

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



**A INFLUÊNCIA DA IDADE, DO GÊNERO E DA SAÚDE FUNCIONAL SUBJECTIVA
NA ANSIEDADE FACE À MORTE EM ADULTOS IDOSOS**

Helena Maria Diniz Gomes

8108

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

A INFLUÊNCIA DA IDADE, DO GÊNERO E DA SAÚDE FUNCIONAL SUBJECTIVA
NA ANSIEDADE FACE À MORTE EM ADULTOS IDOSOS

Helena Maria Diniz Gomes

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor António Diniz

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

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

- Agradeço ao meu orientador, Prof. Doutor António Diniz, pela disponibilidade, paciência e ajuda demonstradas ao longo de todo o trabalho.

- Agradeço aos funcionários e utentes do Centro Social Paroquial Padre Abílio Mendes e do Centro Social e Paroquial Santo André pela forma como me receberam, disponibilidade e ajuda na recolha da amostra.

- Agradeço à Universidade da Terceira Idade do Barreiro, na pessoa do Professor Artílio Baptista, por toda a disponibilidade, ajuda constante e partilha da história de vida absolutamente inspiradora.

- Agradeço a todos os idosos participantes do estudo, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho, pela disponibilidade, lições de vida e toda a aprendizagem proporcionada.

- Quero agradecer aos colegas do ISPA e colaboradores deste trabalho, que comigo percorreram este caminho, partilhando experiências, vivências e ajudando sempre que necessário, fazendo com que tudo se tornasse mais fácil.

- Agradeço aos meus amigos de sempre, pela partilha dos momentos bons e menos bons.

- Ao meu irmão, pelo apoio, capacidade de concretização inspiradora e “esclarecimentos informáticos”.

- Aos meus pais, um agradecimento especial, pela preocupação constante, por terem sempre tentado que eu não deixasse de sonhar e lutar.

- Por ultimo, mas não em ultimo, um agradecimento muito especial a Ti, que tornaste tudo possível...

Resumo

O presente estudo teve como objectivo o teste de um modelo estrutural preditor da influência da idade (terceira vs quartas idades), do género e da Saúde Funcional Subjectiva (SFS) na Ansiedade Face à Morte (AFM). Recorreu-se a uma amostra de 397 adultos idosos funcionais e não institucionalizados, com idades dos 65 aos 97 anos ($M = 74$) e residentes em meio urbano. Para operacionalizar a SFS utilizou-se a Escala de Saúde Funcional Subjectiva (ESFS; Diniz, 2007). Para operacionalizar a AFM, foi utilizada a *Revised Death Anxiety Scale* (RDAS; Thorson & Powell, 1994), avaliando as dimensões Ansiedade face à Inexistência (AI) e Ansiedade face ao Processo de Morrer (APM), de acordo com estudo de adaptação à população idosa portuguesa (Carvalho, Diniz & Ribeiro, 2008). Os resultados apontam para uma relação negativa entre SFS e AI. No entanto não se verifica a influência da mediação da SFS na relação entre o género, a idade e a AFM. Entretanto, os adultos idosos pertencentes à quarta idade revelaram menor SFS, menos AI e AFM. Os homens apresentaram maiores níveis de SFS do que as mulheres.

Palavras-chave: adultos idosos; ansiedade face à morte; saúde funcional subjectiva

Abstract

The purpose of the present study was to test a structural model predictor of the influence of age (third vs fourth ages), gender, and Subjective Functional Health (SFH) in the Death Anxiety (DA). The sample was composed of 397 functional old adults, non-institutionalized, with ages between 65 and 97 years ($M = 74$) and residents in urban areas. To assess SFS was used the Scale of Subjective Functional Health (SSFS; Diniz, 2007). For the DA, was used the *Revised Death Anxiety Scale (RDAS*; Thorson and Powell, 1994), with two dimensions, Non-existence and Dying Process Anxiety, in accordance with the study of adaptation to the old Portuguese population (Carvalho, Diniz & Ribeiro, 2008). The results point to a negative relation between SFH and preoccupation with Non-existence. However when the SFH was introduced like mediator of the relation between gender, age and DA, his influence was not found. Older participants reported less SFH, less preoccupation with Non-existence and less Dying Process Anxiety. Men presented more functional health than women.

Key Words: old adults; death anxiety; subjective functional health;

Introdução

O desenvolvimento da sociedade actual acarreta algumas questões, nomeadamente a evolução sócio-demográfica no sentido de um crescimento da população idosa em detrimento da população em idade activa.

Em Portugal, como nos países desenvolvidos, o número de pessoas idosas tem vindo a aumentar, assim como a esperança média de vida. Tendo em conta dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002), entre 1960 e 2001, a esperança média de vida aumentou cerca de 11 anos para os homens e 13 para as mulheres e houve, igualmente, um incremento de 140% na população idosa. Esta é uma tendência que, de acordo com estimativas do Conselho da Europa, irá manter-se, sendo que em 2050, a população estará ainda mais envelhecida, com 2,5 idosos com 65 anos ou mais para cada jovem com menos de 15 anos (Fonseca, 2006). Também o INE (2007) refere que a população portuguesa continuará a envelhecer, podendo o índice de envelhecimento atingir os 243 idosos por cada 100 jovens.

Este crescimento da população idosa tem levado a que muitos autores se debruçassem sobre esta faixa etária com o intuito de melhor a compreender e, assim, proporcionar melhores condições de vida.

Atendendo à situação acima descrita, aumento considerável da população idosa e da esperança média de vida, é de elevada pertinência estudar esta faixa etária, as mudanças e acontecimentos a ela inerentes.

Envelhecimento

O Envelhecimento é um conjunto de processos de natureza física, psicológica e social que, com o tempo, produzem mudanças da capacidade de funcionamento dos indivíduos e influenciam a sua vida social (Atcley, in Simões, 2006). Estas mudanças, apesar de mais acentuadas no final da vida, ocorrem desde o dia em que nascemos. Conforme referem Paúl e Fonseca (1999), trata-se de um processo complexo de evolução dos organismos vivos que exige uma constante adaptação. O envelhecimento é por si só um processo de selecção em que nem todos os sujeitos chegam à mesma idade cronológica (Baltes & Smith, 1997).

Apesar da velhice ser, muitas vezes, retratada pelos autores como um período caracterizado por múltiplas perdas que ocorrem simultaneamente ou num curto período de

tempo (in Kunzmann, Little & Smith, 2000), não se deve confundir com doença, tal como refere Simões (2006).

Um dos trabalhos mais abrangentes e completos nesta área trata-se do Estudo de Berlim (Baltes & Smith, 1997). Neste estudo foram analisados 516 adultos idosos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 70 e 105 anos. Com uma abordagem multi e interdisciplinar, esta investigação permitiu identificar o funcionamento dos participantes a vários níveis e constatar uma diferenciação entre idosos mais novos (*young-older age*) e idosos mais velhos (*oldest-old*) (Baltes & Smith, 1997; Lindernberg & Baltes, 1997). A idade muito avançada parece ser um período de maior vulnerabilidade, menor funcionalidade e perdas, comparativamente à velhice inicial (Smith & Baltes, 1997). No seguimento destas constatações, os mesmos autores realçam a necessidade de haver uma distinção entre terceira e quarta idade no curso da vida (in Baltes & Smith, 1997). Ainda que a fronteira entre idade avançada e muito avançada não seja rígida, a terceira idade engloba adultos idosos com idades compreendidas entre os 65 e 80 anos sensivelmente, e a quarta idade, idosos a partir dos 80 anos (Baltes & Smith, 1997, 1999).

Para além do Estudo de Berlim, outros fizeram a distinção dentro da população idosa, evidenciando que os indivíduos com mais de 85 anos têm de, frequentemente, lidar com elevados níveis de incapacidade, comorbilidade e perdas sociais (Manton, Stallard & Corder; in Smith & Baltes, 1997). No entanto, vários autores referem que sujeitos no início dos 70, tem maior probabilidade de serem relativamente saudáveis, socialmente activos e bem integrados na comunidade (in Smith & Baltes, 1997).

Alguns estudos, para além das diferenças entre terceira e quarta idade, tentam também averiguar a existência ou não de diferenças entre homens e mulheres idosos. De uma forma geral, as investigações apontam para os homens como um grupo melhor seleccionado, apresentando níveis mais elevados de funcionamento intelectual e saúde mental, independentemente de pertencerem à terceira ou quarta idade (Smith & Baltes, 1997, 1998). Pelo contrário, as mulheres revelam menor funcionalidade. Estes resultados encontrados no Estudo de Berlim, parecem comprovar que as mulheres vivem mais tempo mas não necessariamente melhor. Os homens que sobrevivem encontram-se em melhores condições físicas e mentais do que as mulheres (Smith & Baltes, 1998).

Sendo o envelhecimento algo incontornável, associadas a esta temática poderão estar relacionadas varias questões que contribuem ou não para que ele ocorra de forma bem sucedida. De acordo com Rowe e Kahn (in Wong, 2000), o envelhecimento bem sucedido é a habilidade para manter três comportamentos-chave ou características: baixo risco de doença e incapacidades relacionadas com doenças; elevados níveis de saúde funcional e mental; compromisso activo com a vida.

Para Wong (2000), é importante conhecer as necessidades existenciais e espirituais dos idosos. Nos seus trabalhos, este autor refere que o significado pessoal é a dimensão escondida do envelhecimento bem sucedido, na medida em que a atribuição de um objectivo e significado positivo à vida irá contribuir para que se viva mais e melhor. As pessoas precisam de desenvolver uma atitude positiva ao longo da vida para conseguirem manter a satisfação quando se deparam com perdas e doenças. Também Novak (in Wong, 2000), refere que o envelhecimento bem sucedido surge quando o indivíduo se predispõe a descobrir uma vida com significado.

Parece também ser verdade que os idosos com envelhecimento bem sucedido demonstram uma atitude positiva face à vida e ao processo de morrer (Wong 2000).

Ansiedade Face à Morte

Segundo McCoy, Pyszczynski, Solomon e Greenberg (2000), os primeiros sinais de que se está a envelhecer são normalmente pequenos e pouco evidentes para o próprio. Estas mudanças subtis parecem aumentar exponencialmente e o corpo começa, então, a ter limitações. Para os mais velhos, a morte já não é um conceito abstracto para o futuro, mas uma crise concreta do presente. A antecipação deste estado em que o próprio deixa de existir pode, em muitos casos, despoletar uma reacção emocional negativa, designada de Ansiedade face à Morte (AFM) (Tomer & Eliason, 2000; Kastenbaum, in Santos, 2005).

Estudar a AFM nos adultos idosos pode sugerir formas de melhorar a qualidade de vida para este segmento da população em constante crescimento. Nesse sentido, Fortner, Neimeyer e Rybarczyk (2000) referem que a forma como antecipamos a nossa morte pode influenciar a maneira como vivemos e experienciamos o presente. Partindo desse principio, muitos estudos têm sido elaborados sobre o tema, tentando verificar de que forma os idosos encaram a morte, se esta é ou não causadora de medo/ ansiedade e quais são as variáveis que a influenciam.

Uma das variáveis mais analisadas no que respeita à influência sobre a AFM é a idade, sendo que, de acordo com muitos estudos realizados, parece não haver correlação significativa entre ambos (in Conte, Plutchik & Weiner, 1982; Fortner, in Cicirelli 2003; Thorson & Powell, 1992). Resultados revelam que os adultos idosos não apresentam maior AFM que os mais novos, evidenciando até em alguns casos, níveis inferiores (Fortner & Neimeyer, 1999; Bengston, Cuellar & Ragan; Feifel & Branscomb, in Fortner et al., 2000) Na origem desta reacção, poderá estar o facto de que com a idade e competências adquiridas, nos tornarmos melhores a combater as nossas ansiedades relacionadas com a morte (McCoy et al., 2000). É provável que os adultos idosos, com a sua sabedoria acumulada, tenham encontrado uma maneira de se proteger.

Apesar de, nos estudos realizados, os participantes idosos, muitas vezes, expressarem menos medos generalizados de AFM, quando comparados com participantes mais novos, eles evidenciam grande preocupação com acontecimentos relacionados com o “morrer”, tais como perder entes queridos, experienciar dor e sofrimento, não cumprir os seus objectivos e perder o controlo sobre o seu corpo e acções (Pinder & Hayslip, in Depaola, Griffin, Young & Neimeyer, 2003).

Muitos estudos indicam que a AFM é maior em adultos de meia-idade do que nos adultos idosos. Numa revisão de literatura, Fortner e Neimeyer (1999) reforçam esta questão, verificando que a AFM declina da meia-idade até à idade avançada e estabiliza durante as últimas décadas de vida. Tal como é referido pelos autores, este facto não implica que todos os adultos idosos tenham níveis baixos de AFM mas que, enquanto grupo, apresentam níveis menos relevantes do que o grupo de meia-idade.

Assim, à medida que envelhecemos, o pensamento sobre a morte pode tornar-se menos aterrorizador e mais aceitável porque morrer é normal e apropriado, depois de se ter vivido uma vida completa (Belsky, 1990). Também Belsky (1990), refere que, por detrás da menor AFM nos adultos idosos, poderá estar uma dificuldade em admitir emoções negativas de qualquer espécie. Refere igualmente que se, tal como muitos filósofos e psicólogos, assumirmos que a morte é a principal ansiedade para todos nós, negar qualquer ansiedade seria um sinal do contrário.

Numa perspectiva mais negativista, Thorson e Powell (in Tomás-Sabado & Gomez-Benito, 2003) sugerem que a menor AFM verificada nos adultos idosos poderá estar

relacionada com o facto de terem acumulado ao longo dos anos experiências desagradáveis que retiram a carga dramática e traumática ao processo de morrer.

Wong (in Cicirelli, 2003) observou que os adultos idosos usam o evitamento e a negação para lidar com os medos da morte, mas sugeriu que estas estratégias têm grande probabilidade de falir à medida que a morte se aproxima. McCoy e colaboradores (in Cicirelli, 2003) enunciaram várias estratégias usadas pelos idosos para lidar com o medo da morte, como por exemplo, reorganização psicológica do *self* para aceitar a inevitabilidade da morte, minimização da exposição a pontos de vista alternativos, recomposição cognitiva de eventos e generatividade.

São várias as teorias que apresentam explicações para a AFM e suas implicações na população adulta idosa. De acordo com a Teoria de Selectividade Sócio-emocional (Carstensen, in Cicirelli, 2003), os adultos idosos reduzem as relações com os outros para maximizar os ganhos emocionais e sociais e reduzir os riscos, à medida em que se vão tornado mais conscientes da proximidade e inevitabilidade da morte. Os adultos idosos parecem, também, ser mais capazes de regular as suas experiências emocionais, o que pode ajudar a lidar com a sua mortalidade (Lawton, Kleban, Rajagopal & Dean, in Cicirelli, 2003)

Uma outra teoria que está na base de outras que abordam a temática da AFM, é a *Terror Management Theory (TMT)*; McCoy, Pyszczynski, Solomon & Greenberg, 2000). A mesma advoga que o medo da morte resulta do conflito entre querer continuar a viver e, simultaneamente, da consciência que tal não é possível, o que despoleta um potencial terror paralisante (Martens, Goldenberg & Greenberg, 2005). De modo a protegermo-nos deste medo e afastá-lo da consciência, recorreremos a mecanismos de defesa (McCoy et al., 2000) e à auto-estima (McCoy et al., 2000; Martens et al., 2005).

Baseando-se na *TMT*, Cicirelli (2003) apresenta o modelo transaccional para explicar a AFM nos adultos idosos. De acordo com este modelo, o medo da morte dá início a um período de transição que envolve reorganização cognitiva e emocional, incluindo a reinterpretção da vida e a morte, de forma a reduzir os medos da morte e, eventualmente, aumentar a aceitação da mesma. Este período de transição, que ocorre entre os 75 aos 84 anos, termina por volta dos 85 anos, altura em que os adultos idosos aceitam a morte e preparam-se para viver este último período da vida eficazmente (Cicirelli, 2003).

Para fundamentar a teoria acima descrita, Cicirelli (2003) reporta-se aos resultados do seu estudo com adultos idosos de idades compreendidas entre 70 e 97 anos. Nesta investigação, onde foi utilizado um instrumento multidimensional, os participantes nos finais dos 70's princípios de 80's foram os que apresentaram níveis mais elevados de AFM, nomeadamente nas dimensões relacionadas com a Inexistência e Medo do Processo de morrer. Também foram encontrados resultados qualitativos que evidenciam a forma como os adultos idosos lidam com o medo da morte. (1) Existência de medo: na medida em que expressavam medo da morte nas entrevistas. (2) Adaptação: uma vez que foram identificados estratégias usadas para lidar com a inevitabilidade da morte e dos medos associados. (3) Negação e recalçamento, defesas que são usadas para lidar com a morte. Estes mecanismos reduzem temporariamente a AFM e são úteis enquanto o indivíduo não consegue lidar com a situação de forma mais permanente. (4) Procura de conforto através da religião: alguns referem a crença em Deus e numa vida depois da morte, como uma maneira de lidar com situação. Deus é visto como uma entidade que promove a segurança, conforto e protecção. (5) Ligação aos outros: obtêm conforto através do relacionamento com os outros. (6) Focar os problemas: alguns idosos parecem lidar com a proximidade da morte, lidando directamente com os problemas práticos relacionados com a mesma, por exemplo, planear o seu próprio funeral. (7) Generatividade: tentativa de dar alguma coisa de si mesmo às gerações vindouras ou de ajudar os outros no geral. (8) Reorganização Cognitiva: alguns idosos parecem reorganizar os seus pensamentos de forma a desvalorizar a vida e encarar a morte como uma libertação. Neste estudo realizado por Cicirelli (2003), estas estratégias para lidar com a morte foram encontradas entre os adultos idosos nos finais dos 70 e início dos 80 anos, o período onde o medo da morte era maior. Negação, fé religiosa e família parecem ser os mecanismos mais utilizados entre adultos idosos no início dos 70 anos, sendo a ênfase mais na vida actual e futura do que nas preocupações relacionadas com a morte. Contrariamente, adultos idosos nos finais de 80's, princípios de 90's tendem a ter um padrão diferente de respostas, em que é evidente uma crescente calma e aceitação da morte.

Outros autores (McCoy et al., 2000; Johnson & Barer, in Cicirelli, 2003) também reportaram que adultos idosos com mais de 85 anos reconhecem a sua crescente vulnerabilidade à morte e desenvolvem uma atitude de aceitação em vez do medo da morte. A morte já não é remota ou abstracta ou algo a evitar. O que temem não é a morte mas o

processo de morrer, ter uma doença longa num lar e o pensamento de morrerem sozinhos. Desta forma, pode dizer-se que se sentem preparados para morrer, encarando-a como fazendo parte da vida e enfrentando-a sem receios. Estes autores acreditam que os adultos idosos mais velhos têm pouco ou nenhum medo de morrer.

Para além da idade, um outro factor que tem sido estudado relacionado com a AFM na população adulta idosa, é o género. Alguns estudos demonstraram resultados estatisticamente não significativos (Cavanough, in Santos, 2004; Ens & Bond, 2005; Fortner & Neimeyer, 1999; Fortner et al., 2000). Contudo é verificada, em algumas pesquisas, maior AFM em mulheres (Depaola et al., 2003; Fortner & Neimeyer, 1999; Madnawat & Kachhawa, 2007; Oliveira, 2002; Russac, Gatliff, Reece & Spottswod, 2007; Thorson & Powell, 1988, 1998; Tomer & Eliason, 2000; Walker & Maiden, 1987). Numa revisão de literatura apresentada por Fortner e Neimeyer (1999), foi colocado em evidência, o facto das mulheres idosas apresentarem maior AFM, quando comparadas com adultos idosos do sexo masculino. No entanto, num estudo posterior, os mesmos autores (in Depaola et al, 2003) defendem que o género não é um factor importante de predição de AFM nos adultos idosos. Esta diferença de resultados foi justificada com a metodologia nos estudos anteriores.

No estudo de Depaola e colaboradores (2003), onde se utilizou a *Multidimensional Fear of Death Scale (MFDOS)* numa amostra constituída por adultos idosos caucasianos e africanos, verificaram-se diferenças nas atitudes sobre a morte em função do género e da etnia, com mulheres e caucasianos a apresentarem valores mais elevados na subescala de medo da morte e do processo de morrer.

Um outro factor que pode ser relevante na forma como se lida com a morte, particularmente nesta faixa etária, é a religiosidade. Investigações têm demonstrado que pessoas religiosas têm atitudes mais positivas perante a morte do que as não religiosas. Alvarado, Templer e Thomas-Dobson (in Twelker, 2004) e Thorson e Powell (in Tomer & Eliason, 2000) defendem que convicções religiosas fortes estão relacionadas com menor AFM. Também Powell e Thorson (in Oliveira de Barros, 1998) provaram uma significativa correlação negativa entre AFM e elevada motivação religiosa intrínseca. No entanto, outros autores defendem que a existência de uma relação entre estas duas variáveis não é linear, parecendo depender do tipo de religiosidade e do medo específico de morte associado (Hoeltler & Epley, in Simões & Neto, 1994).

Ansiedade face à Morte e Saúde Subjectiva

De acordo com OMS (Organização Mundial de Saúde), a saúde é um estado físico, psicológico e social de completo bem-estar, que implica não só a ausência de doença e de comportamentos de risco, mas também a qualidade de vida (Paúl & Fonseca, 1999). A saúde física não é por si só sinal de felicidade mas a sua ausência provoca sofrimento e quebra do bem-estar. A doença condiciona a vida dos indivíduos, podendo ter influência no quotidiano, causar alteração de actividades diárias e relações, desconforto e, por vezes, o medo de morrer (Paúl & Fonseca, 1999).

Apesar da saúde objectiva ser algo importante, esta pode não coincidir com a avaliação que o próprio faz do seu estado. Deste modo, pode dizer-se que saúde subjectiva é a percepção que o indivíduo tem do seu estado de saúde, podendo diferir da saúde objectiva, uma vez que enquanto um indivíduo pode desvalorizar a sua doença e considerar estar melhor do que na realidade, outro pode exagerar a sua falta de saúde. Esta distinção entre saúde objectiva *versus* saúde subjectiva poderá ser feita estabelecendo um paralelismo com a distinção entre qualidade de vida e bem-estar subjectivo (BES): um indivíduo pode ter uma boa qualidade de vida e, no entanto, sentir-se infeliz, triste, não possuindo um bom nível de BES (Smith, Borchett, Maier & Jopp, 2002).

Alguns estudos sobre a forma como as pessoas avaliam a sua saúde, apontam para o facto de adultos idosos (com mais de 65 anos) avaliarem de forma mais negativa do que adultos de meia-idade, mesmo quando controladas a saúde objectiva e outras variáveis sócio-demográficas importantes (Levkoff, Cleary & Wetle, in Staudinger, Fleeson & Baltes, 1999).

Rodrigues e Leal (2002), num estudo efectuado com idosos dos 65 aos 84 anos, verificaram que os participantes até aos 74 anos têm melhor percepção da própria saúde do que os participantes mais velhos.

No que respeita ao género, resultados encontrados no Estudo de Berlim indicam que as mulheres evidenciam menor saúde subjectiva que os homens (Smith & Baltes, 1998). Fonseca e Paúl (2004) também confirmam esta questão, indicando que, em média, as mulheres referem ter mais problemas de saúde que os homens.

Uma das componentes da saúde mais frequentemente afectadas na população idosa, que tem consequências desagradáveis para o seu dia-a-dia e reflecte igualmente as diferenças de género e idades mencionadas anteriormente, é a saúde funcional (in Staudinger et al., 1999).

Esta é aferida pela capacidade de realizar tarefas da vida real sem ajuda, tais como caminhar, tomar banho, vestir-se, comer e cuidar da higiene pessoal (Simões, 2006).

O aumento de problemas na saúde funcional é dramático e, muitas vezes, tem consequências desagradáveis para o dia-a-dia dos adultos idosos (Kunzmann et al., 2000). Estudos mostram que problemas na saúde funcional restringem as interações dos idosos com o exterior, como por exemplo, estar com os amigos ou participação em actividades de lazer (in Kunzmann et al., 2000). Limitações na saúde funcional subjectiva (SFS) podem, igualmente, comprometer a auto-avaliação dos idosos como, por exemplo, contribuindo para depressão ou baixa auto-estima (in Kunzmann et al., 2000).

Apesar de alguns teóricos indicarem que problemas de saúde importantes predizem níveis elevados de AFM (Fortner & Neimeyer, 1999; Fortner et al., 2000), a relação entre saúde subjectiva, nomeadamente a funcional, e a AFM tem sido, poucas vezes, alvo de investigação. Uma das poucas investigações que relaciona estes dois constructos foi levada a cabo por Mullins e Lopez (1982). Com uma amostra constituída por adultos idosos (terceira e quarta idade) institucionalizados, estes autores verificaram níveis mais elevados de AFM nos participantes com saúde subjectiva mais deficitária.

Muitos autores têm indicado que a saúde funcional e saúde subjectiva são fontes significativas e fortes preditores do bem-estar subjectivo (Kunzmann et al., 2000; in Smith et al., 2002; Simões, 2006). Nesse sentido, é realçada a posição de que a saúde afecta o BES, na medida em que leva as pessoas a sentirem-se bem porque conseguem fazer o que querem, contribuindo, desta forma, para se manterem social e fisicamente activos. Tal como referido anteriormente, a AFM está relacionada com o sentido da vida e com o BES. Alguns estudos apontam para o facto de indivíduos com níveis elevados de AFM viverem mais abatidos e menos satisfeitos com a vida, sendo que a preocupação acerca da morte e do morrer perturba a alegria de viver (White & Handal, in Oliveira, 1998).

Assim sendo, seguindo uma lógica silogística (Aristóteles, 2001), na medida em que a SFS se trata de um forte preditor de BES e este parece estar negativamente correlacionado com a AFM, poderá ser corroborada a ideia de que níveis elevados de SFS implicam menor medo da morte.

O presente estudo

Com a presente investigação pretende testar-se um Modelo Estrutural Preditor de Ansiedade face à Morte (MEPAM) (figura 1) que representa a influência de factores sócio-demográficos (idade e género) e funcionais (SFS) sobre AFM, nos adultos idosos.

<Figura 1>

Baseado nos resultados reportados por alguns autores, neste modelo são estabelecidas relações directas entre idade (terceira e quarta idades) e género para as duas dimensões da *RDAS (Revised Death Anxiety Scale)* resultantes da adaptação portuguesa da prova (Carvalho, Diniz & Ribeiro, 2008) (Ansiedade face ao Processo de Morrer e Ansiedade face à Inexistência) e destas para a Saúde Funcional Subjectiva. No modelo, são igualmente contempladas as relações indirectas da idade e do género para as dimensões da AFM, quando mediadas pela SFS.

Desta forma, espera-se que a AFM, nas dimensões Ansiedade face ao Processo de Morrer (APM) e Ansiedade face à Inexistência (AI), diminua com a idade, conforme resultados encontrados em alguns estudos (in Cicirelli, 2003). Tendo como base outras investigações (Levkoff, Cleary & Wetle, in Staudinger et al., 1999; Rodrigues & Leal, 2002), espera-se, igualmente, que a idade tenha influência na SFS, no sentido da verificação de níveis mais baixos em adultos idosos da quarta idade.

Quanto à relação entre género e os constructos, é esperado que os participantes do sexo feminino tenham menos SFS (Fonseca e Paúl, 2004; Smith & Baltes, 1998; Staudinger et al., 1999) e maior AFM (Depaola et al., 2003; Fortner & Neimeyer, 1999; Madnawat & Kachhawa, 2007; Oliveira, 2002; Russac et al., 2007; Thorson & Powell, 1988, 1998; Tomer et al., 2000).

Relativamente à relação entre SFS e as duas dimensões da AFM prevê-se que adultos idosos com maior SFS apresentem níveis mais baixos de AFM (Mullins & Lopez, 1982).

Método

Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 397 adultos idosos voluntários (leque etário: 65-97 anos; $M = 74$) não institucionalizados, residentes na Grande Área Metropolitana de Lisboa (88.4% no Distrito de Lisboa e restantes no Distrito de Setúbal). Dos participantes, a maioria vivia acompanhada (65.7%), pertencia ao género feminino (62.5%) e à 3ª idade (72.8%), neste estudo definida como variando entre os 65 e os 79 anos. No que respeita ao estado civil, grande parte dos adultos idosos inquiridos era casada (52.6%), sendo o restante viúvo (33.2%), divorciado ou separado (7.1%) e solteiro (7.1%). Relativamente à situação laboral, 70.5% dos participantes estavam reformados, 14.4% reformados no activo, 5.5% com ocupação a tempo integral e apenas 1% com ocupação a tempo parcial.

Contrariamente ao que acontece na população portuguesa idosa que é maioritariamente analfabeta (INE, 2002), na presente investigação apenas 6.3% dos adultos idosos não tinham qualquer nível de escolaridade, sendo que 56.4% tinham uma escolaridade equivalente ao primeiro ciclo do ensino básico, 14.6% ao segundo e terceiro ciclo, 9.1% ao ensino secundário e 13.6% ao ensino superior.

Dos participantes, a maioria afirmou professar algum tipo de religião (92.7%), ainda que de forma não praticante (47.9%). De acordo com os critérios de De Castro e Lima (1987), as posições sociais da maioria dos participantes são a classe média menos instruída (26,4%) e o estrato operário e rural (trabalhadores manuais) (47%).

Procedimento

De todos os adultos idosos que participaram nesta investigação no âmbito dos trabalhos desenvolvidos na Linha de Investigação intitulada “Transições na vida adulta: Dinâmicas adaptativas do adulto idoso”, 32 sujeitos foram seleccionados pelo autor do presente trabalho, através de processos não probabilísticos de amostragem (de conveniência, intencional via informantes privilegiados, e intencional tipo-*snowball*).

Numa fase inicial e nos casos das recolhas realizadas em Centros de Dia, foi apresentada às instituições, uma carta de consentimento informado com o intuito de dar a conhecer o objectivo do estudo e obter confirmação para a recolha de dados.

Atendendo aos ritmos circadianos a que os adultos idosos estão sujeitos e à sua influência, nomeadamente ao nível da concentração (Li, Hasher, Jonas, Rahhal, & May, 1998), procedeu-se à recolha dos dados preferencialmente no período da manhã. De notar que cada participante foi previamente informado do carácter voluntário da participação e da garantia de anonimato das informações.

O processo de recolha de dados propriamente dito teve o seu início com a recolha de dados sócio-demográficos, através do Questionário Demográfico. De seguida, para rastreio de depressão e défice cognitivo, recorreu-se à versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica (EDG; Diniz, 2007a), adaptação portuguesa da *Geriatric Depression Scale – short form* (GDS-15; Sheikh & Yesavage, 1986) e à versão portuguesa do *Mini Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro et al., 1994). Nesta fase, da amostra inicialmente constituída por 427 sujeitos, foram excluídos 11 devido a depressão e 19 com défice cognitivo, totalizando uma amostra final de 397 adultos idosos.

Foram aplicadas, aleatoriamente, 11 provas, sendo que para o presente trabalho foram levados em consideração os resultados obtidos na Escala de Saúde Funcional Subjectiva (ESFS; Diniz 2007b) e na versão portuguesa da *Revised Death Anxiety Scale* (RDAS; Carvalho, Diniz & Ribeiro, 2008; Thorson & Powell, 1994).

Importa referir que, atendendo ao baixo nível de instrução da população idosa portuguesa (INE, 2007) e a eventuais problemas funcionais se optou por hetero-administrar todos questionários, também de forma a evitar que o processo de investigação se tornasse uma fonte ansiedade para os sujeitos.

Após a recolha de dados, foi utilizado o programa *SPSS 15.0 for Windows* para efectuar as primeiras análises estatísticas deste estudo. Os itens negativamente conotados foram recodificados.

Calculou-se, no *PRELIS2* (Jöreskog & Sörbom, 1993a), a matriz de covariância assintótica das correlações policóricas dos itens, a qual foi lida e trabalhada pelo *LISREL8-SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993b), utilizando o *Satorra-Bentler scaled chi-square* ($S-B\chi^2$; Satorra & Bentler, 1994). No *LISREL8* este método de estimação exige uma matriz de covariância assintótica (Jöreskog, Sörbom, Du Toit, & Du Toit, 2001). Esta, por seu lado, exige amostras de grande dimensão (Moustaki, Jöreskog & Mavridis, 2004), o que levou à

utilização do *PRELIS2* da técnica de amostragem por simulação *bootstrap* (100 amostras de 75% das observações).

Seguiu-se uma lógica “estritamente confirmatória” (Jöreskog & Sörbom, 1993b), considerando na análise do seu ajustamento, interactivamente, os resultados obtidos para o *qui-quadrado* relativo ($S-B\chi^2/gl$), que deve ser menor do que 3.00 (Kline, 2005), assim como para: o *comparative fit index* (*CFI*; Bentler, 1990) que deve ser igual ou superior a .95 para indicar um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1998); o *root mean square error of approximation* (*RMSEA*; Steiger, 1990), com valores de .08 ou menos para indicar um ajustamento aceitável e de .06 ou menos para indicar um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999); para o *standardized root mean square residual* (*SRMR*; versão estandardizada do *RMR*; Jöreskog & Sörbom, 1981) que deve ser igual ou menor do que .08 (Hu & Bentler, 1999); e, para o *expected cross-validation index* (*ECVI*; Browne & Cudeck, 1993), que deve ser inferior ao *ECVI* para o modelo saturado (*ECVI Msat.*), para indicar uma razoável aproximação do modelo em amostras da mesma dimensão. O *ECVI* diz respeito à “precisão preditiva extrapolativa” (i.e., fora do domínio de origem dos dados observados) do modelo e os restantes índices dizem respeito à sua “precisão preditiva interpolativa” (i.e., dentro do domínio de origem dos dados observados) (Forster, 2002).

Procedeu-se igualmente à operacionalização das outras variáveis (idade e género) que integram o MEPAM em adultos idosos. Relativamente à idade, de acordo com o critério de Baltes e Smith (2003), foi feita a distinção entre a terceira (65-79 anos) e quarta idade (a partir dos 80 anos), sendo-lhes atribuídas a notação “1” e “2” respectivamente. A variável género foi operacionalizada através da notação “1” para o feminino e “2” para o masculino.

Instrumentos

Para recolher dados relativos à SFS, foi utilizada a Escala de Saúde Funcional Subjectiva (ESFS; Diniz 2007b), tendo esta sido construída com base nos instrumentos utilizados no Estudo de Berlim (Baltes & Mayer, 1999) para medir a saúde física, as capacidades funcionais e a saúde subjectiva. Esta escala avalia a percepção que o sujeito tem das suas capacidades no que respeita à acuidade visual, audição, locomoção (e.g., caminhar, subir/descer degraus) e motricidade fina (e.g., agarrar, cozinhar, escrever – tremor nas mãos). Trata-se de uma escala formato tipo-*Likert* que permite ao sujeito classificar a sua saúde em

cada uma das dimensões acima mencionadas, atribuindo uma pontuação de 0 a 6, mediante o seguinte critério: 0 = péssima (Muitíssimo má); 1 = Muito má; 2 = Má; 3 = Mais ou menos; 4 = Boa; 5 = Muito boa; 6 = Perfeita (Muitíssimo boa).

A validação da ESFS foi levada a cabo num estudo com 408 adultos idosos portugueses (Martins, 2008), tendo-se verificado bons índices de ajustamento, após a introdução de covariância de erro entre a visão e a audição [$SB\chi^2/gl$ (*ratio*) = 1.62/1 = 1.62; *CFI* = 1.00; *SRMR* = .015; *RMSEA* = .055; *RMSEA IC* 90% = (.00 ; .20); *ECVI* = .097; *ECVI IC* 90% = (.094 ; .14); *ECVI Msat.* = .099]. No mesmo estudo, a escala apresentou uma validade convergente de .44 e consistência interna de .75. Para a amostra da presente investigação, o modelo proposto para a ESFS também revelou bons índices de ajustamento, sendo, contudo, necessário estabelecer uma covariância de erro entre a visão e a audição [$SB\chi^2/gl$ (*ratio*) = 2.30/1 = 2.30; *CFI* = 1; *SRMR* = .017; *RMSEA* = .081; *RMSEA IC* 90% = (.0 ; .22); *ECVI* = .10; *ECVI IC* 90% = (.096 ; .15); *ECVI Msat.* = .10]. Os resultados sem a covariância de erro foram os seguintes: [$SB\chi^2/gl$ (*ratio*) = 6.76/2 = 3.38; *CFI* = .95; *SRMR* = .050; *RMSEA* = .11; *RMSEA IC* 90% = (.026 ; .21); *ECVI* = .11; *ECVI IC* 90% = (.092 ; .18); *ECVI Msat.* = .10].

A *Revised Death Anxiety Scale* (*RDAS*; Thorson & Powell, 1994) é um instrumento multidimensional (25 itens; escala tipo-*Likert* de 5 pontos) destinado a medir a AFM nas seguintes dimensões: medo da inexistência; ansiedade sobre a incerteza e a vida depois da morte; medo da dor; ansiedade face a espaços fechados; medo do desamparo ou de perder o controlo; e medo da decomposição.

O estudo de validação da *RDAS* para população idosa portuguesa ($N = 451$; leque etário = 65-96; $M = 77$ anos) resultou num modelo de dois factores inversamente correlacionados, constituído, no total, por 12 itens (Carvalho, Diniz & Ribeiro, 2008) e com os seguintes índices de ajustamento: [$SB\chi^2/gl$ (*ratio*) = 109.63/53 = 2.06; *CFI* = .97; *SRMR* = .58; *RMSEA* = .49; *RMSEA IC* 90% = (.036 ; .062); *ECVI* = .35; *ECVI IC* 90% = (.30 ; .43); *ECVI Msat.* = .35]. A maioria dos itens integra dois factores do modelo proposto por Thorson e Powell (1992), nomeadamente a Ansiedade face à Inexistência (AI) e a Dor-desamparo, tendo este último sido designado no estudo de Ansiedade face ao Processo de Morrer (APM). A escala adaptada apresentou uma boa validade discriminante ($r = -.53$; covariância = .29) e convergente para a AI (VME = .59) e APM (VME = .61). A consistência interna foi de .92

para a AI e de .86 para a APM, evidenciando que as dimensões são precisas para a comparação entre grupos, acrescentando que a AI também o é para diagnóstico individual.

O presente estudo, tendo como base os resultados obtidos na adaptação da *RDAS* à população portuguesa, analisou os dados partindo dos 12 itens relevantes que avaliam as duas dimensões encontradas nos idosos portugueses: Inexistência (itens 3, 6, 7, 9, 12, 14, 18 e 25) e Ansiedade do Processo de Morrer (itens 1, 10, 15 e 23). O modelo proposto para a escala também revelou bons índices de ajustamento: [$SB\chi^2/gl$ (*ratio*) = 64.11/53 = 1.21; *CFI* = .95; *SRMR* = .07; *RMSEA* = .033; *RMSEA IC 90%* = (.0; .058); *ECVI* = .58; *ECVI IC 90%* = (.52 ; .70); *ECVI Msat.* = .79].

Resultados

O MEPAM em adultos idosos (figura 2) foi testado, sendo que este revelou estar bem ajustado [$SB\chi^2/gl$ (*ratio*) = 203.83/128 = 1.59; *CFI* = .91; *SRMR* = .078; *RMSEA* = .045; *RMSEA IC 90%* = (.033 ; .056); *ECVI* = .98; *ECVI IC 90%* = (.86 ; 1.12); *ECVI Msat.* = 1.15].

<Figura 2>

No que respeita aos efeitos directos, a idade demonstrou ser um bom preditor da SFS [β = -.35; t (297) = -3.78; p < .001], sendo que os adultos idosos pertencentes à terceira idade revelaram maior SFS. A idade também revelou ser um bom preditor da AFM, na medida em que os adultos idosos da terceira idade demonstraram maior APM [β = -.26; t (297) = -2.35; p < .05] e maior AI [β = -.23; t (297) = -2.43; p < .05].

Relativamente ao género, este apenas revelou ser bom preditor da SFS [β = .25; t (297) = 2.92; p < .01], apresentando os homens níveis mais elevados.

Quanto à relação directa entre SFS e AFM, apenas foi verificada relação estatisticamente significativa com a dimensão AI [β = -.21; t (297) = -1.99; p < .05], sendo que os adultos idosos com melhor SFS revelaram menor preocupação com a inexistência.

Neste modelo não se verificou a existência de efeitos indirectos entre os factores, o que aponta para a irrelevância da SFS enquanto variável moderadora da relação entre idade e género com a APM e AI. O único efeito total que se revelou estatisticamente significativo, foi

o da idade sobre a APM [$\beta = -.22$; $t(297) = -2.24$; $p < .05$], interpretável da mesma forma que o efeito directo.

Discussão

Os resultados encontrados no presente estudo remetem, tal como contemplado no MEPAM em adultos idosos, para uma relação entre idade e AFM, em qualquer uma das duas dimensões operacionalizadas pela *RDAS*, APM e AI (Carvalho, Diniz & Ribeiro, 2008). Constataram-se níveis mais elevados de AFM em adultos idosos na terceira idade. Estes resultados estão em concordância com o modelo transaccional de Cicirelli (2003), que defende que adultos idosos na quarta idade, em oposição à terceira idade, têm uma perspectiva diferente da morte, aceitando-a como parte natural da vida.

Relativamente à relação entre idade e SFS, esta é mais favorável aos adultos idosos da terceira idade, na medida em que se denota uma avaliação mais positiva da sua própria saúde. Os mesmos resultados com adultos idosos foram encontrados por Rodrigues e Leal (2002) e Stauding, Fleeson e Baltes (1999). Sabe-se que a quarta idade corresponde a um ciclo de vida com mais perdas ao nível funcional e de saúde (Baltes, 1997; Baltes & Smith, 1997, 1999). Assim sendo, partindo do princípio que a saúde subjectiva tem uma grande probabilidade de ser influenciada pelas doenças físicas, incapacidades funcionais e perdas sociais (Smith et al., 2002), poderá ser explicado o facto dos adultos idosos mais velhos terem maior tendência para avaliar a sua saúde de forma mais negativa, mesmo quando a saúde objectiva e as variáveis demográficas são controladas (Staudinger et al., 1999).

Contrariamente ao que foi proposto no MEPAM elaborado no presente estudo, o género só teve efeito para a SFS, não havendo diferenciação entre mulheres e homens no que respeita às duas dimensões da AFM. Estes resultados parecem corroborar alguns estudos que abordam a incidência da AFM nos dois géneros de forma idêntica (Cavanaugh, in Santos, 2004; Ens & Bond, 2005; Fortner & Neimeyer, 1999; Fortner et al., 2000).

No que concerne à relação directa entre género e SFS, os homens apresentaram níveis mais elevados. Assim, os resultados encontrados na presente investigação vão de encontro aos estudos realizados nesta área (Fonseca & Paúl, 2004; Smith & Baltes, 1997, 1998). É possível que tal ocorrência se deva ao facto de, apesar da mortalidade ser superior nos homens e destes, regra geral, viverem menos tempo, os que sobrevivem corresponderem a um grupo

melhor seleccionado do ponto de vista da saúde, quando comparados com mulheres (Smith & Baltes, 1997, 1998).

Contrariamente ao contemplado no MEPAM, que estipulava uma menor AFM em participantes com avaliação mais positiva acerca da sua saúde funcional, não foram verificadas relações indirectas. A SFS apenas teve influência nos níveis de AFM quando a relação entre ambos foi analisada sem interferência de outras variáveis. A única relação directa significativa entre estes dois constructos foi verificada na dimensão AI, sendo que os participantes idosos com maior SFS revelaram menos preocupação com a inexistência. Estes resultados não estão em concordância com o estudo de Mullins e Lopez (1982) onde se verificou uma relação entre SFS e AFM em todas as dimensões. Porém, convém realçar o facto de que, contrariamente à presente investigação, o estudo destes autores foi realizado com uma amostra de adultos idosos institucionalizados, o que poderá ter contribuído para a disparidade encontrada.

Estes resultados também poderão estar relacionados com as características da amostra do presente estudo, nomeadamente a idade. Tal como referido anteriormente, existe uma diferenciação entre terceira e quarta idades, tendo a primeira maior probabilidade de ser relativamente saudável, socialmente activa e bem integrada na comunidade (in Smith & Baltes, 1997). Assim, sendo a amostra do estudo maioritariamente constituída por adultos idosos da terceira idade, poder-se-á supor que grande parte dos participantes ainda não se confrontou com as perdas, vulnerabilidades e problemas de saúde decorrentes do envelhecimento normal, não valorizando tanto este aspecto como o fariam adultos idosos com mais limitações e maior vulnerabilidade.

O facto de, no presente estudo, o ponto de corte entre terceira e quarta idade ter sido considerado aos 80 anos também poderá ter contribuído para que não se tenha verificado a influência da SFS sobre a AFM, na dimensão APM. De acordo com Cicirelli (2003), existe um período de transição (entre os 75 anos e os 84 anos) relativamente à aceitação da morte na população adulta idosa, que se resolve por volta dos 85 anos, altura em que se começa a encarar esta temática com mais tranquilidade. Desta forma, em futuras investigações deverá recorrer-se a amostras mais representativas da população adulta idosa e definir-se os 85 anos como ponto de corte.

Uma outra característica da amostra que poderá ter influenciado os resultados de forma a não se verificar relação directa entre saúde funcional subjectiva e AFM (na dimensão APM) e relações indirectas entre os constructos, prende-se com crença religiosa/força da fé. Apesar desta variável não ter sido controlada, constatou-se que grande parte dos participantes se identificou como religioso, ainda que destes nem todos fossem praticantes. Estudos demonstram que pessoas religiosas têm atitudes mais positivas perante a morte do que as não religiosas (Alvarado et al., in Twelker, 2004; Thorson & Powell, in Tomer e Eliason, 2000). Esta explicação assume um carácter mais forte se nos remetermos às características culturais e sociais da população portuguesa em geral, mas mais especificamente dos idosos, que cresceram e viveram num clima em que a religião assumia um poder importante na sociedade.

Características da personalidade dos participantes também poderão estar na origem dos resultados encontrados. De acordo com o que é referido por Oliveira e Neto (2004), um dos aspectos mais relacionados com a AFM é a personalidade e suas características, nomeadamente o neuroticismo. Nesse sentido, poder-se-á especular que participantes do estudo não se enquadravam nos perfis de funcionamento mais susceptíveis de desenvolver AFM.

Para além das questões acima referidas, a presente investigação deparou-se com algumas limitações no processo de recolha dos dados, nomeadamente o facto de o método ter sido não probabilístico. Também relativamente ao método, é de salientar que a heteroadministração das provas poderá ter potenciado o fenómeno da desejabilidade social, tendo, possivelmente, os participantes respondido de acordo com o que é socialmente aceite e não com o que realmente sentem.

Pode concluir-se que apesar do MEPAM se mostrar plausível, a generalização dos resultados obtidos na presente investigação deverá ser feita com cautela. Deste modo, será pertinente a realização de mais investigações que abranjam amostras igualmente constituídas por idosos da terceira e quarta idades (com ponto de corte aos 85 anos) e controlem variáveis que parecem assumir um papel preponderante na AFM nos idosos, como por exemplo, a crença religiosa/força da fé e a personalidade.

Não obstante as limitações acima mencionadas, esta investigação permitiu uma melhor compreensão da população adulta idosa e da forma como esta lida com a morte. A identificação das características desta população em constante crescimento poderá permitir

desenvolver estratégias que promovam maior integração e, conseqüentemente, maior bem-estar, qualidade de vida e envelhecimento bem sucedido.

Referências

- Aristóteles. (2001). *Da alma (De anima)*. Lisboa: Edições 70.
- Baltes, P. B., Smith, J. (1997). A systemic-wholistic view of psychological functioning in very old age: Introduction to a collection of articles from berlin aging study. *Psychology and Aging* 12(3), 395-409.
- Baltes, B. P., Smith., J. (1999). Multilevel and systemic analyses of old age: Theoretical and empirical evidence for a fourth age. In V. L. Bengtson, & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of aging* (pp. 153-171). New York: Springer Publishing Company, inc.
- Baltes, P., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49 (2), 123-135.
- Belsky, J. K. (1990). *The Psychology of Aging: Theory, research, and interventions* (2nd ed). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246.
- 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.
- Carvalho, G., Diniz, A., & Ribeiro, M. (2008). Adaptação da Revised Death Anxiety Scale (RDAS) para adultos idosos portugueses [CD-ROM]. In A. P. Noronha, C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Coords.), *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios.

- Cicirelli, V. (2003). Older adults' fear and acceptance of death: A transition model. *Ageing International*, 28(1), 66-81. Consultado em 19 de Janeiro de 2007, através da base de dados EBSCO.
- Conte, H. R., Plutchik, R., Weiner, M. B. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual, psychometric, and factor analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(4), 775-785.
- De Castro, R., & Lima, L. (1987). Insucesso e selecção social na disciplina de português: O(s) discurso(s) dos professores - uma abordagem interdisciplinar. *Psicologia*, 5(3), 299-310.
- Depaola, S., Griffin, M., Young, J., & Neimeyer, R. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*, 27, 335-354. Consultado a 17 de Janeiro de 2008, através da base de dados da EBSCO.
- Diniz, A. M. (2007a). *Escala Geriátrica de Depressão*. Lisboa: ISPA.
- Diniz, A. M. (2007b). *Versão experimental da Escala de Saúde Funcional Subjectiva*. Lisboa: ISPA.
- Ens, C., & Bond Jr., J. (2005). Death anxiety and personal growth in adolescents experiencing the death of a grandparent. *Death Studies*, 29, 171-178.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Fonseca, A. M., Paúl, C. (2004). Saúde percebida e "passagem à reforma". *Psicologia, Saúde e Doenças* 5(1), 17-29. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.

- Fonseca, M. F. (2006). *O Envelhecimento, uma abordagem psicológica* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Forster, M. R. (2002). Predictive accuracy as an achievable goal of science. *Philosophy of Science*, 69, 124-134.
- Fortner, B. V., Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23, 387-411. Consultado em 15 de Dezembro de 2007 através da base de dados EBSCO.
- Fortner, B., Neimeyer, R., & Rybarczyk, B. (2000). Correlates of death anxiety in older adults: A comprehensive review. In A. Tomer (Ed.) *Death attitudes and the older adult* (pp. 95-108) Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- 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: Convencional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6 (1), 1-55.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 187-207.
- Instituto Nacional de Estatística (2007). *Estatísticas Demográficas 2005*. Lisboa: INE.

- 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. (1993a). *PRELIS2: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software.
- Jöreskog, K. G., & Sorbom, D. (1993b). *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.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Kunzmann, U., Little, T. D., & Smith, S. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the berlin aging study. *Psychology and Aging* 15 (3), 511-526.
- Li, K. Z., Hasher, L., Jonas, D., Rahhal, T. A., & May, C. P. (1998). Distractibility, circadian arousal, and aging: A boundary condition? *Psychology and Aging*, 13(4), 574-583.
- Lindernberg, U., Baltes, P. B. (1997). Intellectual functioning in old and very old age: Cross-sectional results from the berlin aging study. *Psychology and Aging* 12(3), 410-432.
- Madnawat, S., & Kachhawa, S. (2007). Age, gender, and living circumstances: Discriminating older adults on death anxiety. *Death Studies*, 31(8), 763-769. Consultado a 23 de Janeiro de 2008 através da base de dados da B-ON.

- Martens, A., Goldenberg, J., & Greenberg, J. (2005). A terror management perspective on ageism. *Journal of Social Issues*, 61(2), 223-239.
- Martins, C. (2008). *Saúde funcional subjectiva e depressão em adultos idosos*. Dissertação de mestrado não publicada, ISPA, Lisboa.
- McCoy, S. K., Pyszczynski, T., Solomon, S., Greenberg, J. (2000). Transcending the self: A terror management perspective on successful aging. In A. Tomer (Ed), *Death attitudes and the older adult* (pp 37-63). Philadelphia: Bruner-Routledge.
- 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.
- Mullins, L. C., Lopez, M. A. (1982). Death anxiety among nursing home residents: A comparison of the young-old and the old-old. *Death Education*, 6, 75-86.
- Oliveira, B. J. H., (1998). *Viver a morte: abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Oliveira, J. (2002). Ansiedade face à morte: Uma abordagem diferencial. *Psychologica*, 31, 161-176.
- Paúl, C., Fonseca, A. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia Educação e Cultura*, 3(2), 345-362.
- Rodrigues, C. R., Leal, I. (2002). Percepções de saúde das pessoas idosas: Factores determinantes. In A. Leal, I. P. Cabral, Pais-Ribeiro, J. (Eds), *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp 155-165). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death Studies, 31*(6), 549-561. Consultado a 23 de Janeiro de 2008 através da base de dados B-ON.
- Santos, J. C. (2005). *Ansiedade face à morte em idosos: influência de variáveis sócio-demográficas e do bem-estar subjectivo*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Santos, S. A. (2004). *A influência da idade, da institucionalização, do género e da religião sobre a ansiedade face à morte em idosos* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sheikh, J.I., & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. In T.L. Brink (Ed.), *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention* (pp. 165-173). NY: The Haworth Press, Inc.
- Simões, A., Neto, F. (1994). Ansiedade face à morte. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 1*, 79-96.
- Simões, A. (2006). *A Nova Velhice (1ªed.)*. Porto: Âmbar.
- Smith, J., Baltes, P. B. (1997). Profiles of psychological functioning in the old and oldest old. *Psychology and Aging 12*(3), 458-472.
- Smith, J., Baltes, M. M. (1998). The role of gender in very old age: Profiles of functioning and everyday life patterns. *Psychology and Aging 13*(4), 676-695.
- Smith, J., Borchett, M., Maier, H., Jopp, D. (2002). Health and well-being in the old and oldest old. *Journal of Social Issues, 58*(4), 715-732.

- Staudinger, U. M., Fleeson, W., Baltes, P. B.. (1999). Predictors of subjective physical health and global well-being: Similarities and differences between the United States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 305-319.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 173-180.
- Tomás-Sábado, J., Gómez-Benito, J. (2003). Variables relacionadas com la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(3), 257-279. Consultado em 15 de Janeiro de 2008 através de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=818725>
- Tomer, A., Eliason, G. (2000). Correlates of death anxiety in older adults: A comprehensive review. In A. Tomer (Ed), *Death attitudes and the older adult* (pp 3-20). Philadelphia: Bruner-Routledge.
- Thorson, J., & Powell, F. C. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of Clinical Psychology*, 44(5), 691-701. Consultado a 12 de Janeiro de 2008 através da base de dados da EBSCO.
- Thorson, J. A., Powell, F. C. (1992). A revised death death scale. *Death Studies*, 6, 507-521.
- Thorson, J.A., Powell, F. C. (1994). A Revised death anxiety scale, In R. a. Neimeyer (Ed), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*, pp 31-43. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Thorson, A. J., Powell, F. C. (1998). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of clinical psychology*, 44(5), 691-701. Consultado em 15 de Janeiro de 2008 através da base de dados EBSCO.
- Twelker, P. A. (2004). The relationship between death anxiety, sex, and age. Consultado em 24 de Janeiro de 2008 através de <http://www.tiu.edu/psychology/deathanxiety.htm>

Walker, G., & Maiden, R. (1987). *Lifespan attitudes toward death*. Comunicação Apresentada entre 9-12 de Abril no Annual Meeting of the Eastern Psychological Association, Arlington.

Wong, T. P. (2002). Attitudes about life and death: Toward a comprehensive model of death anxiety. In A. Tomer (Ed), *Death attitudes and the older adult* (pp 23-33). Philadelphia: Bruner-Routledge.

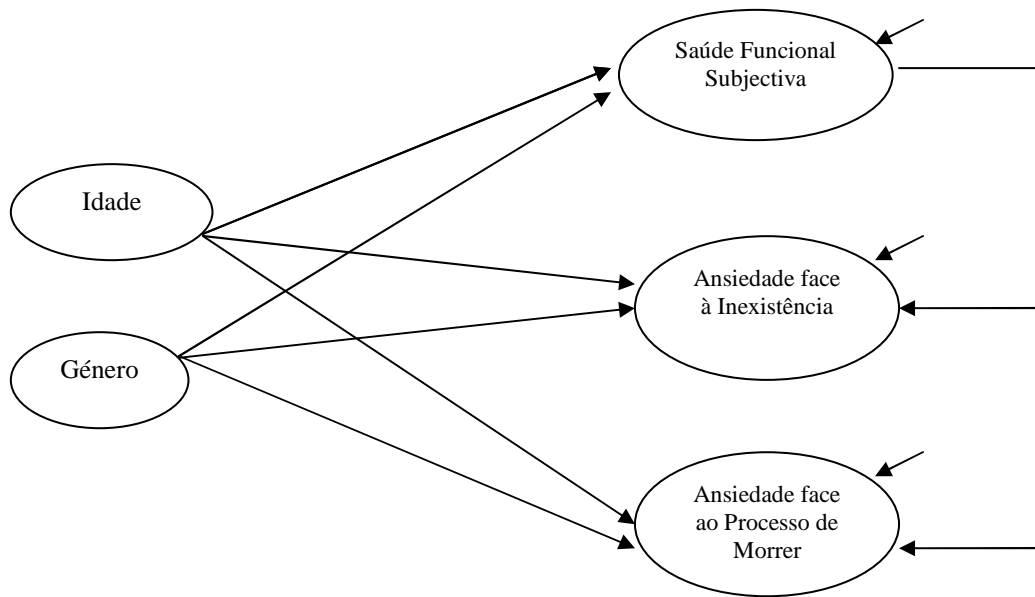
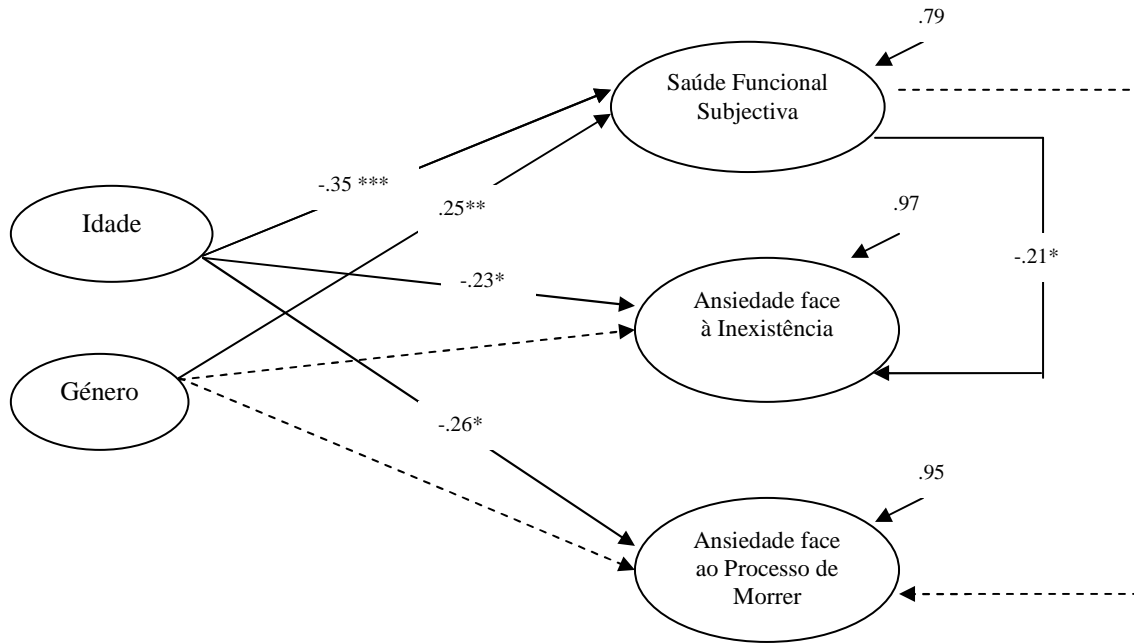


Figura 1. Modelo Estrutural Predictor da Ansiedade Face à Morte em Adultos Idosos.



[$SB\chi^2/gl (ratio) = 203.83/128 = 1.59$; $CFI = .91$; $SRMR = .078$; $RMSEA = .045$; $RMSEA IC 90\% = (.033 ; .056)$; $ECVI = .98$; $ECVI IC 90\% = (.86 ; 1.12)$; $ECVI Msat. = 1.15$]

Figura 2. Teste do Modelo Estrutural Preditor da Ansiedade Face à Morte em Adultos Idosos. Setas descontinuas = relações estatisticamente não significativas; setas contínuas = relações estatisticamente significativas. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

ANEXO

Ansiedade face à Morte

A morte é algo incontornável e sempre actual, a que todos nós estamos sujeitos. No entanto, apesar da sua inevitabilidade, o facto de estar associado ao desconhecido faz com que seja encarada por muitos como um tabu, tentando, desta forma, quase que negar a sua existência. Sendo um fenómeno universal que acompanha a nossa humanidade, a forma como se lida com a morte tem sofrido algumas alterações ao longo dos tempos.

Ariés (1989), ao analisar como este tema tem sido encarado ao longo dos tempos, indica que até à época do Romantismo, se impunha um sentimento de familiaridade com a morte, sendo esta vivida sem temor nem desespero e como o reconhecimento individual do destino. Posteriormente, do século XII ao século XIV, houve uma mudança na forma como a morte passa a ser encarada, começando a estar associada a questões mais pessoais, traduzindo, desta forma, um apego às coisas da vida.

A morte passa então, gradualmente, a ter uma imagem mais longínqua mas também mais dramática. Deixa de traduzir um sentimento de familiaridade e passa a ter uma conotação mais negativa. No final do século XVIII, passa a ser considerada, tal como o acto sexual, uma ruptura terrível, mas simultaneamente atraente, da familiaridade quotidiana. De acordo com Ariés (1989), é nessa altura que surgiu a primeira forma confessada, aceitável, do medo da morte. Esse medo surge posteriormente através da repugnância em representar e, assim, imaginar um morto e o seu cadáver.

O mesmo autor refere que as imagens e representações de morte reflectem as atitudes do Homem perante a mesma. Indica que esta representação da morte passou por três fases distintas: no final da Idade Média, as imagens macabras significavam a tomada de consciência da individualidade; do século XVI ao século XVIII, é representada de forma mais erótica, deixando de ser vista com a familiaridade de outrora; a partir do século XIX, as imagens de morte tornam-se cada vez mais raras, desaparecendo completamente ao longo do século XX. Esta ausência de representação da morte parece, então, testemunhar a sua vivência como um tabu (Oliveira, 1998), tentando, desta forma, quase que negar a sua existência.

Apesar de, tal como referido anteriormente, tratar-se de uma certeza inexorável na nossa vida e ser algo que desde os primórdios da humanidade despertou o nosso interesse, foi

apenas a partir das décadas de 60 e 70 que o estudo psicológico da morte registou um incremento considerável (Simões & Neto, 1994), sendo que até então era um tema mais abrangido pela sociologia e filosofia. Tal como refere Oliveira (1998), o crescente interesse por esta temática poderá dever-se ao facto de, entre muitas outras razões, ela pertencer a todas as idades e condições, estando provavelmente na origem de muitos sintomas e doenças psíquicas, tais como depressão, somáticas, insónias, etc. Para muitos autores, a maior parte do comportamento humano pode ser considerado como resposta ao problema da morte (Becker; Feifel; in Oliveira & Neto, 2004), estando esta subjacente a todos os medos e reacções fóbicas (Stekel; Hall, in Pettigrew & Dawson, 1979).

Trata-se de algo profundamente humano e ligado à vida. Tal como refere Feifel (in Fortner & Neimeyer; 1999), a nossa abordagem à morte pode influenciar o conteúdo e a qualidade de vida. Em particular, as ansiedades sobre nossa futura morte podem modelar a forma como vivemos o presente. Assim sendo, pode depreender-se que estudar este tema leva a um maior conhecimento da vida e conseqüentemente a um maior aproveitamento da mesma. A morte tem a ver com o consciente e também com o inconsciente. Não se trata apenas de um facto biológico mas profundamente humano. A aceitação desta verdade incontornável constitui certamente um dos maiores sinais de maturidade humana (Oliveira & Neto, 2004) e pode dar sentido à vida.

Tomer (in Wong, 2000) numa revisão filosófica sobre as abordagens à morte, constata que qualquer uma delas tem implicações para o significado na vida. Por exemplo, a posição defendida por Heidegger é que, tendo em conta que a morte é uma ameaça de não existência, ela providencia uma pré-condição para que os indivíduos apreciem a vida, libertando-os, desta forma, da ansiedade e preocupações. Para Sartre, a morte reduz a nossa existência a nada, logo, pensar a morte é aperceber-se da falta de significado da existência. No entanto, Neimeyer e Chapman (in Wong, 2000), a partir de Sartre, apontam para uma perspectiva mais positivista, afirmando que a ansiedade face à morte pode ser reduzida através da concretização de objectivos pessoais.

Kasttenbaum e Aisenberg (in Oliveira, 1998), começaram por tentar definir o que é a morte, afirmando tratar-se de um conceito relativo, complexo, mutável, dependente do contexto situacional e relacionado com o comportamento do sujeito. A morte não tem apenas conotações negativas, mas também afectivas, atitudinais, comportamentais e, ainda, orgânicas

ou fisiológicas. Estes autores falam, também, do medo ou da ansiedade face à morte (AFM), como uma das respostas à iminência da morte (quer seja real ou através de pensamento). Referem, igualmente, que o objecto do medo pode ser muito diversificado: o momento da morte, medo da surpresa da morte, o facto de deixar de ser ou desaparecer, medo do que acontecerá depois da morte, o sofrimento e a angústia que precede a morte, medo apenas da própria morte ou então da dos entes queridos (Oliveira e Neto, 2004).

Para limonero (in Tomás-Sábado & Gómez-Nenito, 2003), este medo ou AFM pode ser definido como uma reacção emocional produzida pela percepção de sinais de perigo ou ameaça, reais ou imaginários, à própria existência. Também Tomer e Eliason (2000) avançam com uma definição, indicando tratar-se de uma reacção emocional negativa provocada pela antecipação de um estado em que o próprio deixa de existir, através da aniquilação do *self*. Deste modo, a AFM é uma experiência humana comum e desagradável (Khalek, 2002) relacionada com o stress despoletado pelo aumento da consciência da morte do próprio (Kastenbaum, in Santos 2005).

Para Wong (2000), qualquer forma de AFM, até mesmo as menos intensas, não são saudáveis. A preocupação com a mortalidade leva a que não se viva de forma mais prazerosa. O medo da morte pode levar a um evitamento inconsciente que se expressa de diferentes formas: tratar a morte como um tabu; recusar pensar sobre o assunto e, por exemplo, recorrer a diversas estratégias para retardar o envelhecimento.

Há muitas razões para o medo da morte, sendo as mais comuns, o medo da dor de morrer, medo da separação, medo do desconhecido e medo da justiça divina. Os efeitos deste medo são complexos. Num extremo, pode levar a um confronto intencional com a morte em, por exemplo, desportos radicais. No outro extremo, o indivíduos podem viver de forma excessivamente cuidadosa, procurando sempre estar em situações que lhe permitam o controlo (Wong, 2000),

A forma como se lida com este assunto, assim como a angústia que dele advém, varia muito de pessoa para pessoa, podendo ser experienciada com maior ou menor intensidade. Tal variação, segundo Kastenbaum (in Santos, 2005), pode ser interpretada de diferentes maneiras: pode estar associada a um padrão de funcionamento psicológico, social e ao stress fisiológico; pode ser uma marca de psicopatologia ou imaturidade; e, ainda, estar relacionada

com uma forma de apreciar a vida, uma atitude realçada em períodos de transição cultural ou de crescimento.

Também Kubler-Ross (in Oliveira, 2005) apresenta uma explicação para a forma como as pessoas lidam com a morte. Afirma que perante a inevitabilidade deste acontecimento, passamos por diversas fases: a recusa ou negação; a cólera ou revolta, a negociação, a depressão e, por ultimo, a aceitação mais ou menos resignada. Outros autores identificaram mais fases: negação, protesto, tristeza e melancolia, medo, negociação, aceitação progressiva, reajustamento da rede social, perdão (a si e aos outros). Também Pattison (in Oliveira, 2005) apresenta um modelo de apenas três fases: crise aguda (onde a ansiedade e o stress chegam ao limite máximo); crise crónica, com sentimentos ambivalentes (angustia, depressão acompanhados de alguma esperança); e, por ultimo, a fase terminal (aceitação e afastamento).

Significado Pessoal da Morte

Para além da concepção objectiva que se tem da morte, também há o significado subjectivo que é atribuído por cada um de nós. Os significados pessoais da morte são construídos pelo indivíduo e são, primeiramente, interpretações cognitivas de objectos e eventos relacionados com a morte, que derivam da experiencia individual (Cicarelli, 2001).

O significado da morte, associado à morte objectiva, pode produzir consequências, positivas ou negativas, na vida de cada um de nós, acabando consequentemente por ter um papel reconfortante ou causador de perturbação emocional (Cicarelli, 1998). Quando as consequências são negativas para o indivíduo, podem gerar-se diversos medos de morte e preocupações com o seu acontecimento. Desta forma, poder-se-á afirmar que os significados pessoais da morte podem influenciar a maneira como se vive, se reage, os medos que dela advêm, as concepções acerca do processo morrer e a maneira como se prepara para esta inevitabilidade (in Cicirelli, 2001).

Alguns estudos que abordam esta temática têm revelado diferenças entre género e idade, no que respeita aos significados pessoais atribuídos à morte. Noppe e Noppe (in Cicirelli, 2001) relataram diferenças entre crianças, adolescentes e adultos jovens, sendo que a crença na existência de vida para além da morte era maior nos adolescentes.

Cicarelli (1998), numa investigação com estudantes dos 19 aos 53 anos, recorreu a um instrumento que permitia aos participantes posicionar a sua concepção de morte num dos

seguintes pólos: se relacionada com vida após a morte; se entendida como extinção/inexistência; se percebida como elemento motivador para estabelecer e concretizar objetivos na vida; ou se entendida como oportunidade de deixar um legado para as futuras gerações. A concepção de morte mais frequentemente apontada pelos participantes era a de um elemento motivador, seguida da morte como extinção, como vida para além da morte e, por último, como um legado. Destas dimensões, a Extinção/Inexistência foi a única onde se verificaram diferenças ao nível do género e idade, sendo que as mulheres e os mais jovens atribuíram, mais frequentemente, este significado à morte.

A percepção da morte como algo com significado pode reduzir o nível de ansiedade face à mesma. Encarar este acontecimento como algo absurdo ou sem significado pode, pelo contrário, resultar em elevada AFM (Tomer & Eliason, 2000). Da mesma forma que se espera que os significados pessoais da morte vão mudando ao longo da vida, espera-se também que o medo associado a este tema, também se altere (in Cicirelli, 2001).

Teorias sobre Ansiedade face à Morte

Tal como foi referido anteriormente, a morte é algo presente na nossa vida, parte integrante dela, podendo ser vivida com maior ou menor ansiedade e preocupação.

A aceitação da morte pode ter várias nuances, podendo, por exemplo, surgir como forma de colocar um ponto final no processo da dor, quando um indivíduo perde um ente querido e está pronto para seguir com a sua própria vida (Bower, in Cicirelli, 2003). Tal aceitação depende, em parte, das crenças e atitudes do indivíduo perante a morte, assim como das crenças sobre a doença. Wong (2000) distinguiu três tipos de aceitação: (1) aceitação natural, onde o indivíduo se depara com a realidade inevitável da própria mortalidade, aceitando-a primeiramente a um nível cognitivo e ajustando-se progressivamente a um nível afectivo. (2) Aproximação à aceitação, em que o indivíduo parece aceitar a ideia de ter completado a sua missão na terra, atribuindo importância à vida depois da morte. (3) Aceitação como fuga, em que a morte é vista como mais atractiva do que a dor contínua e o sofrimento provocados pela vida terrena.

De acordo com Tomer e Eliason (1996, 2000), a AFM corresponde a uma reacção emocional negativa provocada pela antecipação de um estado em que o *self* não existe. Estes autores propõem um *Modelo Compreensivo Operacional* para explicar alguma da

inconsistência e paradoxos encontrado nos estudos sobre esta temática. Defendem a existência de três factores directos determinantes da AFM: lamentação referente ao passado, em que o arrependimento se prende com a percepção de não ter atingido as suas aspirações básicas; lamentação referente ao futuro, que se refere à percepção da incapacidade de concretizar determinados objectivos futuramente; o significado da morte, que tem a ver a conceptualização que o individuo tem acerca da mesma (como negativa ou positiva, com ou sem sentido, etc).

De acordo com este modelo, um individuo irá apresentar níveis mais elevados de AFM se evidenciar mais arrependimento/lamentação, podendo este estar relacionado tanto com o passado como com o futuro, ou entender a morte como algo sem significado. Os autores referem que a iminência da morte se associa a estes três factores (e consequentemente à AFM) do seguinte modo: (1) por activação directa de sentimentos de culpa e pensamentos relativos a uma morte sem sentido; (2) pela modificação das crenças acerca de si próprio e do mundo; (3) pela utilização de mecanismos de *coping* (e.g. revisão e planeamento da vida, identificação com a própria cultura, etc).

Uma outra teoria a que muitos autores recorrem para fundamentar os seus estudos sobre a AFM é a *Terror Management Theory* (TMT; McCoy, Pyszczynski, Solomon & Greenberg, 2000). Esta teoria, tendo como inspiração o trabalho do antropólogo cultural Ernest Becker, propõe que o medo humano da morte resulta da capacidade exclusivamente humana de auto-reflexão. A nossa capacidade para nos revermos no passado, viver o presente e conceber um futuro, encerra, inevitavelmente, o conhecimento e reflexão sobre o nosso desaparecimento. O medo da morte resulta do conflito entre querer continuar a viver e, simultaneamente, da consciência de que tal não é possível. Forma-se, deste modo, um paradoxo entre a ideia da própria mortalidade e o desejo primário de vida eterna, criando um potencial terror paralisante. Para nos protegermos deste terror recorreremos a mecanismos de negação da morte, adaptados a certas estratégias defensivas. Assim, quando o medo da morte emerge a um nível consciente, os indivíduos podem fazer-se valer de mecanismos de defesa imediatos, como por exemplo, negar a sua vulnerabilidade, distanciando-se ou usando distrações para lidar com a morte

A TMT defende que usamos o nosso sistema partilhado de valores e crenças para imprimir ordem e significado ao mundo caótico e aleatório, para dar significado e redefinir o

nosso lugar nele. A visão que temos do mundo fornece-nos ferramentas que nos ajudam a percebê-lo com fiável, controlável e a desenvolver a nossa auto-estima. É esta auto-estima que providencia a barreira primária contra o medo paralisante da inexistência. Deste modo, de acordo com a *TMT*, a auto-estima é criada como uma defesa contra o medo da morte (McCoy et al., 2000). Sem o conhecimento da nossa mortalidade não seríamos levados a atribuir um significado à vida e valor a nós próprios.

Operacionalização da Ansiedade face à Morte

Um dos grandes debates em torno da AFM prende-se com a sua operacionalização, Alguns estudos (Bengston, Cuellar & Regan, in Walker & Maiden, 1987; Kalish, in Thorson & Powell, 1992; Oliveira, 1998) têm tratado o medo da morte como um constructo unidimensional. No entanto, a maioria considera que a AFM é um constructo pluridimensional, realçando vários factores ou elementos constituintes deste medo (Abdel-Khalek, 1998; Oliveira & Neto, 2004; Santos, 2005; Tomer, Eliason & Smith, 2000; Thorson & Powell, 1988). Apesar de não haver concordância no que respeita ao número e quais as dimensões envolvidas na AFM, as principais envolvem o medo da inexistência, o medo de morrer, o medo da destruição do corpo e o medo pelos entes queridos (Cicireli, 2003),

Têm sido levados a cabo esforços para desenvolver e validar escalas e questionários que possam aceder às várias dimensões da AFM (Abdel-Khalek, 1998), sendo que alguns autores defendem que as mesmas deverão abranger diversos aspectos e os níveis consciente e inconsciente (Feifel & Nagy, in Oliveira, 1998). Os instrumentos utilizados têm, frequentemente, a vantagem de serem de fácil administração e, por isso, convenientes para usar com amostras grandes (Thorson & Powell, 1992). Não obstante, tal como refere Oliveira (1998), muitas das investigações sobre a AFM são pouco conclusivas ou mesmo contraditórias, devido, em grande parte, à diversidade da amostra no que toca às suas características, mas também à dificuldade em encontrar boas escalas para avaliar esta temática. Algumas apresentam fraca validade e fidelidade, levando a que alguns autores duvidem da sua utilidade neste tema específico. Esta desconfiança é, muitas vezes, acentuada por parte dos investigadores, devido ao facto da atitude mais comum em relação à morte ser a negação e repúdio, podendo, por isso, duvidar-se das respostas ao nível consciente. Nesse sentido, também a desejetabilidade social, poderá ter influência na avaliação deste constructo,

ou seja, os indivíduos podem responder com menor ou maior sinceridade às respostas devido ao facto do medo da morte ser socialmente indesejável. (in Oliveira, 1998; Conte, Weiner & Plutchik, 1983).

Uma das escalas mais utilizadas para medir a AFM é a *Death Anxiety Questionnaire* (DAQ; Conte, Weiner & Plutchik, 1983). Os autores concluíram, através da análise factorial, que esta escala contempla 5 factores, não conseguindo, contudo, especificar um deles. Os restantes quatro foram identificados da seguinte forma: medo do desconhecido, medo do sofrimento, medo da solidão, medo da extinção pessoal. Outros estudos realizados com esta escala acabaram por reduzir o número de factores, como foi o caso da adaptação realizada por Simões e Neto (in Oliveira, 1998) à população portuguesa.

Outra escala, frequentemente usada, é a *Death Anxiety Scale* (DAS; Donald Templer 1970). A mesma foi, inicialmente, concebida para medir apenas a AFM de um ponto de vista geral mas acabou por ser demonstrado que tem uma estrutura de quatro factores (Loneto & Templer, in Thorson & Powell, 1992). Esta escala, após ter sido revista, deu origem à *Revised Death Anxiety Scale* (RDAS; Thorson & Powell, 1994), um instrumento multidimensional destinado a medir as seguintes dimensões da AFM: medo da inexistência; ansiedade perante a incerteza de uma vida depois da morte; medo da dor; ansiedade perante o facto de ficar fechado em espaços pequenos; medo do desamparo ou de perder o controlo e o medo da decomposição (Thorson & Powell, 1992, 1994).

Variáveis que influenciam a Ansiedade face à Morte

O medo da morte, tal como referido anteriormente, pode estar associado a inúmeros factores. Para além do significado pessoal atribuído, a forma como se encara a morte parece ser influenciada por várias variáveis, sendo as mais estudadas a idade, o género, a religião, personalidade e a saúde, entre outras.

Idade. A relação entre AFM e idade não é muito clara (Tomer & Eliason, 2000; Depaola, Griffin, Young & Neimeyer, 2003). Alguns autores indicam não haver correlação significativa entre estas duas variáveis (Conte et al., 1982; Fortner, in Cicirelli, 2003; Thorson & Powell, 1992). No entanto, a grande maioria aponta para uma correlação negativa, havendo estudos cujos resultados revelam que AFM é maior em participantes de meia-idade do que em

adultos idosos (Bengston, Cuellar & Ragan, in Walker & Maiden, 1987). Thorson e Powell (in Cicirelli, 2001) compararam jovens adultos com adultos idosos, utilizando a *RDAS* e descobriram que os jovens têm mais medo da morte do que os mais velhos, em todas as dimensões.

Também Fortner, Neimeyer e Rybarczyk (2000) salientam esta questão, indicando que a AFM tende a diminuir desde a meia-idade até a idade avançada e estabiliza nas últimas décadas de vida. De acordo com Cicirelli (2003), esta disparidade entre adultos de meia-idade e adultos idosos poderá dever-se à experiência que os últimos adquiriram ao lidar com os seus medos da morte, por exemplo, enfrentando a morte de pais, cônjuges, outros parentes e amigos. Tal acumulação de experiência poderá contribuir para que a morte tenha uma conotação menos traumática para os idosos. Johnson e Barrer (in Cicirelli 2003) indicam que, pelo facto de terem vivido mais tempo, acabam por aceitar a morte como parte de um ciclo natural de vida. Numa perspectiva mais negativista, Thorson e Powell (in Tomás-Sabado & Gomez-Benito, 2003) sugerem que a menor AFM verificada nos adultos idosos poderá estar relacionada com o facto de terem acumulado ao longo dos anos experiências desagradáveis que retiram a carga dramática a todo o processo de morrer.

Outros estudos há que sugerem que os idosos, apesar de pensar e falar mais na morte são, no geral, menos receosos (in Conte et al., 1982) devido ao reconhecimento mais realista que, com o tempo, vão adquirindo acerca da morte e da mortalidade.

Género. Os resultados dos estudos relativamente à influência do género na AFM não são muito conclusivos. Alguns autores referem não haver diferenças significativas entre homens e mulheres (Cavanaugh, in Santos, 2004; Ens & Bond, 2005; Fortner & Neimeyer, 1999; Fortner et al., 2000; in Tomás-Sabado & Gomez-Benito, 2003). No entanto, outros há que, nos seus estudos, apontam para níveis mais elevados de AFM nas mulheres (Depaola et al., 2003; Fortner & Neimeyer, 1999; Madnawat & Kachhawa, 2007; Oliveira, 2002; Russac, Gatliff, Reece & Spottswod, 2007; Thorson & Powell, 1988, 1998; Tomer & Eliason., 2000; Walker & Maiden, 1987). Esta diferença é justificada por muitos, baseando-se no facto das mulheres terem maior facilidade em admitir e expressar os sentimentos de preocupação. Já Wong, Reker e Gesser (in Tomás-Sabado & Gomez-Benito, 2003) defendem que as

diferenças encontradas podem dever-se ao facto dos homens terem mais tendência para evitar os pensamentos relacionados com a morte com maior intensidade do que as mulheres.

Religião. Os aspectos religiosos e a maneira como estes influenciam a AFM e, conseqüentemente, a vida dos indivíduos, parecem assumir um papel importante nos estudos realizados nesta área. Muitos teóricos e teólogos referem-se à religião e à crença na vida para além da morte como a única forma de lidar com o medo.

A religiosidade, bem como a espiritualidade, podem influenciar directamente a percepção da morte (Walker & Maiden, 1987) quando, por exemplo, se encontram associados à crença na vida eterna, ou quando têm implicações na forma como é atribuído significado à vida (Oliveira & Neto, 2004; Tomer e Eliason, 2000). Nesse sentido, foi verificada em alguns estudos a existência de uma correlação negativa entre religiosidade e AFM (Thorson & Powell, 1990; in Tomer e Eliason, 2000). Pessoas mais religiosas evidenciam menor AFM (Neimeyer & Van Brunt, in Fortner et al., 2000), assumindo a religião um papel significativo na forma como se formulam as atitudes perante a morte. No entanto, alguns autores distinguem a crença religiosa (por exemplo, fé intrínseca em Deus, crença na vida após a morte) de comportamentos religiosos (por exemplo, a frequência de igrejas), alegando que apenas o primeiro é preditor de níveis mais baixos de AFM (Neimeyer & Van Brunt, in Fortner et al., 2000). Outros autores defendem que a existência de uma relação entre religião e AFM não é linear, na medida em que parece depender do tipo de religiosidade e do medo específico de morte associado (Hoeltler & Epley, in Simões & Neto, 1994).

Personalidade. Conforme é referido por Oliveira e Neto (2004), alguns estudos parecem indicar uma correlação entre algumas características da personalidade neurótica e psicopatológica e AFM. Esta relação entre o medo da morte e a personalidade, nomeadamente o neuroticismo, também foi verificada por outros autores nas suas pesquisas (Howells & Field; Templer; Loo; in Tomás-Sábado & Gómez-Nenito; 2003). Neufeldt, (in Tomás-Sabado & Gomez-Benito, 2003) observou, que os indivíduos com mais tensão e sentimento de frustração apresentam também maior AFM.

Saúde. O estado de saúde parece igualmente influenciar o medo da morte. Fortner e Neimeyer (1999) indicam que problemas de saúde importantes predizem níveis elevados de AFM. Mais tarde, esta opinião é mantida (Fortner et al., 2000). Alguns estudos colocam em evidência o facto de pessoas que estão a receber tratamento hospital, com ênfase no controlo da dor e aceitação da morte como uma transição natural, experienciam reduzidas ameaças subjectivas acerca da sua própria morte, mas uma depressão ligeiramente mais alta, quando comparadas com pacientes com cancro e pacientes em hospitais convencionais (Hendon & Epting, in Fortner et al., 2000).

Da mesma forma que problemas de saúde objectiva parecem influenciar a vivência do medo da morte, também a saúde subjectiva (percepção que o indivíduo tem do seu estado de saúde) parece estar relacionada com esta temática. Mullins e Lopez (1982) colocam em evidência esta questão quando, num estudo com adultos idosos institucionalizados, verificaram níveis mais elevados de AFM nos participantes com saúde subjectiva mais deficitária.

Para além das variáveis acima mencionadas a AFM já foi, igualmente, relacionada com a institucionalização (Thorson & Davis, 2000), o bem-estar subjectivo, a qualidade de vida (Santos, 2005), a raça, a ocupação, a aptidão mental, o suicídio (in Thomás-Sábado & Gomez-Bénito, 2003) e a interculturalidade (Oliveira, 1998, 2002).

Apesar da morte ser algo presente na vida de todos nós, não representa para a maioria um tema fascinante (in Thomás-Sábado & Gomez-Bénito, 2003). Os medos e ansiedades por ela despoletados podem ter origem em várias causas e ser influenciada por inúmeros factores. Tal como referido anteriormente, a forma como se vive a certeza da nossa mortalidade poderá influenciar a vida e o nosso bem-estar. Desta forma, como refere Oliveira e Neto (2005), a educação sobre a morte é importante porque esta, paradoxalmente, pode ensinar a viver.

Referências

- Ariés, P. (1989). *Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média*. Lisboa: Editorial Teorema,
- Abdel-Khalek, A. M. (1998). Single versus multi-item scales in measuring death anxiety. *Death Studies*, 22(8), 763-772. Consultado em 3 de Janeiro de 2008 através da base de dados EBSCO.
- Cicirelli, V. (1998). Personal meanings of death in relation to fear of death. *Death Studies*, 22, 713-733.
- Cicirelli, V. G., Maclean, P., Cox, L. S. (2000). Personal meanings of death in older adults in relation to their fears of death. *Death Studies*, 24, 401-419.
- Cicirelli, V. G. (2001). Personal meanings of death in older adults in relation to their fears of death. *Death Studies*, 25, 663-683.
- Cicirelli, V. G. (2003). Older adult's fear and acceptance of death: A transition model. *Ageing International*, 28(1), 66-81. Consultado em 19 de Janeiro de 2007, através da base de dados EBSCO.
- Conte, H. R., Plutchik, R., Weiner, M. B. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual, psychometric, and factor analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(4), 775-785.
- Depaola, S., Griffin, M., Young, J., & Neimeyer, R. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*, 27, 335-354. Consultado a 17 de Janeiro de 2008, através da base de dados da EBSCO.

- Ens, C., & Bond Jr., J. (2005). Death anxiety and personal growth in adolescents experiencing the death of a grandparent. *Death Studies*, 29, 171-178.
- Fortner, B. V., Neimeyer, R. A. (1999). Death Anxiety in Older Adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23, 387-411. Consultado em 15 de Dezembro de 2007 através da base de dados EBSCO.
- Fortner, B. V., Neimeyer, R. A., Rybarczyk, B. (2000). Correlates of death anxiety in older adults: a comprehensive review. In A. Tomer (Ed), *Death attitudes and the older adult* (pp 95-108). Philadelphia: Bruner-Routledge.
- Khalek, A. (2002). Why do we fear death? The construction and validation of the reasons for death fear scale. *Death Studies*, 26, 669-680. Consultado a 5 de Fevereiro de 2007, através da base de dados da EBSCO.
- Madnawat, S., & Kachhawa, S. (2007). Age, gender, and living circumstances: Discriminating older adults on death anxiety. *Death Studies*, 31(8), 763-769. Consultado a 23 de Janeiro de 2008 através da base de dados da B-ON.
- McCoy, S. K., Pyszczynski, T., Solomon, S., Greenberg, J. (2000). Transcending the self: A terror management perspective on successful aging. In A. Tomer (Ed), *Death attitudes and the older adult* (pp 37-63). Philadelphia: Bruner-Routledge.
- Mullins, L. C., Lopez, M. A. (1982). Death anxiety among nursing home residents: A comparison of the young-old and the old-old. *Death Education*, 6, 75-86.
- Oliveira, J. H. B. (1998). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Oliveira, J. (2002). Ansiedade face à morte: Uma abordagem diferencial. *Psychologica*, 31, 161-176.

- Oliveira, J. H. B. (2005). *Viver a morte: Abordagem antropológica e psicológica (2ªed.)*. Porto: Legis editora.
- Oliveira, J., & Neto, F. (2004). Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte. *Análise Psicológica*, 2 (XXII): 355-367.
- Pettigrew, C. G., Dawson, J. G. (1979). Death anxiety: state ou trait? *Journal of clinical Psychology*, 3 (1), 154-158.
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death Studies*, 31(6), 549-561. Consultado a 18 de Dezembro de 2007 através da base de dados B-ON.
- Santos, J. C. (2005). *Ansiedade face à morte em idosos: influência de variáveis sócio-demográficas e do bem-estar subjectivo*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Santos, S. A. (2004). *A influência da idade, da institucionalização, do género e da religião sobre a ansiedade face à morte em idosos* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Simões, A., Neto, F. (1994). Ansiedade face à morte. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1, 79-96.
- Tomás-Sábado, J., Gómez-Benito, J. (2003). Variables relacionadas com la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicologia General y Aplicada*, 56(3), 257-279. Consultado em 15 de Janeiro de 2008 através de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=818725>
- Tomer, A., & Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Studies*, 20, 343-365.

- Tomer, A., & Eliason, G. (2000a). Attitudes about life and death: Toward a comprehensive model of death anxiety. In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult* (pp.3 - 21). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Tomer, A., & Eliason, G. (2000b). Beliefs about self, life, and death: Testing aspects of a comprehensive model of death anxiety and death attitudes. In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult* (pp.137-153). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Tomer, A., Eliason, G., & Smith, J. (2000). The structure of the revised death anxiety scale in young and old adults. In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult* (pp.109-121). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Thorson, J., & Davis, R. (2000). Relocation of the Institutionalized Aged. *Journal of Clinical Psychology, 56*(1), 131-138.
- Thorson, J., & Powell, F. C. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of Clinical Psychology, 44*(5), 691-701. Consultado em 15 de Janeiro de 2008 através da base de dados da EBSCO.
- Thorson, J. A., Powell, F. C. (1992). A revised death anxiety scale. *Death Studies, 6*, 507-521.
- Thorson, J.A., Powell, F. C. (1994). A revised death anxiety scale, In R. a. Neimeyer (Ed), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*, pp 31-43. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Walker, G., & Maiden, R. (1987). *Lifespan attitudes toward death*. Comunicação Apresentada entre 9-12 de Abril no Annual Meeting of the Eastern Psychological Association, Arlington.

Wong, T. P. (2000). Attitudes about life and death: Toward a comprehensive model of death anxiety. In A. Tomer (Ed), *Death attitudes and the older adult* (pp 23-33). Philadelphia: Bruner-Routledge.