fortner 1999). Verificou-se ainda que a Força da Fé apresenta um

efeito mitigador da relação entre o estatuto residencial e, diminuindo as diferenças do nível da ansiedade face à morte entre os adultos idosos institucionalizados e os adultos idosos não institucionalizados. Sendo o Lar, em última instância, o local onde se espera para morrer, é previsto que os adultos idosos que neles residam apresentem maiores níveis de AFM, assim, é bastante provável que os adultos idosos recorram à religiosidade como consolo e defesa contra a AFM. Isto significa que um adulto idoso que até à altura não tinha grandes sentimentos de religiosidade, aquando institucionalizado estes sentimentos podem aumentar como forma de lidar com o terror da morte, isto é explicado através da TMT (in Tomer & Elliason, 2000).

É interessante a constatação de um padrão diferencial, no caso inverso, de interveniência da força da fé sobre a relação entre o género e o estatuto residencial e a AFM.

O papel relevante que a força da fé apresentou enquanto mediador na AFM, é uma evidência bastante útil para o trabalho com os adultos idosos, uma vez que, as questões relacionadas com a fé são muito mais fáceis de aceder e trabalhar do que as relacionadas com a morte. Assim, trabalhando com os adultos idosos no sentido de aumentar a sua fé consegue-se de forma indirecta atenuar a AFM.

## Referências Bibliográficas

Amado, N. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em adultos idosos sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados*. Tese de doutoramento submetida para defesa pública, ISPA, Universidade Nova, Lisboa.

Bagner et al (2004). Further Psychometric Properties of The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire- Short Form. *Pastoral Psychology and Christianity* 23 (1), 51-53.

Barros, J. (1998). *Viver a Morte: Abordagem Antropológica e Psicológica*. Coimbra: Almedina.

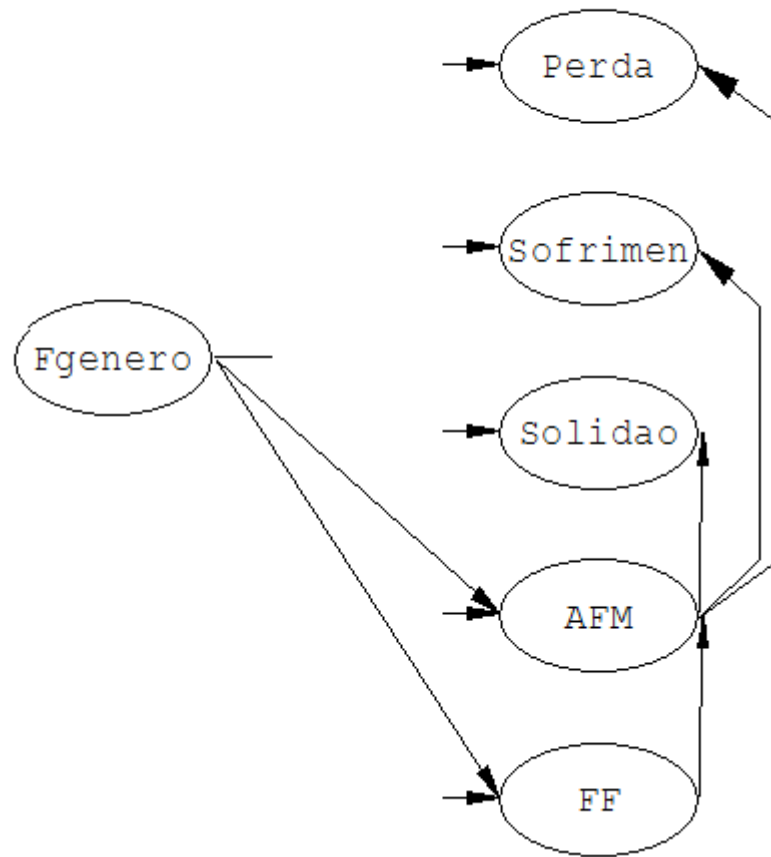
- Barros, O. & Neto, F. (2004). Validação de um Instrumento Sobre Diversas Perspectivas da Morte. *Análise Psicológica* 2 (XXII), 355-367.
- Benton et al (2007). Death Anxiety as a Function of Aging Anxiety. *Death Studies* 31, 337-350.
- Bentler, P. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246.
- Bentler, P. & Hu, L. (1999). Cutoff Criteria For Fit Indexes in Covariance Structure Analyses: Conventional Criteria Vs New Alternatives. *Structural Equation Modeling* 6 (1), 1-55.
- Bentler, P. M. (2007). On Tests and Indices for Evaluating Structural Models. *Personality and Individual Differences*, 42 (5), 825-829.
- Bravata et al. (2004). Psychometric Investigation of The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire- Short Form. *Pastoral Psychology* 52 (6), 479-482.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative Ways of Assessing Model Fit. In K. A. Bollen, & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). London: SAGE.
- Cicirelli (2003). Older Adult's Fear and Acceptance of Death: A Transition Model. *Aging International* 28, 66-81.
- Conte, H., Plutchik, R. & Weiner, M. (1982). Measuring Death Anxiety: Conceptual, Psychometric and Factor-Analytic Aspects. *Journal of Personality and Social Psychology* 43 (4), 775-785.
- Couvaneiro, C., Nunes, R & Santos, A. (2006). Ansiedade Face à Morte e Bem-estar Psicológico na Terceira Idade. *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* 845-850.

- Falkenhaim, M. Handal, P. (2003). Religion, Death Attitudes and Belief in Afterlife in the Elderly: Untangling the Relationships. *Journal of Religion and Health* 42 (1), 67-76.
- Florian, V. & Kravetz, S. (1983). Fear of Personal Death: Attribution, Structure and Relation to Religious Belief. *Journal of Personality and Social Psychology* 44 (3), 600-607.
- Florian, V. & Mikulincer, M. (1998). Symbolic immortality and the management of the terror of death: the moderating role of attachment style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (3), 725-734.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research* 18 (1), 39-50.
- Gómez-Benito & Tomás-Sábado (2003). Variables Relacionadas Com La Ansiedad Ante La Morte. *Revista de Psicología Gral. Y Aplicacional* 56 (3), 257-279.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1999a). *PRELIS2: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparametrized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424-453.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Hui, V. & Fung, H. (2009). Mortality Anxiety as a Function of Intrinsic Religiosity and Perceived Purpose in Life. *Death Studies* 33, 30-50.

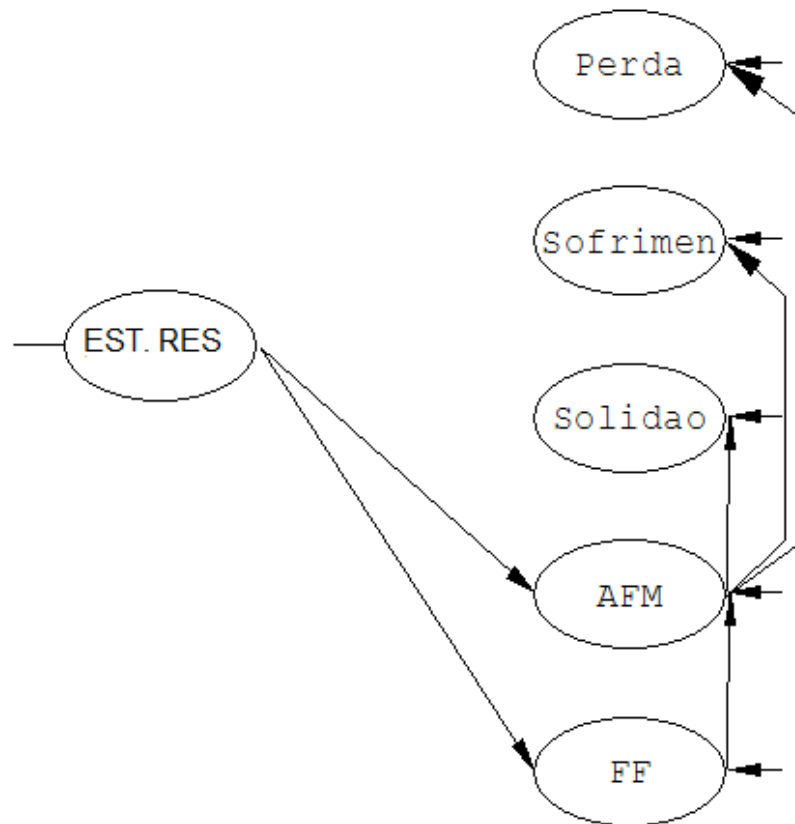
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1981). *LISREL V: Analysis of linear structural relationships by the method of maximum likelihood*. Chicago: IL: National Educational Resources.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1999b). *LISREL8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., Sörbom, D., Du Toit, S., & Du Toit, M. (2001). *LISREL8: New statistical features* (3rd printing with revision). Lincolnwood, IL: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2002). *LISREL8.53*. Chicago: Scientific Software International.
- Kaustenbaum, R. (2000) Death anxiety. *Encyclopedia of Stress (I)*. San Diego: Academic Press
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Li, K., Hasher, L., Jonas, D., Rahhal, T., & May, C. (1998). Distractibility, circadian arousal, and aging: A boundary condition. *Psychology and Aging, 13*(4), 574-583.
- MacCallum, R. C., Roznowski, M., & Necowitz, L. B. (1992). Model modification in covariance structure analysis: The problem of capitalization on chance. *Psychological Bulletin, 111*(3), 490-504.
- Miller S. A. & Hofmann, J. (1995). *Risk and religion: An explanation of gender differences in religiosity*. *Journal for the Scientific of Religion, 34* (1), 63-77.
- Moustaki, I., Jöreskog, K. G., & Mavridis, D. (2004). Factor models for ordinal variables with covariate effects on the manifest and latent variables: A comparison of *LISREL* and *IRT* approaches. *Structural equation modelling, 1* (4), 487-513.

- Neimyer, R. & Fortner, B. (1999). Death Anxiety in Older Adults: A Quantitative Review. *Death Studies* 23, 387-411.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oliveira, J. (2002). Ansiedade Face à Morte: Uma Abordagem Diferencial. *Revista da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Coimbra*, 31, 161-176.
- Plante et al. (2002). The Development of a Brief Version of The Santa Clara of Religion Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology* 50 (5), 359-368.
- Ribeiro, M. et al (2006). Validação cruzada da estrutura factorial do *Death Anxiety Questionnaire (DAQ)* para idosos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 99-108.
- Santos, S., Diniz, A. & Costa, J. (2004). Validação do *Death Anxiety Questionnaire (DAQ)*: Estudo com uma amostra de idosos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 87-92.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye, & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variable analysis* (pp. 399-419). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Simões, A. & Neto, F. (1994). Ansiedade Face à morte. *Revista Portuguesa de Pedagogia, Ano XVIII* (1), 79-96.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 173-180.
- Tanaka, J. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. In K. Bollen & J. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp.10-39). London: SAGE.

- Tomer, A., & Eliason, G. (2000). Attitudes about life and death: Toward a comprehensive model of death anxiety. In A. Tomer (Ed.), Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Thorson, J. & Powell, F (1988) Elements of Death Anxiety and Meanings of Death. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 641-701.
- Thorson, J. & Powell, F (1992) A Revised Death Anxiety Scale. *Death Studies*, 16, 507-521.
- Ullman, J. (1996). Structural equation modeling. In B. Tabachnick, & L. Fidell (Eds.) *Using multivariate statistics* (pp.709-819). New York: Harper Collins College.
- Vaus, D. & McAlister, F. (1987). *Gender differences in religion: A test of the structural location theory. American Sociological Review*, 472-481.
- Vries, B., Bluck, S. & Birren, J. (1993). The understanding of death and dying in a life-span perspective. *The Gerontologist*, 33 (3), 366-372.
- Wink, P. (2006) Who Is Afraid of Death? Religiosity, Spirituality and Death Anxiety in Late Adulthood. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*, 18 (2/3), 93-110.



*Figura 1.* Modelo Preditivo da Influência do Género na Ansiedade face à Morte em adultos idosos. Fgénero = Factor género; FF = Força da Fé; AFM = Ansiedade Face à Morte; Sofrimen = Sofrimento.

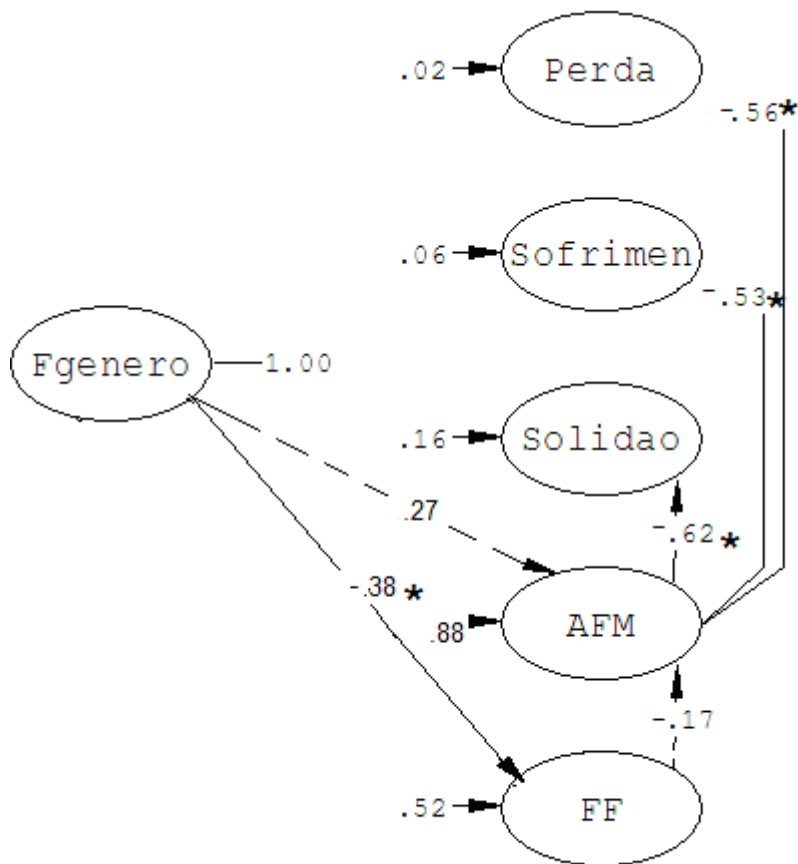


*Figura 2.* Modelo Preditor da Influência do estatuto residencial (institucionalizado vs não institucionalizado) na Ansiedade face à Morte em adultos idosos. EST. RES = Estatuto Residencial; FF = Força da Fé; AFM = Ansiedade Face à Morte; Sofrimen = Sofrimento.

Tabela 1 – QAM: índices de ajustamento dos modelos testados.

Modelo (factores; itens)	$SB\chi^2/gl$ (ratio)	CFI	SRMR	RMSEA (IC 90%)
M1 (3;15)	69.51/87 (.80)	.93	.07	0.00 (0.0; .018)
M2 (3;15)	69.51/87 (.80)	.93	.07	0.00 (0.0; .018)
M3 (3;13)	49.35/62 (.80)	.94	.067	0.00 (0.0; .026)

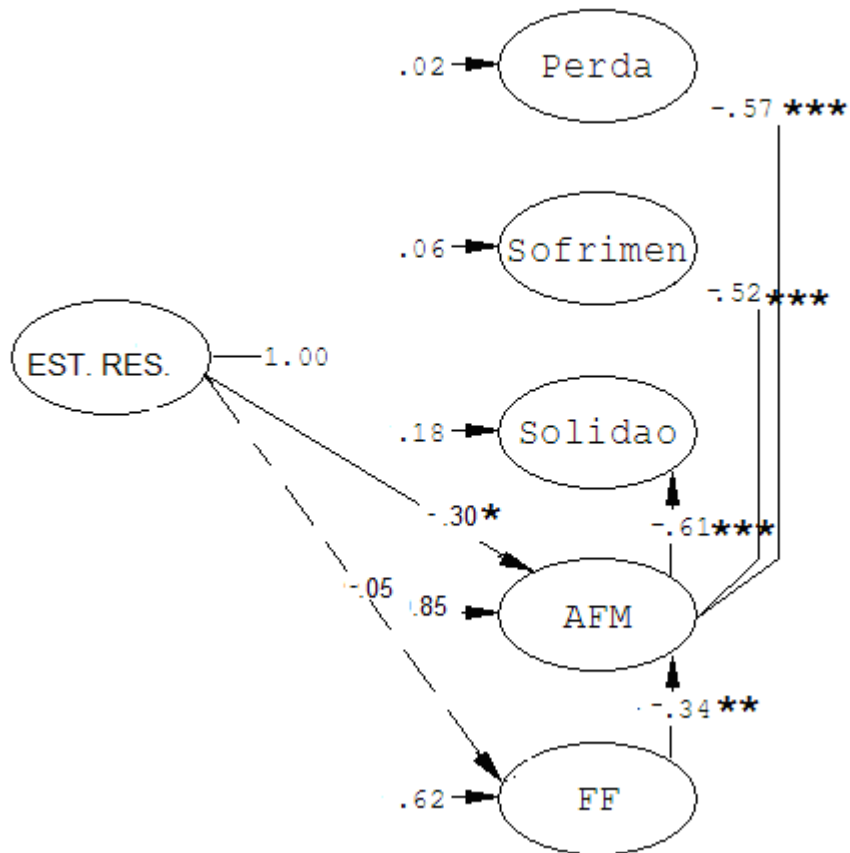
*Nota.* M1= Modelo Trifactorial Obliquo; M2 = Modelo Trifactorial Hierárquico; M3= Modelo Hierárquico Trifactorial (sem itens 8 e 9).



ratio  $SB X^2/gl$  (140.07/146) =.96;  $CFI$ =.88

$RMSEA$  =0.00;  $RMSEA IC$  90% = (.0; .035);  $SRMR$  =.081

*Figura 3.* Teste do Modelo Predictor da Influência do Género na Ansiedade Face à Morte em Adultos Idosos. Seta descontínua = trajetória estatisticamente não significativa; seta contínua = trajetória estatisticamente significativa. \*  $p < .001$ .



*ratio SB X<sup>2</sup>/gl (143.06/146)=.98; CFI=.84*

*RMSEA = 0.00; RMSEA IC 90% = (0.0;.037); SRMR=.84*

*Figura 4.* Teste do Modelo Preditivo da Influência do Estatuto Residencial na Ansiedade Face à Morte em Adultos Idosos. Seta descontínua = trajetória estatisticamente não significativa; seta contínua = trajetória estatisticamente significativa. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .



## ANEXO

A morte é um tema tão antigo quanto o homem, e desde o início da sua existência que este construía túmulos e prestava culto aos mortos. A morte é condição natural da vida, tão natural e previsível como o nascimento, enquanto que o nascimento é motivo para comemoração, a morte foi durante muito tempo, um temível e inexprimível assunto, contudo as suas implicações sempre estiveram presentes no comportamento humano, desde ter filhos como prolongamento da espécie, ou o receio de doenças encoberto pelo fantasma da morte e até a religião como desejo de transcendência.

Segundo Vieira (in Couvaneiro, Nunes & Santos, 2006), para que o homem tenha uma presença plena no mundo é necessário que reflecta sobre a sua própria morte, uma vez que essa reflexão é fundamental para a evolução das espécies. É necessário que se considere a vida, bem como a inevitabilidade do seu percurso, como um processo contínuo do desenvolvimento de que é preciso ter consciência e melhorar.

Assim, a morte torna-se tema considerado para as disciplinas de psicologia, principalmente a partir das décadas de 60/70. Vários problemas foram levantados e diversos estudos realizados sobre a problemática da Ansiedade Face à Morte.

### Ansiedade face à morte

“A ansiedade face à morte refere-se à tensão que é originada devido ao aumento da consciência do sujeito sobre a sua mortalidade” (Kastenbaum, 2000, p.645)

Kastenbaum (2000) refere que a AFM engloba a preocupação com o processo de morrer bem como a perda da vida em si. Esta inclui ainda a ansiedade sobre a morte dos outros ou a forma como os outros irão sentir a morte do sujeito.

Kastenbaum e Aisenberg (in Oliveira, 2002) reflectem sobre o medo ou ansiedade face à morte referindo que o objecto pode ser muito diversificado, estando implícito o momento da morte, o medo da surpresa da morte, o deixar de ser ou desaparecer, o medo do que acontecerá depois da morte, o sofrimento e a angústia que precedem a morte, o medo de fazer sofrer os que rodeiam o sujeito, medo só da própria morte ou medo da morte dos entes queridos. Aqui, estão presentes várias circunstâncias como o tempo (quando morrerei?), o

espaço (onde morrerei?) e a probabilidade (embora seja certo que morrerei, isso será dentro de quanto tempo e em que circunstâncias?).

Para Freud (in Kastenbuam, 2000), o sujeito não pode sentir AFM uma vez que não acredita na sua mortalidade. Este avança ainda que a morte não é compreendida pela lógica fundacional do processo inconsciente do sujeito e, a um nível consciente o sujeito nunca experienciou a morte. Freud conclui que quando uma pessoa expressa AFM, esta está antes ligada a um sintoma fóbico e que deve ser analisada como forma de saber qual a fonte da ansiedade que ficou alocada devido a vivências na infância e que despertou dado a um acontecimento na actual vida do sujeito.

Tomer e Eliason (2000) apresentam um modelo compreensivo sobre a AFM. Para estes existem três determinantes na AFM, sendo eles a lamentação referente ao passado, a lamentação referente ao futuro e o significado da morte. A lamentação referente ao passado está relacionada com objectivos de vida individuais que não foram cumpridos e que com o sentimento de aproximação da morte podem gerar culpa no sujeito por não ter conseguido o que havia expirado atingir. Assim, estes sentimentos de culpa e remorso podem contribuir para um aumento da AFM. Por outro lado, o Homem tem a capacidade de se projectar no futuro através de tarefas, objectivos e aspirações. Assim quanto mais estas forem importantes para o sujeito mais este revela ansiedade face a morte, ou seja maior, é o sentimento de finitude perante a vida e que não será possível atingir os objectivos adiados devido ao limite temporal desta.

Estes autores relacionam ainda o auto-conceito e a auto-estima com estes tipos de lamentação, onde referem que quanto maior for a discrepância entre o *self* actual e o *self* ideal, maior AFM revelam os sujeitos. Em relação à auto-estima, é referido que os sujeitos com maior auto-estima têm menos necessidade de negar a sua vulnerabilidade face à possibilidade de uma esperança de vida mais curta.

O significado da morte é referente ao conceito em si e à capacidade para lhe dar sentido, ou seja, a ansiedade face a morte depende então da forma e significado que o sujeito atribui ao acontecimento da morte, isto é, a percepção da morte como absurda e sem sentido pode gerar maior ansiedade, do que em sujeitos que não atribuem um significado à sua própria morte e que a encaram como situação natural. Wong, Reker e Gesser (in Tomer & Eliason, 2000) assinalam três tipos de aceitação face a morte: a aceitação neutra, onde o sujeito deparado com a inevitabilidade da morte, a aceita a um nível cognitivo ao qual se

ajusta afectivamente; a aceitação por aproximação, onde o individuo aceita a finitude da vida do seu corpo e aspira por uma recompensadora vida depois da morte; e a aceitação como escape, onde o sujeito vê a morte como sendo mais atractiva que a vida terrestre dolorosa e sofrida.

Grenberg et al. e Solomon et al. (in Tomer & Eliason, 2000) inspirados nos trabalhos do antropologista Ernest Becker que propõe que o medo face à morte resulta unicamente da capacidade que o homem tem de auto reflexão. Isto significa que o Homem tem a capacidade de se projectar no passado, presente e futuro, e inevitavelmente, surge o conhecimento da sua mortalidade. Estes autores referem então que este saber é aterrador pois simultaneamente existe o instinto para a sobrevivência tal como nos restantes animais. Assim, este paradoxo, o conhecimento da mortalidade juntamente com o desejo primário de sobrevivência gera um potencial para o terror paralisante. É então o manejo do terror que interessa perceber.

### Teoria do Manejo do Terror

A TMT propõe que o Homem recorre a sistemas partilhados de valores e crenças, a visões culturais, como forma de promover com ordem e sentido o mundo caótico. Estas visões culturais possibilitam um sistema de recompensas e castigos que permitem a visão do mundo como controlável e justo. As visões culturais também disponibilizam a receita para a imortalidade, e esta, quer seja de forma simbólica ou literal está presente em todos os sistemas de crenças culturais. Nas culturas existem símbolos que possibilitam a lembrança eterna do Homem, como por exemplo os livros de história, os jornais, etc. Estes fazem com que o sujeito sinta que irá continuar a sua existência, mesmo depois do seu corpo se “tornar em pó”.

A imortalidade é também promovida pela visão cultural através da eterna dicotomia paraíso/inferno. Esta visão contém também padrões acerca do que é um bom, valorizado e apropriado comportamento, sendo este um pré-requisito para a imortalidade. Então, com o cumprimento destes padrões e desempenhando o papel que cada sujeito tem na sociedade, este sente que tem valor e é capaz de desenvolver a sua auto-estima. Assim sendo, a auto-estima é uma defesa contra a AFM, pois envolve um sentimento de ser especial e único e, por consequência, desenvolve um sentimento de imunidade face à morte.

Considerando a TMT Benton et al. (2007) referem 2 tipos de AFM: a ansiedade face à morte tangível e a ansiedade face à morte existencial. A ansiedade face à morte sabida ou

ansiedade face à morte tangível resulta do pensamento sobre o que acontece ao corpo do sujeito quando está a morrer ou depois de morto. A ansiedade face à morte existencial está relacionada com as questões sobre o que acontece depois da morte. Estes autores relacionam estes dois tipos de ansiedade com a imortalidade simbólica e literal. A imortalidade simbólica é a crença de que o sujeito pertence a uma causa maior e que irá continuar a viver mesmo depois da existência física ter chegado ao fim. Assim, a imortalidade simbólica pode ser uma defesa contra a ansiedade face à morte existencial, ou seja, embora a existência física possa acabar o sujeito sabe que continua a sua existência devido à contribuição de uma entidade superior. Em última análise, acede-se à imortalidade simbólica conquistando a atenção da sociedade, talvez através da contribuição significativa para o mundo ou por uma conquista histórica.

A imortalidade literal está relacionada com a continuação da existência após a morte física, quer seja via paraíso, reencarnação ou outra forma de vida após a morte. Assim, a imortalidade literal pode ser uma defesa contra a ansiedade face à morte tangível.

A TMT sugere então, a existência de mecanismos de defesa que suprimem e reprimem a AFM. Contudo, estes podem falhar quando a morte está próxima, permitindo assim que os medos face a morte regressem à consciência. Quando isto acontece os sujeitos tendem a usar outros mecanismos de defesa como a negação da sua vulnerabilidade, distanciamento da situação e até o uso de distrações como forma de lidar com a ameaça.

Vários estudos foram realizados, com o intuito de verificar a aplicabilidade da TMT. É o exemplo de Bozo et al. (2009) que pretendiam verificar o efeito da AFM nos comportamentos de promoção da saúde e também perceber a influência da idade. Com uma amostra constituída por 100 sujeitos divididos em dois grupos etários (dos 20 aos 35 anos e acima dos 60 anos), chegaram à conclusão que uma maior AFM leva a um aumento dos comportamentos promotores de saúde, contudo ao nível da idade não verificaram influências do manejo do terror.

Várias são as variáveis que têm vindo a ser consideradas no estudo da AFM, com o objectivo de perceber melhor este construto.

## Género e Ansiedade Face à Morte

O género tem sido uma variável bastante estudada na sua influência sobre a AFM diversos estudos foram realizados e vários resultados foram encontrados.

Thorson e Powell (1988) aplicaram a *DAS (Death Anxiety Scale)* a uma mostra constituída por 599 sujeitos desde estudantes do secundário a adultos idosos constatando que as mulheres tinham maior AFM que os homens. Pollak (in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003) numa revisão a vários estudos realizados constatou que na sua maioria, as mulheres apresentaram uma AFM mais elevada que os homens.

Estudos realizados com estudantes universitários também revelaram maior AFM nas mulheres em detrimento dos homens (vd. Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003).

Introduzindo outra variante, a etnicidade, Sanders, Poole e Rivero (in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003) aplicaram a *Das* a uma amostra inter-racial de adultos idosos com idades compreendidas entre os 60 e os 87 anos, verificando que tanto as mulheres de raça negra como as de raça branca pontuavam mais alto relativamente ao nível de AFM. Na mesma linha Schumacker, Warren e Groth (in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003), comparam os resultados obtidos na *DAS* em sujeitos japoneses e australianos, e na amostra australiana verificaram também que as mulheres têm maior AFM que os homens. Contudo, na amostra japonesa já não se obtiveram diferenças significativas ao nível do género. Utilizando a versão árabe da *DAS*, vários autores encontraram também pontuações significativamente mais altas nas mulheres em amostras egípcias, libanesas e kuwaitianas (vd. Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003) sendo estas até, sensivelmente superiores às pontuações obtidas com sujeitos anglo-saxónicos. Templer (in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003) sugere que estas diferenças obtidas na amostra árabe se devem ao facto da importância do papel sexual nessas culturas, que supõem grandes diferenças entre homens e mulheres, principalmente na valentia, assim os homens revelam uma AFM muito menor que as mulheres.

Contudo, existem outros autores que não encontraram diferenças significativas nas pontuações de ansiedade face a morte a nível do género (Neimeyer & Dingerms, Conte, Weiner & Plutckick; Eggerman & Dustins; in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado 2003).

No entanto, a maioria dos estudos realizados apontam no sentido de que as mulheres têm maiores níveis de AFM e, segundo Stillon (in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003), isto verifica-se porque as mulheres têm uma maior facilidade em admitir e expressar as suas preocupações e sentimentos.

#### Personalidade e Ansiedade Face à Morte

O estudo da personalidade na AFM, tem como principal papel verificar que características de personalidade podem estar mais ligadas a esta ansiedade e quais se podem utilizar como variáveis predictoras. Assim, vários estudos foram realizados e as características de personalidade que parecem estar relacionadas com a AFM são: a sociabilidade (Tomer & Eliason; in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003), a emocionalidade (Schwab; in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003) a agressividade (Kvist et al.; in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003), a tensão (Smith; Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003) e o humor (Mayer & Cabe; in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003).

Através da utilização de diferentes instrumentos de medição da personalidade vários autores chegaram à conclusão que o neuroticismo (emocionalidade) relaciona-se positiva e significativamente com a AFM. (Howells & Field; Templer; Loo; in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003).

#### Estado de saúde e Ansiedade Face à Morte

O estado de saúde do sujeito tem sido outra variável considerada para o estudo da AFM. Lucas, Thorson e Powel (in Gomez-Benito, & Tomaz-Sábado, 2003) compararam três grupos de pacientes masculinos e suas esposas: pacientes com hemodiálise domiciliária, pacientes com hemodiálise hospitalar e pacientes cirúrgicos, chegando à conclusão que não existiam diferenças significativas entres os grupos. Robinson e Wood (in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003) compararam sujeitos com boa saúde, sujeitos com exames médicos de rotina, sujeitos com artrite reumatóide e sujeitos com cancro, constatando que não existiam diferenças significativas nos três grupos em relação às pontuações da AFM. Ao que parece, que pelo facto do sujeito possuir uma doença grave, não significa que este apresente um acréscimo de AFM.

## Ocupação profissional e Ansiedade Face à Morte

A ocupação profissional do sujeito é considerada por vários autores como uma variável preditora da ansiedade face ou morte, em função da natureza do trabalho realizado estar mais ou menos relacionada com a morte, como é o caso dos agentes funerários por exemplo, ou actividades que de certa forma sejam um risco à integridade física e à própria vida.

Com o aumento do número de pessoas que morrem institucionalizadas, como nos hospitais, a atenção dos investigadores tem-se dirigido principalmente para os profissionais de saúde nomeadamente para médicos e enfermeiros.

Feifel et al. (in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003) verificaram que os médicos e estudantes de medicina apresentavam uma elevada AFM em detrimento de outros grupos de profissionais. Estes autores referem que alguns médicos podem ser induzidos a exercer a sua profissão como um mecanismo de defesa contra a sua elevada AFM.

Outros estudos foram realizados com profissionais que não médicos e enfermeiros. É o exemplo de Amenta (in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado 2003), que comparou um grupo de voluntários que após um ano de serviço abandonaram o programa de cuidados a pacientes terminais com um grupo de voluntários que continuou no programa, verificando que os sujeitos que tinham abandonado o programa obtiveram pontuações mais altas de AFM. Niemeyer e Dingemans (in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003) compararam as atitudes face à morte num grupo voluntário de conselheiros na prevenção do suicídio com um grupo de profissionais não voluntários e verificaram que o grupo de voluntários obteve pontuações mais elevadas de AFM.

Os autores que realizaram estes estudos, realçam a importância de considerar a AFM como uma competência para a realização de certas profissões onde os sujeitos lidam diariamente com a morte.

## Idade e Ansiedade Face à Morte

Koocher et al. (in Oliveira, 2002) concluíram que os alunos do ensino secundário eram significativamente mais ansiosos a respeito da morte do que os do 3º ciclo do ensino básico e os adultos.

Thorson e Powell (1988), com uma mostra constituída por 599 sujeitos desde estudantes do secundário a adultos idosos, aplicaram a *DAS* e verificaram diferenças na AFM ao nível da idade. Templer, Ruff e Fransks (in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado, 2003), num estudo com um total de 1721 sujeitos provenientes de diferentes populações, não verificaram correlações significativas entre a idade e a AFM, estando apenas implícita uma tendência para a correlação negativa entre estas. Já Gesser, Wong e Reker (in Tomer & Eliason, 2000) verificaram que não existia uma relação linear entre a AFM e a idade. Num estudo que englobava 150 sujeitos divididos em 3 grupos etários: jovens (18-25 anos), média idade (35-60 anos) e idosos (60-83 anos). Concluíram que o grupo dos jovens a AFM era relativamente elevada, máxima na meia-idade e mínima nos idosos.

Em conformidade com estes resultados estão os de Stevens et al. (in Gomez-Benito & Tomaz-Sábado 2003), que com uma amostra de 295 sujeitos compreendida por idade dos 16 aos 83 anos verificaram que nos sujeitos mais velhos a AFM é menor que nos mais jovens. A explicação para esta correlação negativa, segundo os autores, está relacionada com o facto de que os adultos idosos têm mais experiência em lidar com os seus sentimentos face à morte, pois já tiveram também ao longo da vida várias perdas como dos próprios pais e outros parentes, companheiros e amigos. Esta vivência faz com que a própria morte pareça menos traumática. Outra indicação para esta menor ansiedade nos adultos idosos está no facto de que estes já vivenciaram mais anos e já aceitaram a morte como algo natural do ciclo da vida.

Os adultos idosos e a ansiedade face à morte

O estudo dos idosos e variáveis relacionadas com esta faixa etária vão ganhando terreno com o avançar do tempo, uma vez que, Carrilho e Gonçalves, (in Couvaneiro & Pombo, 2006) referem que a proporção de pessoas com 65 anos ou mais duplicou nos últimos 40 anos passando de 8% em 1960, para 11% em 1961, 14% em 1991 e 16% em 2001 sobre o total da população. Com este aumento exponencial, torna-se importante compreender, analisar e trabalhar com as características desta faixa etária.

A velhice é um dos períodos de vida onde abundam as transformações ao nível das funções biológicas, das capacidades mentais, dos traços de personalidade e também dos papéis sociais. Estas modificações são sentidas como perdas, e como sinais premonitórios de outras perdas que hão-de vir.

“ O velho vive o tempo e o espaço de um modo diferente: o tempo mais existencial do que cronológico, embora ache que ele passa depressa; o espaço (da família e da sociedade) com medo de ser marginalizado, o que acontece frequentemente na nossa sociedade onde a família não pode ou não quer manter o ancião em casa, por falta de condições e por necessidade de trabalho ou por comodismo e falta de amor. Os múltiplos sentimentos do idoso, à medida que se aproxima da morte, são difíceis de narrar e dependem de cada um, de como viveu a vida, de quem o rodeia, da fé religiosa, da maneira como morre (com dores ou calmamente), etc.” (Barros, 1998, p.150).

À medida que os sujeitos vão envelhecendo, assimilam expectativas de longevidade de acordo com as normas e esperança média de vida dos membros da sociedade onde estão inseridos, como por exemplo, nas colunas obituárias dos jornais as pessoas que lá constam são na sua maioria adultos idosos, isto faz com que o adulto idoso se aperceba então que a morte não está assim num futuro tão remoto, principalmente quando ultrapassam a idade referida como esperança média de vida.

Outro aspecto a considerar é que com o avançar da idade se vão perdendo as capacidades físicas e cognitivas. Assim, as percepções do adulto idoso acerca do seu estado físico e cognitivo aliado à idade limite tida como referência na sociedade onde este está inserido, têm influência na esperança de vida individual bem como que suscita AFM devido a esta estar cada vez mais próxima. Cicirelli (2003) refere que a AFM nos adultos idosos baseia-se principalmente no medo de aniquilação ou extinção da sua identidade. Este medo suscita uma reorganização cognitiva e emocional e uma reinterpretação sobre a forma de ver a própria vida e a morte, para reduzir a AFM e aumentar a aceitação da mesma, acontecendo isto num período de transição. Num estudo qualitativo baseando-se em questões abertas sobre a morte e o morrer a 109 idosos entre os 70 e os 97 anos (divididos em 5 grupos etários) verificou que os adultos idosos compreendidos entre os 76 e 85 anos revelaram maior AFM que os adultos idosos tanto mais novos como mais velhos, deparando-se assim com a confirmação da existência de um período de transição. Neste ocorre a reorganização do pensamento e comportamento dos adultos idosos para lidarem com o medo crescente face à morte através do uso de estratégias como a negação, a fé na religião, a proximidade e pertença a uma família, a reorganização cognitiva, entre outras.

Tomer e Eliason (2000) baseando-se no oitavo estágio da teoria psicossocial de Erickson, para explicar as diferenças obtidas a nível da AFM nos adultos idosos, referem que a aceitação da morte pode ser considerada como um atributo da sabedoria, ou seja, uma pessoa sábia é aquela que sente que a sua vida teve significado e foi produtiva, já o sujeito não sábio sente que desperdiçou a vida. Assim, o sujeito sábio não está apenas em paz com a sua vida, como também já não tem muitos objectivos relevantes por atingir, onde a lamentação referente ao futuro é mínima.

### Religião e Ansiedade Face à Morte

Quanto à religião, para Fowler (in Simões & Neto, 1994), a fé religiosa é uma forma de estar em relação, que envolve confiança e amor pelo próprio, pelos outros e envolve também a partilha de causas e valores que nos rodeiam. Assim a fé é, em última instância, a forma que o sujeito tem de estar em relação consigo, com o seu meio envolvente e também uma forma de estar preocupado.

Segundo Hoelter e Epley (in Simões & Neto, 1994), os estudos sobre a religião e a ansiedade face à morte, apresentam resultados contraditórios, isto é, enquanto que a maioria não detectou nenhum tipo de relação, outras investigações encontraram uma relação inversa entre as duas variáveis.

Vários autores (vd. Florian & Kravetz, 1983) verificaram que a crença religiosa bem como a sua prática tendem a diminuir a intensidade da AFM. Florian e Kravetz (1983) explicam este facto recorrendo à explicação de Freud para a crença religiosa, ele refere que esta crença é uma forte segurança para o pensamento e sentimento humano, uma vez que a ideia de imortalidade defendida pela religião funciona para o Homem como uma defesa contra a AFM.

Neimeyer e Van Brut (in Tomer & Eliason, 2000) diferenciam ainda a crença religiosa (o acreditar em Deus e na vida após a morte) da prática religiosa (frequência na igreja) verificando assim que a crença religiosa é de facto um preditor para uma menor AFM, enquanto que a prática já não o é.

Falkenhain e Handal (2003) numa revisão bibliográfica sobre as relações entre a AFM e a religião, verificaram também diferentes resultados, sendo que, uma correlação positiva entre

AFM e religião, foi encontrada por vários autores (Gonzalez et al. 1988; Leming 1980; Chenard, 1972; Feifel, 1958), já uma relação negativa entre AFM e religião foi verificada pelos autores Berman e Hays (1973) Feifel e Brenacomb (1972). Também surgiram resultados que sugerem não existir relação entre as variáveis, como por os obtidos por Shandinger, Hinnerger e Lester (1999).

Também Falkenhain e Handal (2003), com uma amostra de adultos idosos entre os 65 e os 87 com 24% eram homens e 76% mulheres, verificaram uma elevada correlação entre a religião e a AFM.

Wink (2006) investigou a relação entre religiosidade, espiritualidade e AFM em adultos idosos, chegando à conclusão que os adultos idosos com maiores níveis de religiosidade e espiritualidade apresentavam menores pontuações de AFM.

Powell e Thorson (in Oliveira, 2002) obtiveram uma correlação positiva entre a AFM e uma alta motivação religiosa intrínseca.

Contudo, existem outros estudos cujas conclusões vão noutro sentido. É o exemplo de Lester (in Oliveira, 2002) que após a análise de 10 estudos, chegou à conclusão que a crença religiosa não influencia a AFM, mas antes canaliza o medo para os problemas específicos inerentes a cada religião. Também Rasmussen e Jonhson (in Oliveira, 2002) não encontraram uma correlação positiva entre a AFM e a espiritualidade ou religiosidade.

Hui e Fung (2009), considerando a religião como sendo um construto multidimensional, efectuam uma análise a investigações efectuadas por outros autores sobre este assunto e referem então que Allport e Ross distinguem a religiosidade como sendo intrínseca ou extrínseca, referindo que as pessoas que são religiosas de forma intrínseca vivem a sua religião com sinceridade. Contrariamente, aqueles que dispõem de uma religiosidade extrínseca, consideram a religião como um meio para a socialização e aceitação social. Referem também que Roff et al. verificaram que os sujeitos com maiores níveis de religiosidade intrínseca revelam um menor medo face à morte, enquanto que a religiosidade extrínseca está positivamente relacionada com a AFM.

#### Medição da Ansiedade Face à Morte

Vários são os instrumentos de medida da AFM.

O *Death Anxiety Questionnaire (DAQ)*, foi concebido por Conte, Plutchik e Weiner (1982). Segundo os autores, este questionário tem como função medir uma variedade de sentimentos relacionados com a morte.

Originalmente foram propostos 24 itens, contudo os autores verificaram que estes possuíam pouco poder discriminativo, pelo que eliminaram 9 itens, permanecendo 15.

Procedendo à validação do questionário, foi encontrado um coeficiente de alfa na ordem de 0.83 e um coeficiente de fiabilidade teste-reteste de .87. Assim, conclui-se que este questionário é detentor de consistência interna bem como possui estabilidade temporal.

Estes autores apuraram ainda o carácter factorial da escala. Verificaram que os itens estavam distribuídos por 5 factores: o medo do desconhecido (itens 1, 2, 12, 14 e 15), medo do sofrimento (itens 3, 4, 5), medo da solidão (itens 6, 7), medo da extinção pessoal (itens 10, 11, 13) e um ultimo factor cujo os autores não o conseguiram denominar que englobava os itens 8 e 9.

Simões e Neto (1994) adaptaram o questionário de ansiedade face à morte para a população portuguesa. Aplicando o questionário a 3 grupos de amostra: 74 idosos residentes em Lares (24 eram do sexo masculino); 59 adultos idosos (todos do sexo feminino) e 140 estudantes universitários (43 eram do sexo masculino) Os autores encontraram um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .88, concluindo assim que o QAM é um instrumento com características psicométricas bastante satisfatórias. Também verificaram que a AFM é um constructo multifactorial, no entanto apenas verificaram a existência de três factores em que se incluem os 15 itens do QAM.

Um primeiro factor está relacionado com as perdas que a morte acarreta, como a perda do próprio ser, a perda daquelas pessoas que se ama, a perda dos projectos que se fizeram, etc. (itens 1, 2, 10, 14 e 15); o segundo factor reflecte a ideia de sofrimento causado pela morte, o sofrimento pessoal e alheio (itens 3, 4, 5, 8, 9 e 11); por fim o último factor está relacionado com a ideia de solidão, de afastamento dos outros (itens 6, 7, 12, 13).

Já Barros (1998), baseado nos estudos de Simões e Neto (1994), recorrendo a uma amostra de 742 estudantes que frequentavam o secundário e o ensino superior, argumentou a favor da unifactorialidade do construto e reduziu o QAM a 11 itens, excluindo os itens 5, 7, 10 e 11. Também Couvaneiro Nunes e Santos (2006) utilizando o QAM em 40 idosos institucionalizados e não institucionalizados, obtiveram uma escala com 6 itens, após exclusão dos restantes itens por pouco poder discriminativo.

A *DAS (Death Anxiety Scale)* construída por Templer em 1970, tinha o intuito de medir a AFM como um construto unidimensional, contudo esta revelou conter vários factores na sua estrutura (Lonneto & Templer; in Thorson & Powell, 1992), esta escala foi bastante usada nos anos 70 e 80 contudo Thorson e Powell (1992) referem que é uma escala que contém muitos itens relacionados com a claustrofobia e é muito pouco sensível na medição relacionada com as questões do sofrimento na morte. Assim, os autores revelam antes a utilização da versão revista da escala de ansiedade face à morte (*RDAS- Revised Death Anxiety Scale*) esta escala é então constituída por 25 itens auto-descritivos com resposta em formato escala de *Lickert* de cinco pontos, com um alfa de *Cronbach* de .80.

#### Referências Bibliográficas

- Barros, J. (1998). *Viver a Morte: Abordagem Antropológica e Psicológica*. Coimbra: Almedina.
- Barros, O. & Neto, F. (2004). Validação de um Instrumento Sobre Diversas Perspectivas da Morte. *Análise Psicológica* 2 (XXII), 355-367.
- Benton et al (2007). Death Anxiety As a Function of Aging Anxiety. *Death Studies* 31, 337-350.
- Bozo, O. et al (2009). The Effect of Death Anxiety and Age on Health-Promoting Behaviours: A Terror Management Theory Perspective. *The Journal of Psychology*, 143 (4), 377-389.
- Conte, H., Plutchik, R. & Weiner, M. (1982). Measuring Death Anxiety: Conceptual, Psychometric and Factor-Analytic Aspects. *Journal of Personality and Social Psychology* 43 (4), 775-785.

- Couvaneiro, C., Nunes, R & Santos, A. (2006). Ansiedade Face à Morte e Bem-estar Psicológico na Terceira Idade. *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. 845-850.
- Couvaneiro, C. & Pombo, A. (2006). Idosos: Identidade de Representações Sociais. *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 821-829.
- Falkenhaim, M. Handal, P. (2003). Religion, Death Attitudes and Belief in Afterlife in the Elderly: Untangling the Relationships. *Journal of Religion and Health* 42 (1), 67-76
- Florian, V. & Kravetz, S. (1983). Fear of Personal Death: Attribution, Structure and Relation to Religious Belief. *Journal of Personality and social Psychology* 44 (3), 600-607.
- Hui, V. & Fung, H. (2009). Mortality Anxiety As a Function of Intrinsic Religiosity and Perceived Purpose in Life. *Death Studies* 33, 30-50.
- Gómez-Benito & Tomás-Sábado (2003) Variables Relacionadas Com La Ansiedad Ante La Morte. *Revista de Psicología Gral. Y Aplicacional* 56 (3), 257-279.
- Kaustenbaum, R. (2000). Death anxiety. *Encyclopedia of Stress (I)*. San Diego: Academic Press
- Oliveira, J. (2002). Ansiedade Face à Morte: Uma Abordagem Diferencial. *Revista da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Coimbra*, 31,161-176.
- Simões, A. & Neto, F. (1994). Ansiedade Face à morte. *Revista Portuguesa de Pedagogia, Ano XVIII* (1), 79-96.

- Thorson, J. & Powell, F. (1988). Elements of Death Anxiety and Meanings of Death. *Journal of Clinical Psychology, 44*, 641-701.
- Thorson, J. & Powell, F. (1992). A Revised Death Anxiety Scale. *Death Studies, 16*, 507-521.
- Tomer, A. & Eliason, G. (2000). Attitudes about life and death: Toward a comprehensive model of death anxiety. In A. Tomer (Ed.), Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Wink, P. (2006). Who Is Afraid of Death? Religiosity, Spirituality and Death Anxiety in Late Adulthood. *Journal of Religion, Spirituality and Aging, 18* (2/3), 93-110.