

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



ADAPTAÇÃO DA *REVISED DEATH ANXIETY SCALE (RDAS)* PARA ADULTOS
IDOSOS PORTUGUESES

Graça Maria Ramos Jara de Carvalho

Nº 15186

Dissertação orientada por Prof. Doutor António Diniz

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor 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, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª Série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

A todos os idosos que participaram neste trabalho

Ao Prof. Doutor António Diniz pelo rigor, disponibilidade e entusiasmo com que tem orientado os meus trabalhos e com quem muito tenho aprendido

Ao Pedro, pelo seu apoio incondicional. À minha irmã Maria Ana pela sua revisão do texto. À minha colega e amiga Filomena por estar sempre ao meu lado

Por último, às colegas Marta Ribeiro e Carina Serra pela sua ajuda no recrutamento de participantes e recolha de dados

Resumo

O estudo da ansiedade face à morte no adulto idoso merece uma atenção especial. Este trabalho visa a análise da validade de constructo da adaptação para adultos idosos portugueses da *Revised Death Anxiety Scale (RDAS)*, consistindo no teste (análise factorial confirmatória) de duas estruturas tetradimensionais oblíquas alternativas propostas para a prova (Thorson & Powell, 1984, 1992). Foi também testada a hipótese de uma estrutura unidimensional para a *RDAS*, porque no apuramento de resultados comumente seguido na utilização da escala não são consideradas as suas subescalas. A amostra foi constituída por 451 participantes ($M = 77$ anos), institucionalizados e não institucionalizados. Descreve-se sumariamente o procedimento de tradução e de recolha de dados (hetero-administração) e comparam-se os resultados do teste dos três modelos alternativos. A selecção do modelo de alta ansiedade de Thorson e Powell (1992), mas com uma estrutura bidimensional oblíqua de 12 itens, resultou da análise da validade convergente e da consistência interna dos factores, e da validade discriminante entre factores. Avaliou-se ainda a validade concorrente deste modelo através do teste de diferenciação entre grupos conhecidos. Discute-se a sustentação teórica desta estrutura factorial alternativa da *RDAS* para adultos idosos.

Palavras-chave: Adultos idosos, *RDAS*, psicometria, AFC e validade concorrente.

Abstract

The study of death anxiety in old-adults deserves special attention. The aim of this paper is to analyse the validity of the adaptation of the *Revised Death Anxiety Scale (RDAS)* for Portuguese old-adults, consisting in a test (confirmatory factor analysis) of two tetradimensional oblique structures proposed alternatively (Thorson & Powell, 1984, 1992). A unidimensional structure of the *RDAS* was also tested, because the results obtained in the most commonly used test do not take subscales into account. The sample included 451 participants ($M = 77$ years), both institutionalized and not institutionalized. The process of translation and data gathering are briefly described (hetero-administration) and the results of the test for the four alternative models are then compared. The selection of the Thorson and Powell (1992)'s high-anxiety model, but with a two-factor oblique model with 12 items, resulted both from the analysis of the converging validity and the internal consistency of the factors in question and of the discriminating validity between these factors. This paper also examines the concurrent validity of the model on the basis of a differentiating test applied to known groups. The theoretical underpinning of this alternative structure of the *RDAS* for old-adults is discussed.

Keywords: Old-adults, *RDAS*, psychometry, CFA and concurrent validity.

Introdução

A sociedade ocidental, actualmente, caracteriza-se pelo aumento da esperança de vida e pela institucionalização da morte, factores que reavivaram o interesse científico pelas atitudes humanas face à morte e ao morrer, nomeadamente, pelo fenómeno da ansiedade face à morte (AFM) no adulto idoso (Thomás-Sábado & Gomez-Benito, 2005). Um dos maiores desafios que se coloca nesta faixa etária, do adulto idoso é o da adaptação ao final da vida com a consequente implicação de lidar com o medo, ansiedade e aceitação da morte (Cicirelli, 2003). A AFM no adulto idoso é um fenómeno mal compreendido, sendo da maior importância o seu esclarecimento, uma vez que pode ser um válido contributo quer a nível teórico, ao integrar factores associados à AFM em teorias psicológicas mais abrangentes do desenvolvimento humano quer a nível prático, sugerindo estratégias de melhoramento da qualidade de vida deste segmento crescente da população (Fortner, Neimeyer, & Rybarczyk, 2000).

A investigação sobre a AFM, tanto no mundo anglófono (e.g., Conte, Weiner, & Plutchik, 1982; Thorson & Powell, 1984, 1992) como em Portugal (e.g., De Oliveira, 2002; Simões & Neto, 1994), pouco versou a AFM do adulto idoso. Mais recentemente, resultantes da investigação e intervenção gerontológica quer no estrangeiro (e.g., Cicirelli, 2003; Fortner & Neimeyer, 1999) quer no nosso País (Ribeiro, Diniz, Costa, 2006; Santos, Diniz, & Costa, 2004), começaram a surgir estudos em que os instrumentos de avaliação da AFM foram adaptados e validados para a população idosa.

Hoje em dia a multidimensionalidade da AFM nos adultos idosos é consensual, não existindo, contudo, unanimidade no que se refere a quais e quantas dimensões estão envolvidas na operacionalização deste constructo (Cicirelli, 2003). No entanto, da comparação entre as diferentes provas de AFM salienta-se um factor comum que se prende com a ansiedade face à Inexistência, ou ao Desconhecido, ou à Incerteza, interpretada em diferentes graus de intensidade (Tomer, Eliason, & Smith, 2000). Segundo Cicirelli (2002), a concepção de que a AFM é essencialmente o medo da total inexistência é sustentada pela *Terror Management Theory (TMT)*; Greenberg, Solomon, & Pyszczynski, 1997). Neste contexto teórico, a consciencialização da inevitabilidade da morte no ser humano traduz-se num intenso e paralisante terror (AFM) que, sem ser controlado por mecanismos de defesa psicológica, interfere com o funcionamento diário (Greenberg et al., 1997). Cicirelli (2003)

articula a *TMT* à problemática do adulto idoso, no qual a consciencialização da proximidade da morte suscitaria uma grande AFM nos finais dos 70 e início dos 80 anos, associada ao acentuado declínio de saúde física e mental nesse mesmo período. Numa perspectiva desenvolvimental de ciclo-de-vida (Baltes, 2003), trata-se da transição da terceira para a quarta idade (Baltes & Brim, 1980). A primeira caracteriza-se por uma relativa estabilidade das competências físicas, psíquicas e sociais do adulto idoso, enquanto que na segunda assiste-se a uma gradual diminuição dessas aptidões. Assim, de acordo com o Modelo de Transição de Cicirelli (2003), na terceira idade a AFM, nomeadamente a ansiedade da Inexistência e do Processo de Morrer, é mais intensa, mas a falência progressiva das capacidades na quarta idade dá lugar à emergência duma reorganização cognitiva que tem uma função adaptativa capaz de permitir o paradoxo da aceitação da morte na fase final da vida.

Uma importante componente dos estudos da AFM no adulto idoso, consistiu no teste de variáveis sócio-demográficas, referidas na literatura como susceptíveis de influenciar a AFM, neste grupo populacional (e.g., Fortner et al., 2000), ao mesmo tempo que se tentou integrar os resultados obtidos em teorias mais vastas do funcionamento humano (e.g., Cicirelli, 2002, 2003). Aqui, como nos estudos prévios de AFM em que estas relações foram testadas noutras populações, os resultados revelaram-se contraditórios e inconsequentes (e.g., Tomer & Eliason, 2000).

Fortner e Neimeyer (1999) e Fortner e colaboradores (2000) conduziram uma meta-análise de artigos, dissertações e teses, na tentativa de esclarecimento da influência das variáveis, entre outras, idade, género, institucionalização e religiosidade. As amostras destes estudos incluíam indivíduos com idades compreendidas entre os 61 e 87 anos ($M = 73$). Os autores não encontraram relação entre a idade, o género, a religiosidade e a AFM e relataram uma relação equívoca no preditor institucionalização. Fortner e Neimeyer (1999) e Fortner et al. (2000) apontaram várias questões metodológicas que podem estar na origem destes resultados, bem como a necessidade do seu controlo em posteriores investigações. Em relação à idade, os investigadores verificaram que as amostras destes estudos eram demasiado homogêneas, com uma predominância de indivíduos com idades entre os 65 e os 75 anos e escassez de sujeitos mais velhos. No que se refere ao género, os autores referem a utilização de instrumentos de avaliação da AFM com fracas propriedades psicométricas e

unidimensionais. Quanto ao preditor institucionalização, Fortner e Neimeyer (1999) e Fortner et al. (2000) apuraram que sempre que por eles foram utilizados métodos de análise menos conservadores (i.e., métodos de efeito fixos) a AFM era mais elevada nos idosos institucionalizados quando comparada com a dos não institucionalizados. Quando eram utilizados métodos mais conservadores (métodos de efeito aleatórios), esta associação não era fiável a um nível de confiança de 95%. Por fim, no que diz respeito à religiosidade, os autores argumentam a necessidade de uma operacionalização desta variável distinguindo entre crença religiosa e comportamento religioso, já que supostamente implicarão diferentes atitudes face à morte.

Também Cicirelli (2001, 2002, 2003) elaborou diversos trabalhos, sendo os dois últimos enquadrados teoricamente pela *TMT*, nos quais as relações das variáveis sócio-demográficas e a AFM foram aprofundadas. Como instrumento de avaliação da AFM, o autor utilizou a *Multidimensional Fear of Death Scale (MFODS)*; Hoelter, 1979; Neimeyer & Moore, 1994).

O estudo de Cicirelli (2001) tinha como objectivo relacionar a AFM com a atribuição de significado da morte, em função da idade e do género. A amostra era constituída por dois grupos, o primeiro de jovens adultos ($N = 78$, leque etário: 20-29, $M = 22$ anos) e o segundo de adultos idosos ($N = 68$, leque etário: 70-97, $M = 83$ anos). Para além do estudo comparativo realizado entre estes dois grupos foi feita uma análise separada na amostra dos adultos idosos. É este exame que interessa ao presente trabalho. Assim apuraram-se relações de predição da idade e do género para o factor Ansiedade do Processo de Morrer, mas não para o factor Inexistência. Os adultos idosos mais novos temiam menos o Processo de Morrer do que os idosos mais velhos e a mulher idosa era mais ansiosa em relação a estes aspectos da morte do que o homem.

No ano seguinte, Cicirelli (2002) testa as relações das variáveis decorrentes da *TMT* com a AFM no adulto idoso. A amostra era constituída por 388 participantes, com idades compreendidas entre os 60 e os 100 anos ($M = 73$). Neste estudo, verificou-se que um elevado estatuto sócio-económico (indicador indirecto da habilitação literária), bem como uma forte religiosidade, são preditores de menor ansiedade do Desconhecido e dos aspectos Conhecidos da morte (engloba a ansiedade do Processo de Morrer).

Por fim, no estudo de 2003, Cicirelli comprovou numa amostra com uma boa distribuição de idade ($N = 109$, leque etário: 70-97, $M = 81$ anos), subdivida em cinco faixas

etárias (70-74, 75-79, 80-84, 85-89 e 90 e mais), que os indivíduos entre os 75 e os 84 anos apresentaram uma maior AFM do que os idosos mais jovens e mais velhos.

Em Portugal, os estudos da AFM que apenas versaram adultos idosos tinham como objectivo a adaptação de instrumentos de avaliação da AFM, para este segmento da população (e.g., Ribeiro, Diniz, Costa, 2006), e aqueles que, para além disso, testaram as determinantes da AFM, englobaram amostras mistas de estudantes e idosos, como é o caso de Simões e Neto (1994) que conduziram uma investigação com três amostras: a primeira de 74 adultos idosos ($M = 77$ anos) a residir em lares de terceira idade; a segunda de 59 mulheres idosas ($M = 73$ anos) não institucionalizadas; e, por fim, 140 estudantes universitários ($M = 22$ anos). Neste estudo, os adultos idosos institucionalizados possuíam níveis mais elevados de AFM do que aqueles não institucionalizados.

O presente trabalho tem como objectivo mais geral contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno da AFM no adulto idoso, integrando o seu estudo nas teorias de ciclo-de-vida e *TMT* e consiste na primeira fase do mesmo, a adaptação da *Revised Death Anxiety Scale (RDAS)* (Thorson & Powell, 1992) para adultos idosos portugueses. A *RDAS* é uma escala multidimensional com quatro factores e especialmente adequada à comparação de grandes grupos para fins de investigação da AFM, tendo a grande vantagem de discriminar níveis de expressão de ansiedade nas diferentes dimensões para o mesmo indivíduo ou para indivíduos diferentes (Thorson & Powell, 1992). Neste estudo de validação da *RDAS* pretendeu-se colmatar as falhas de muitos dos trabalhos realizados, dos quais subsistem dúvidas quanto aos resultados obtidos (Cicirelli, 2001, 2003). Entre outras razões, isso prende-se com questões metodológicas como no caso da utilização de instrumentos cujas qualidades psicométricas não foram suficientemente investigadas ou em que a operacionalização multidimensional do constructo AFM não é respeitada, sendo usual a sua operacionalização como constructo unidimensional e avaliativo duma ansiedade geral (Cicirelli, 2003), reduzindo a utilidade clínica dos estudos empíricos da AFM no adulto idoso (Neimeyer, Wittkowski, & Moser, 2004).

A *RDAS* (Thorson & Powell, 1992) foi construída a partir da modificação dos instrumentos *Fear of Death Scale* de Boyar (*FODS*) e *Death Anxiety Scale* de Templer (*DAS*) e um item da autoria de Nehrke, ao longo de cinco estudos principais. O nome inicial da prova foi *Nehrke-Templer-Boyar (NTB)* e só posteriormente *RDAS*. Nos primeiro (Thorson, in

Thorson & Powell, 1992) e segundo estudos (Thorson & Perkins, in Thorson & Powell, 1992) o *NTB* tinha 34 itens e foi aplicado, respectivamente, a uma amostra de estudantes universitários ($N = 208$; leque etário = 18-53 anos; $M = 23$) e a uma amostra de maior dimensão ($N = 659$) com uma melhor distribuição da idade (leque etário inferior a 22 anos, $N = 115$; idades 22-35 anos, $N = 302$; idades 36-55 anos, $N = 203$; e 55 anos ou mais, $N = 39$). O formato de resposta aos itens da prova era dicotómico (verdadeiro-falso) e a análise factorial exploratória (AFE) dos dados através dela recolhidos revelou quatro componentes principais: Ansiedade face ao Isolamento e Imobilidade, Dor, Finalidade da Morte e Medo da Decomposição e do Enterro. O *NTB* relacionava-se mais com a claustrofobia e isolamento do que com a ansiedade de morte. Perante este resultado, os autores acrescentaram itens relacionados com a ansiedade da perda de controlo pessoal, eliminaram itens redundantes e procuraram diminuir a expressão da ansiedade face ao isolamento e aumentar a ansiedade face à dor. Nestes estudos a validade concorrente do *NTB* foi garantida através da diferenciação de grupos teoricamente conhecidos, género e idade.

No terceiro estudo (Thorson & Powell, 1984), a escala passou a ter o seu nome actual, *RDAS*, continha 25 itens e era cotada como nos estudos anteriores. A amostra foi constituída por jovens estudantes universitários e adultos ($N = 599$, leque etário = 16-19 anos; $N = 101$, 20-29 anos; $N = 228$, 30-59 anos; $N = 135$, 60 e mais anos). Thorson e Powell (1984) pretenderam aperfeiçoar a estrutura da *RDAS*, melhorando as inter-correlações dos itens entre si e com o total da escala, bem como reavaliar a sua dimensionalidade. Os autores sugeriram a eliminação de 4 itens: o item 2, cuja omissão aumentava o *alpha* para .83; o item 13, apenas com um $r = .21$ com o total da escala e sem correlação com qualquer outro item; o item 16 com um $r = .22$ com o total da escala; e, por fim, o item 24 com um $r = .22$ com o total da escala e com cargas factoriais baixas nos quatro factores, respectivamente, .17, .19, -.14 e .01. Desta forma, a escala passava a ter 21 itens e um *alpha* de .83. As dimensões que agora a compunham eram: Incerteza-Controlo Pessoal (itens 3, 5, 6, 7, 9, 12, 14, 18, 19, 20 e 22); Dor (itens 1, 8 e 15); Medo do Processo de Morrer (itens 10, 17, 21 e 23); e, Funeral- Decomposição (itens 4, 11 e 25). A análise de variância revelou que a idade, o género e a habilitação literária eram preditoras de AFM, sendo o grupo de idade mais jovem o com maior pontuação de AFM e os de 60 anos e mais o com menor AFM ($F = 33.26$, $p < .0001$). As mulheres apresentaram médias mais elevadas de AFM ($F = 4.72$, $p < .05$) e, por sua vez,

aqueles com habilitações literárias mais elevadas demonstraram menor AFM ($F = 20.373$, $p = .0001$).

No quarto estudo (Thorson & Powell, 1992), pela primeira vez a escala foi aplicada com itens de resposta de tipo-*Likert* de 5-pontos, de 0 (menor ansiedade) a 4 (maior ansiedade), para melhorar a sua sensibilidade.

Na primeira parte do estudo, Thorson e Powell (1992) pretenderam associar a AFM e a religiosidade. A *RDAS* e a *Intrinsic Religious Motivation (IRM; Hoge, 1972)* foram aplicadas numa amostra de adultos idosos ($N = 103$, leque etário = 61-88 anos, $M = 71$). Os adultos idosos não apresentaram dificuldades perante este novo formato de resposta. Este estudo baseava-se na hipótese de que os maiores receios manifestados pelos adultos idosos do estudo de 1984 relacionavam-se com a incerteza da existência de uma vida para além da morte. Porém, verificou-se uma correlação fraca ($r = -.11$) entre a *RDAS* e a *IRM*, podendo ser atribuída ao acaso, mas existiam correlações significativas entre dois itens da *RDAS*, o item 13 “Não estou de todo preocupado(a) com o facto de saber se existe ou não vida para além da morte” ($r = -.41$, $p < .001$) e o item 16 “Espero ter uma nova vida depois de morrer” ($r = .55$, $p < .001$) e as contagens médias da *IRM*. Os autores imputaram este resultado ao facto da amostra ser demasiado homogénea e, para de novo testar a mesma relação, juntaram dados de estudos anteriores, refazendo a amostra ($N = 346$, leque etário = 18-88 anos, $M = 44$). Verificou-se que os adultos idosos, e com níveis mais elevados de religiosidade, revelaram níveis mais baixos de AFM. A validade do constructo da *RDAS* foi afiançada através da correlação com a *IRM* (validade convergente). Por fim, os autores diferenciaram indivíduos com maior e menor AFM, já que estes diferentes níveis de ansiedade supostamente determinariam diferentes interpretações da morte. Assim, dividiram a amostra inicial em duas subamostras. Na primeira ($N = 141$, $M = 36$ anos), os indivíduos tinham elevados *scores* de AFM (médias maiores ou iguais a 49). A AFE revelou quatro factores: Inexistência (itens 2, 3, 6, 7, 12, 14, 19, 20 e 22); Dor-Desamparo (itens 10, 11, 15, 17, 21 e 23); Transcendência-Decomposição (itens 5, 9, 13, 16, 18, 22 e 25); e, Controlo-Dor-Transcendência (itens 1, 4, 8, 15 e 24). Na segunda ($N = 136$, $M = 50$ anos), os participantes tinham baixos *scores* de AFM (médias menores ou iguais a 39) e os quatro factores tinham diferentes definições e distribuições de itens: Incerteza (itens 2, 3, 5, 6, 7, 9, 12, 18, 19, 20 e 22); Transcendência (itens 8, 13, 14 e 16); Desamparo-Integridade Corporal (itens 4, 10, 17, 21 e 23); e, Dor (itens

1, 11 e 15). Confirmavam-se pois diferentes maneiras de conceptualizar a morte. No entanto, não existiu a certeza se este facto poderia ser atribuído aos níveis de ansiedade ou há idade (médias de idades diferentes nas duas amostras).

É importante notar que da análise dos diferentes estudos sobre a *RDAS* de Thorson e Powell resultou a confirmação de que a consistência interna da escala (coeficiente *alpha*) foi calculada para o total da escala e não para cada uma das suas subescalas componentes. No estudo de 1992 também se verificou que a destriça entre indivíduos muito ansiosos e pouco ansiosos assentou no somatório dos resultados dos itens da escala. Os autores ignoraram pois que a concepção da multidimensionalidade da prova obriga ao cálculo de notas para cada factor e das respectivas consistências internas.

Em 2000, Tomer e colaboradores utilizaram a *RDAS* num estudo de validação da estrutura factorial da escala, pretendendo comprovar as diferenças na complexidade do constructo entre um grupo de adultos idosos ($N = 89$, $M = 69$ anos) e um grupo de jovens adultos ($N = 102$, $M = 20$ anos). Em primeiro lugar, a escala foi aplicada aos adultos idosos e, através da AFE, foram extraídos quatro factores e eliminados 10 itens. Os factores denominaram-se: Inexistência (itens 2, 3, 6, 9, 12 e 20); Dor (itens 1, 8 e 15); Arrependimento (itens 18, 19 e 24); e, Corpo (itens 4, 11 e 25). Em seguida, Tomer et al. (2000) aplicaram e testaram a invariância deste modelo nas duas amostras através da análise factorial confirmatória (AFC) com estimação de máxima verosimilhança (MV). A solução encontrada revelou-se inadmissível (carga factorial do item 15 = 1.01). Apesar disso, os autores interpretaram o modelo, o que não é apropriado. Acresce que a dimensão das amostras não era suficiente para obtenção de resultados fiáveis (vd. e.g., Curran, West, & Finch, 1996).

Para adaptar a *RDAS* para adultos idosos portugueses não foi considerado o modelo de Tomer et al. (2000) pelas razões acima apontadas, mas sim o de Thorson e Powell (1984) e o de alta ansiedade de AFM de Thorson e Powell (1992). A opção de testar este modelo e não o modelo alternativo, de baixa ansiedade, assentou no facto da população do presente estudo ser predominantemente constituída por adultos idosos na terceira idade (65-84 anos; Baltes, 2003), logo tendencialmente com níveis mais elevados de AFM (Cicirelli, 2003). A existência de maiores níveis de AFM na terceira idade é consistente com a teoria psicossocial de Erikson (1997), a teoria de ciclo-de-vida de Baltes e Brim (1980), a teoria da *TMT* (Greenberg et al., 1997) e os resultados da investigação empírica (Cicirelli, 2003). Testou-se também o modelo

unidimensional da *RDAS* devido ao processo de pontuação típico da escala, em que não são consideradas subescalas.

Completou-se este trabalho através do estudo da validade concorrente da *RDAS*, relativamente aos critérios idade, género, habilitação literária, institucionalização e religiosidade, tidos na literatura como relevantes para a AFM. Assinalou-se que na 3ª idade (65-84 anos) a Ansiedade da Inexistência e a Ansiedade do Processo de Morrer são intensas e tendem a apaziguar-se, dando lugar à aceitação da morte, na 4ª idade (85 ou mais anos) (Cicirelli, 2003). Similarmente, quanto ao género assumiu-se que a mulher idosa revela maior AFM no que diz respeito à Ansiedade do Processo de Morrer e não existem diferenças de género em relação à Ansiedade da Inexistência (Cicirelli, 2001). No que se refere à habilitação literária, reteve-se que quanto menor é o nível de escolaridade maior é a Ansiedade da Inexistência e a Ansiedade do Processo de Morrer. A habilitação literária é um indicador indirecto do estatuto sócio-económico, o qual se encontra associado a estas dimensões da AFM (Cicirelli, 2002). É esperado que a institucionalização seja preditora de maior AFM (Fortner, et al., 2000) se bem que não haja indicação de quais são os aspectos mais temidos pelos idosos internados. Em relação à religiosidade, destacou-se que uma maior religiosidade era preditora de níveis mais baixos de Ansiedade da Inexistência e Ansiedade do Processo de Morrer (Cicirelli, 2002). No presente trabalho, adoptou-se a concepção de Pargament (in Coleman & O'Hanlon, 2004) de que a religiosidade consiste na prática de uma fé ou crença. Assumiu-se que a prática religiosa é uma fonte de recursos materiais e espirituais, particularmente, no que diz respeito ao adulto idoso, ao providenciar por um lado, integração social e por outro lado, estratégias para lidar com os desafios da vida e garantir uma existência significativa (Coleman & O'Hanlon, 2004). Pretendeu-se reunir os dois conceitos de religiosidade intrínseca e extrínseca, normalmente tidos como diferentes e até contrários, um de cariz espiritual o outro de cariz comportamental, no enfoque dos efeitos benéficos que a religião providencia quer a nível espiritual quer a nível material. Assim, a prática religiosa, enquanto garante da centralidade da fé na vida do indivíduo (Pargment, in Coleman & O'Hanlon, 2004), conduziria a uma menor Ansiedade da Inexistência e Ansiedade do Processo de Morrer, do que a crença religiosa sem prática.

Método

Participantes

A amostra foi constituída por 451 adultos idosos voluntários (leque etário = 65 – 96; $M = 77$ anos) residentes em meio “predominantemente urbano” (Instituto Nacional de Estatística, s.d.), todos eles funcionais. A maioria dos participantes tinha menos do que 85 anos de idade (82,9%), pertenciam ao género feminino (67,8%), eram casados (45,7%) e estavam institucionalizados (25,9%). Quanto à escolaridade, 75,6% tinham até ao 1º ciclo do ensino básico e, no outro extremo, apenas 5,8% eram licenciados ou pós-graduados. Só uma minoria dos participantes não professava qualquer religião (7,1%). Destes 451 participantes 190 integravam o estudo de Ribeiro (2006) e 109 o estudo de Serra (2007).

O exame das variáveis demográficas desta amostra quando comparados com os dados disponíveis (proporções para género e níveis de escolaridade; Instituto Nacional de Estatística 2002) revelou a existência de uma maior proporção de mulheres e um nível superior de escolaridade do que a população idosa portuguesa. Optou-se por não corrigir estas diferenças em consequência da redução do N da amostra (só no que diz respeito ao género era necessário excluir 177 mulheres).

Procedimento

A amostra foi recolhida na área da Grande Lisboa, tendo sido seleccionada por processos de amostragem de conveniência e intencional *tipo-snowball* nos anos de 2005, 2006 e 2007.¹

No primeiro caso, várias instituições de acolhimento de idosos foram contactadas, tanto com regime de internato como com regime ambulatorio, Centro de Dia ou de Convívio, ou tendo as duas valências, com o intuito de pedir autorização para realizar o estudo, informando a respectiva direcção sobre o objectivo do projecto e quais os métodos a serem utilizados, através da Carta de Consentimento Informado para as Instituições. Uma vez obtida a autorização, e pretendendo atender aos critérios de inclusão da amostra, foi contactado um informante privilegiado, um técnico de saúde da instituição, cuidador e conhecedor dos idosos, aos quais foi pedida informação sobre a medicação e estado cognitivo e afectivo dos

¹ Agradecimentos às colegas Marta Ribeiro e Carina Serra pela sua ajuda no recrutamento de participantes e recolha de dados

idosos, depois da explicação clara da sua finalidade. Com os resultados deste rastreio pretendeu-se controlar os adultos idosos que preenchiam os pré-requisitos de selecção da amostra. Em seguida, os adultos idosos seleccionados, institucionalizados e não institucionalizados, foram contactados, e foi-lhes pedido o consentimento informado (Carta de Consentimento). Foi-lhes apresentado o objectivo do estudo, os cuidados relativos ao anonimato da informação fornecida, o facto dos dados nunca serem tratados individualmente e ainda o critério voluntário da sua participação.

O grupo de adultos idosos a residir na comunidade foi seleccionado pelo segundo método de amostragem, o intencional tipo-*snowball*. Nele os sujeitos agem como elos de uma cadeia indicando outros sujeitos para participação no estudo (Atkinson & Flint, 2001). Todos eles preencheram igualmente uma Carta de Consentimento Informado, tendo em conta as mesmas questões de explicação do objectivo do estudo, o seu carácter voluntário e anónimo de participação.

A recolha dos dados realizou-se sob a forma de entrevistas directivas, com a duração de cerca de 30 a 45 minutos aproximadamente. A padronização deste procedimento obedeceu a critérios quer de carácter instrumental, face às características da população idosa (analfabetismo e/ou problemas funcionais), quer de carácter ético-deontológico, possibilitando o controlo do investigador/entrevistador sobre o eventual efeito ansiogénico de alguns itens. As instruções dadas foram de responder aos questionários o mais espontâneo e sinceramente possível, não existindo respostas certas ou erradas, apenas as genuínas interessavam.

Durante a aplicação da *RDAS* surgiram dúvidas na compreensão de certos itens, por parte de alguns dos participantes. Em primeiro lugar, alguns itens, quando traduzidos, parecem incompletos em português, por exemplo, o item 6 (“*I hate to think about losing control over my affairs after I am gone*”) foi traduzido por “Detesto pensar que depois de morrer vou perder o controlo sobre as minhas coisas”. Sendo esta tradução correcta, não invalidou o facto de os participantes terem perguntado, por vezes, qual era o tipo de coisas, já que em português “coisas” é algo de abstracto e indefinido, em contraste com “*affairs*” que parece algo mais concreto e material. No dicionário da Porto Editora (1998) a palavra *affairs* tem a tradução: assuntos, afazeres e coisas. Em segundo lugar, os itens formulados na

negativa revelaram uma maior dificuldade de compreensão e consequente posicionamento na escala de resposta de tipo-*Likert* de 5-pontos.

Aos poucos adultos idosos que revelaram dificuldades de posicionamento nas escalas, foi-lhes pedido para responder em primeiro lugar se concordavam/discordavam com as afirmações e em segundo lugar com que intensidade. Desta forma garantiu-se a melhor compreensão da tarefa e uma maior precisão.

As variáveis demográficas foram operacionalizadas da seguinte maneira: idade segundo o critério maximalista desenvolvimental, em que a notação 1 correspondia ao intervalo de 65 a 84 anos e a notação 2 correspondia de 85 a 96 anos; género através das notações 1 para o masculino e 2 para o feminino; a variável habilitação literária foi convertida em dicotómica com 1 para os analfabetos e até à 4ª classe e com o valor 2 para aqueles com mais do que a 4ª classe; institucionalização tinha o valor 1 para os institucionalizados e não institucionalizados 2; para a religiosidade atribuiu-se o valor 1 aos gnósticos/cristãos/outras religiões, mas não praticantes (englobava os ateus) e o valor 2 para os gnósticos/cristãos/outras religiões mas praticantes. Na *RDAS* os itens negativamente conotados foram recodificados.

Foi utilizado *LISREL* 8.53 (Jöreskog & Sörbom, 2002) para testar a identidade dos modelos. Com o *PRELIS2* (Jöreskog & Sörbom, 1993a) calculou-se a matriz de covariância assintótica das correlações policóricas dos dados obtidos. Com o *LISREL8-SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993b) estimaram-se os modelos através do método de máxima verosimilhança (MV) com recurso ao *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 de “geração de modelos” (Jöreskog & Sörbom, 1993b), considerando na análise do seu ajustamento, interactivamente, os resultados obtidos para o *qui-quadrado* relativo ($S-B\chi^2/df$), 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 próximos 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” do modelo e os restantes índices dizem respeito à sua “precisão preditiva interpolativa” (Foster, 2000). No presente trabalho, o *ECVI* serviu, ainda, à comparação de modelos não integrados.

Quanto às reespecificações feitas nos diferentes modelos da *RDAS*, observaram-se os critérios de Fornell e Larcker (1981) para apreciar a validade convergente de um factor (variância média extraída dos itens pelo factor; VME^2 que deve ser $> .50$) e a validade discriminante entre factores (covariância, ou quadrado da correlação, entre factores $< VME$ dos factores). Também se seguiram estes autores para calcular a consistência interna dos factores³, cujo resultado deve ser de .80 para investigação básica (comparação entre grupos) e de .90 para investigação aplicada (diagnóstico individual) (Nunnally & Bernstein, 1994). Perseguindo estes critérios, eliminaram-se itens com baixas cargas factoriais e com elevado número de correlações de erro com outros itens, identificadas através da inspecção dos índices de modificação (IM) fornecidos pelo programa, e fundiram-se factores (falta de validade discriminante). Teve-se em conta que estas alterações podem envolver enviesamento confirmatório, já que se admite a modificação empiricamente derivada (*data-driven*) do modelo, suscitando, assim, a possibilidade de o melhorar com base simplesmente no acaso (MacCallum, Rosnowski, & Necowitz, 1992). Então, para minimizar este risco, procurou-se que as reespecificações realizadas fossem substantivamente interpretáveis.

Por último, a validade de concorrente da prova foi apurada através da análise da sua capacidade para diferenciar grupos teoricamente conhecidos. Neste teste, teve-se em conta que as relações entre um factor e os seus itens devem ser diferentemente ponderadas no

² Calculada através da fórmula $[\text{SUM}(cfe_i^2)]/[\text{SUM}(cfe_i^2) + \text{SUM}(e_i)]$, onde cfe_i = carga factorial estandardizada dos itens e e_i = variância do erro dos itens

³ Calculada através da fórmula $[(\text{SUM}(cfe_i))^2]/[(\text{SUM}(cfe_i))^2 + \text{SUM}(e_i)]$

cálculo de uma nota para o factor (diferente precisão dos itens para representar o factor). Evitou-se assim, o viés suscitado pelo cálculo de um somatório (ou de uma média) dos resultados brutos dos itens, multiplicando-os pelas regressões das respectivas cargas factoriais, entretanto obtidas através do *LISREL8* (Jöreskog & Sörbom, 1996), e calculando, depois, a média dessas notas ponderadas.

Instrumento

Tradução do instrumento

A tradução da *RDAS* foi realizada por duas professoras de inglês, que procuraram equivalência cultural dos enunciados dos itens através da tradução e retroversão da prova. A versão final resultante da comparação das duas versões, foi discutida com dois peritos em avaliação psicológica (Ribeiro, 2006). Desta forma, procurou-se assegurar a correspondência entre a versão original da *RDAS* e a versão traduzida (Van de Vijver & Hambleton, 1996).

Dados qualitativos e quantitativos

Os 25 itens da *RDAS* são declarações auto-descritivas, 17 formuladas na afirmativa e oito negativamente, às quais os indivíduos respondem num formato tipo-*Likert* de cinco pontos, desde “concordar fortemente” a “discordar fortemente”. A pontuação é feita da seguinte forma: 4 pontos para “concorda fortemente”, 3 pontos para “concordar”, 2 pontos para “neutro”, 1 ponto para “discordar” e 0 pontos para “discordar fortemente”, e 2 pontos para os itens deixados por preencher o que não aconteceu neste trabalho devido ao processo de hetero-administração. Itens negativamente formulados são invertidos na contabilização quando somados, e acrescentados à contagem total dos itens afirmativamente formulados. Contagens mais elevadas indicam uma ansiedade de morte mais elevada. Desta forma a pontuação de um respondente pode ir de 0 (mais baixo) a 100 (contagem mais elevada).

Resultados

Estudos de validade factorial

O teste da validade factorial dos modelos de Thorson e Powell (1984) e de alta ansiedade de Thorson e Powell (1992) apresentou, para ambos, soluções inadmissíveis (matriz de correlações entre factores não positivamente definida).

Para tornar o modelo de 1984 tetradimensional oblíquo (Incerteza-Controlo Pessoal, Dor, Medo do Processo de Morrer e Funeral-Decomposição) admissível foi necessário excluir 3 itens (8, 17 e 21). Estes itens apresentaram cargas factoriais inferiores a .45, prejudicando a validade convergente dos factores. A eliminação desses itens determinou a fusão dos factores Dor e Medo do Processo de Morrer (cada um ficou com menos de 3 itens). Analisado o conteúdo semântico-lexical dos itens que restavam nestes factores, eles foram agregados numa nova dimensão, designada Ansiedade do Processo de Morrer. Testou-se este modelo tridimensional oblíquo (M1) e verificou-se (vd. Tabela 1) que ele estava interpolativamente bem ajustado ($SB\chi^2/gl < 3.00$, $CFI > .95$; $RMSEA < .06$, com limite superior do IC de 90% do $RMSEA < .08$), mas não extrapolativamente (mesmo o limite inferior do IC de 90% do $ECVI$ era superior ao $ECVI$ do Msat). Entretanto, a inspecção da matriz de correlação dos factores revelou que as dimensões Incerteza-Controlo Pessoal e Funeral-Decomposição não apresentavam uma validade discriminante aceitável ($r = .92$, covariância = .85), indicando redundância entre os mesmos, o que implicou a sua fusão (novo factor designado por Incerteza). Na Tabela 1, verifica-se que este modelo (M1a) estava bem ajustado. Isso foi conseguido após a exclusão de seis itens (11, 14, 19, 20, 22 e 25) por problemas de ajustamento local (identificados através dos IM fornecidos pelo programa).

<Tabela 1>

Quanto ao modelo tetradimensional oblíquo (Inexistência, Dor-Desamparo, Transcendência-Decomposição e Controlo-Dor-Transcendência) de alta ansiedade de Thorson e Powell (1992), começou-se por uma análise do conteúdo semântico-lexical dos itens 15 e 22, que estavam agregados no modelo a dois factores, a qual conduziu a colocar o item 15 somente no factor Dor-Desamparo e o item 22 somente no factor Inexistência (validade facial). O teste deste modelo determinou a exclusão de 4 itens (8, 16, 17 e 21), por apresentarem baixas cargas factoriais ($< .45$). O factor Controlo-Dor-Transcendência ficou com menos de três itens, pelo que os restantes itens foram agregados às dimensões Dor-Desamparo e Inexistência (validade facial). Este modelo tridimensional foi testado (M2) e não era aceitável. Por sua vez, inspeccionada a matriz de correlações entre os factores observou-se a redundância dos factores Inexistência e Transcendência-Decomposição ($r = 1.00$; covariância

= 1.00) e, conseqüentemente, foi feita a sua fusão. Foram excluídos 9 itens (2, 4, 5, 11, 13, 19, 20, 22 e 24) por apresentarem baixa carga factorial e problemas de ajustamento local (exame da matriz de resíduos estandardizados e dos IM). Na Tabela 1 podem observar-se os resultados do teste de identidade do modelo já ajustado (M2a).

Quando comparados M1a e M2a verifica-se que ambos ficaram com o mesmo número de itens, sendo que, no M2a conservou-se o item 14 e o 25 e no M1a estes itens foram substituídos pelos itens 5 e 4. Esta diferença traduz-se num melhor ajustamento (menor *ECVI*) do M2a (vd. Tabela 1). Os dois factores de M2a foram nomeados Ansiedade face à Inexistência (AI) e Ansiedade do Processo de Morrer (APM), atendendo ao conteúdo dos itens.

Quanto ao modelo unidimensional (M3), ele era inaceitável com os 25 itens (Tabela 1). Iniciou-se a sua depuração que resultou num modelo final com 12 itens (M3a). O valor do *ECVI* deste modelo era superior ao do *ECVI* do M2a, o que levou à selecção deste último. Isto também se justifica face ao pressuposto da bidimensionalidade da AFM em adultos idosos (Cicirelli, 2002, 2003).

Na Tabela 2, encontram-se os valores dos índices de ajustamento para M2a sem e com *bootstrap*, os respectivos valores da carga factorial dos itens, coeficientes de determinação e os valores das regressões das cargas factoriais. A observação da tabela revelou que não existem diferenças dignas de registo entre os resultados obtidos sem *bootstrap* e com *bootstrap*, tendo-se neste caso optado pelos resultados da amostra do estudo.

<Tabela 2>

Na Tabela 2, verifica-se, ainda, que no factor AI o item 14 foi o mais preciso ($R^2 = .68$) e o item 9 foi o menos preciso ($R = .48$), no factor APM o item 1 foi o mais preciso ($R^2 = .73$) e o item 23 o menos preciso ($R^2 = .49$). Uma razão para o item 9 ser o pior representante do factor AI será a do seu conteúdo semântico-lexical se relacionar mais com a transcendência.

Este modelo apresentou uma boa validade discriminante ($r = -.53$; covariância = .29) e também apresentou uma boa validade convergente para os seus factores (AI, VME = .59; APM, VME = .61). Quanto à consistência interna dos factores, ela foi de .92 para o AI e de

.86 para APM, demonstrando que ambos são precisos para a comparação entre grupos e o AI para diagnóstico individual (Fornell & Lacker, 1981)

A correlação moderada entre os factores AI e APM indica uma relação inversa entre os mesmos ($r = -53$).

Estudo de diferenciação entre grupos conhecidos

O M2a foi avaliado através da comparação entre grupos, operacionalizados segundo cinco variáveis referidas na literatura, como influenciando a AFM.

A diferença entre grupos foi testada, para todas as variáveis, através do teste *t*-Student. Na Tabela 3, apresentam-se os resultados destes testes para ambas as dimensões, IA e APM, respectivamente. Note-se que a operacionalização das variáveis foi feita através de uma nota ponderada (vd. Procedimento).

<Tabela 3>

Como pode ser observado na Tabela 3, existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da AI para a 3ª e 4ª idades, a habilitação literária, a institucionalização e a religiosidade: os idosos da 3ª idade, com um nível de escolaridade mais elevado, não institucionalizados e os idosos praticantes de uma religião apresentaram níveis de AI mais elevados.

Quanto à APM (Tabela 3) existem diferenças estatisticamente significativas para as variáveis habilitação literária, institucionalização e religiosidade: os idosos menos escolarizados, institucionalizados e não praticantes de uma religião revelaram-se mais ansiosos perante o Processo de Morrer. Também a diferença entre homens e mulheres é marginalmente significativa, sendo a média das mulheres mais elevada do que a dos homens.

Discussão

A adaptação da *RDAS* para adultos idosos portugueses, quando hetero-administrada, resultou num modelo de dois factores inversamente correlacionados (12 itens). Seguindo a terminologia de Foster (2000), este modelo revelou uma boa “precisão preditiva interpolativa” e uma aceitável “precisão preditiva extrapolativa” para amostras independentes e da mesma

dimensão da deste trabalho. Este estudo conduziu a uma reinterpretação da prova, estabelecendo um elo entre as teorias do desenvolvimento e o contexto teórico da *TMT*. Note-se que uma estrutura de dois factores, para descrever a AFM nos adultos idosos, baseada na *TMT* já tinha sido verificada por Cicirelli (2002, 2003)

A solução encontrada apresentou semelhanças e diferenças com o modelo de alta ansiedade (Thorson & Powell, 1992). Por um lado, a maioria dos 12 itens integravam dois dos factores desse modelo: Inexistência e Dor. Este último foi renomeado, APM, face ao conteúdo semântico dos itens que agora a compõem e de acordo com a denominação de Cicirelli (2003). Por outro lado, as dimensões Transcendência-Decomposição e Controlo-Dor-Transcendência propostas pelos autores da *RDAS* não encontraram expressão no presente modelo. Contudo, os itens 9, 18 e 25 pertencentes à primeira integraram o factor AI, e o item 1 da segunda integrou o factor APM.

A diferença de resultados entre os dois modelos remete para as características diferenciais dos dois estudos, o de alta ansiedade de Thorson e Powell (1992) e o do presente trabalho, desde logo, a composição das amostras, amostra mista ($N = 141$; $M = 36$ anos) e amostra de adultos idosos ($N = 451$; $M = 77$ anos), o método de administração (auto *versus* hetero) e a análise estatística (AFE *versus* AFC).

Em termos substantivos a versão da *RDAS* aqui apresentada revelou uma boa validade discriminante entre os factores e uma boa validade convergente e consistência interna dos factores. Entretanto, a correlação entre os factores AI e APM do modelo seleccionado no presente estudo é negativa, o que significa que quanto maior for a ansiedade em relação ao Processo de Morrer nos adultos idosos, menor será a ansiedade no que diz respeito à Inexistência e vice-versa.

Uma possível explicação para este fenómeno advém da própria análise de conteúdo dos itens que constituem as duas dimensões. Assim, faz sentido pensar que os indivíduos ao concentrarem a sua ansiedade no acto específico de morrer, como representado no item 1 “Receio vir a ter uma morte dolorosa”, o item que melhor representa o factor APM, tenderão a afastar a terrível angústia da aniquilação, como expresso no item 14 do factor AI “Preocupa-me que, depois de morrer, nunca mais vou sentir nada” (o item que melhor representa AI), ou contrariamente, os indivíduos que temem sobretudo estes aspectos da morte, desvalorizarão o sofrimento que preside ao processo de morrer.

Quanto à análise do teste de diferenciação entre grupos teoricamente conhecidos ele incrementou a validade do constructo da *RDAS* (M2a), demonstrando que a prova tinha capacidade para distinguir grupos conhecidos. Salienta-se que uma prova adequada para a comparação entre grupos era um dos objectivos dos seus autores. Confirmaram-se muitos dos resultados esperados em relação às diferentes variáveis analisadas, mas alguns foram discrepantes com os que se encontram consubstanciados na literatura. Para estes casos avançaram-se possíveis interpretações para o ocorrido.

Confirma-se uma vulnerabilidade, por parte dos idosos da 3ª idade, face à AI, mas não em relação à APM, em que não existem diferenças entre os dois grupos, 3ª e 4ª idades. A estabilização da APM nos dois grupos de idosos, 3ª e 4ª idades é inverso ao resultado do estudo (Cicirelli, 2003).

Quando comparados os dois estudos, o de Cicirelli (2003) e o presente, salientam-se algumas características diferenciais entre os mesmos que podem estar na origem de diferentes resultados, como a composição das respectivas amostras: amostra americana de pequena dimensão constituída apenas por indivíduos a residirem na comunidade; e, a amostra portuguesa de média dimensão, com cerca de 25,9% de adultos idosos institucionalizados. Entretanto como a diferença de resultados apenas diz respeito ao factor APM é provável que a explicação para este facto se encontre aliada à forma como este factor foi operacionalizado nos dois estudos. Cicirelli (2003) utilizou a *MFODS* (Hoelter, 1979; Neimeyer & Moore, 1994) para avaliar a AFM, enquanto que neste estudo foi utilizada a *RDAS* (Thorson & Powell, 1992). O exame das duas provas revela que o factor Ansiedade perante o Processo de Morrer na *MFODS* é representado por seis itens enquanto que em M2a, apenas 4 itens integram essa mesma dimensão. Neste último questionário, quatro dos itens têm um conteúdo semelhante ao conteúdo dos itens da *MFODS*, embora dois deles se apresentem negativamente fraseados o que poderá ter reduzido a sua repercussão, já que dificulta a compreensão do adulto idoso (vd. procedimento). Quanto ao conteúdo dos restantes três itens da *MFODS*, ele exprime o medo do processo de morrer relacionado com a morte violenta, ampliando o impacto deste factor na *MFODS*. Poderá então dar-se o caso de que, no referido estudo, a dimensão Ansiedade do Processo de Morrer ligada à concepção da morte violenta e com um maior número de itens a representá-la, aumentasse o impacto da mesma, nos idosos tendencialmente com maior AFM, os da 3ª idade.

A menor AI por parte dos adultos idosos na 4ª idade pode ser lida como um indicador indirecto de aceitação da morte, mas não total, já que este resultado não se verificou em relação à APM.

Neste trabalho não foi incluído nenhum instrumento de avaliação de aceitação da morte. Seria interessante uma operacionalização mais rigorosa da aceitação da morte nos estudos sobre o adulto idoso pois ela não só se encontra relacionada com a AFM como poderá estar associada com uma maior longevidade (Cicirelli, 2001). O seu estudo pode ainda contribuir para reforçar a teoria de ciclo-de-vida, a *TMT*, bem como o modelo transição equacionado por Cicirelli (2003).

No que diz respeito ao género confirma-se a tendência das mulheres a revelarem maior ansiedade perante a APM do que os homens (valores marginalmente significativos), bem como se atesta a não existência de associação de género em relação à AI. O resultado de que as mulheres apresentam níveis superiores de ansiedade em relação à APM encontra-se demonstrado (e.g., Cicirelli, 2001, Thorson & Powell, 1992). Contudo, no que se refere à AI é curioso notar que no estudo de Cicirelli (2001) quando é feita a comparação de género na amostra total, jovens adultos e adultos idosos ($N = 146$) verificou-se que as mulheres são menos ansiosas do que os homens efeito esse que não se apurou na amostra só de adultos idosos ($N = 68$).

No presente estudo corroborou-se que uma habilitação literária de nível inferior (analfabetos e 4ª classe) era preditora de uma maior APM. Mas, ao contrário do esperado os adultos idosos mais escolarizados (4ª classe em diante) expressaram níveis de AI mais elevados do que aqueles com uma baixa escolaridade.

Este diferente resultado poderá ter origem nas diferenças entre as amostras dos dois estudos. Um dos possíveis factores a ponderar é a discrepância existente na própria variável demográfica habilitação literária dos estudos, a amostra de Cicirelli (2002) era mais homogénea, apenas incluía adultos idosos com o secundário ou para além deste, outras qualificações, ao passo que na amostra do presente estudo existia maior variabilidade a este nível, somente 18,6% tinha uma habilitação equivalente aos sujeitos da amostra do referido estudo, 75,6% tinham a 4ª classe ou eram analfabetos e 5,8% eram licenciados. Outro factor que não pode ser ignorado é a presença de 25,9% de adultos idosos institucionalizados, como a seguir é explicado, contrapondo com a amostra de estudo de Cicirelli (2002), na qual todos

os indivíduos residiam na comunidade. Assim faz sentido associar um nível superior de instrução a uma maior capacidade de reflexão sobre os factos, como a morte, que está para além do facto em si, expressos nos itens do factor AI, de que se dá como exemplo, o item 14 “Preocupa-me que, depois de morrer, nunca mais vou sentir nada” ou o item 1 “A ideia de nunca mais pensar depois de morrer assusta-me”.

Por sua vez, a variável institucionalização foi preditora de níveis mais elevados de APM nos adultos idosos do presente estudo, mas não da AI. Os adultos idosos não institucionalizados revelaram níveis mais elevados de AI.

A hipótese de que os indivíduos institucionalizados difiram dos não institucionalizados parece expectável, uma vez que o recurso ao internamento no nosso País é indício, muitas vezes, de debilidade física e psíquica, de ausência de suporte familiar e pobreza, sendo por isso factores a ter em conta neste estudo (Simões & Neto, 1994). Poder-se-ia conjecturar que estes idosos, reduzidos a níveis mais básicos de sobrevivência, poderão circunscrever a sua AFM ao Processo de Morrer. Ao contrário, é de supor que o adulto idoso, não institucionalizado, mantenha alguns desses recursos, tendo mais aspectos a perder com a morte. Esses aspectos encontram-se verbalizados nos itens do factor AI, como o item 6 “Detesto pensar que depois de morrer vou perder o controlo sobre as minhas coisas”, ou o item 12 “Odeio a ideia que serei abandonado(a) depois de morrer”. Outro aspecto a considerar no enquadramento da *TMT* é o de que o próprio ambiente dos lares, onde predominam adultos idosos mais velhos e mais fragilizados, actue como um lembrete da evidência da mortalidade pessoal, desencadeando AFM (vd. Anexo exposição teórica).

Por fim, no que diz respeito à religiosidade, assumindo o pressuposto deste estudo de que a prática religiosa é indicadora de maior crença e fé religiosa, comprovou-se que os adultos idosos praticantes revelavam menor APM, mas, contrariamente ao esperado, eles eram mais ansiosos face à AI do que os não praticantes.

Um aspecto a ter em conta é o das características da religião católica (amostra do presente trabalho) *versus* a religião protestante (e.g., amostra estudo de Cicirelli (2002)). A primeira acentua a importância da vida para além da morte, como recompensadora ou punitiva da vida diária, enquanto que, a segunda realça a importância da própria vida quotidiana como fonte de salvação, já que o que está para além da morte se encontra predestinado. Acresce ainda que a mensagem da religião católica, tal como foi assimilada

pelos adultos idosos, herdeiros culturais do Estado Novo, reproduzia a ideologia dominante, veiculando, sobretudo, ideais de obediência, conformismo e sacrifício, o que amplificava as noções católicas de pecado, culpa e punição. Assim sendo, é possível que os adultos idosos praticantes do presente estudo, perspectivem o que está para além da morte (factor AI) com níveis elevados de ansiedade pois essa passagem implica, antes de tudo, um momento de avaliação, o “juízo final”.

Aqui fica a sugestão para posteriores trabalhos da utilização do questionário da Força da Fé Religiosa de Santa Clara - Forma Reduzida (*SCSFQ-SF*; Plante, Vallaeys, Sherman, & Wallston, 2002; Amado & Diniz, 2008). Este questionário unidimensional, reúne itens que englobam as duas componentes, espirituais e comportamentais da fé religiosa e já se encontra validado à população idosa portuguesa.

A todas as possíveis interpretações que dizem respeito às diferentes variáveis convém acrescentar que as características individuais e personológicas dos adultos idosos inquiridos, neste trabalho, e que não foram avaliadas, podem relacionar-se com estes resultados.

As limitações do presente estudo de adaptação da versão portuguesa da *RDAS* para adultos idosos dizem respeito, sobretudo, aos problemas de representatividade da amostra: método de amostragem não aleatório; amostra de média dimensão; somente de proveniência urbana e com mais participantes do género feminino; e, mais escolarizada do que a população. Os resultados obtidos neste trabalho devem pois, ser tidos como preliminares. Dever-se-á continuar o processo de validação da *RDAS* com estudos de validade cruzada. Note-se que dadas as alterações ocorridas no modelo original de alta ansiedade da *RDAS* (Thorson & Powell, 1992) e o facto dessas alterações poderem ser devidas ao acaso (MacCallum et al., 1992), será desejável replicar tanto o estudo de validade factorial quanto o estudo de diferenciação entre grupos noutras amostras de adultos idosos portugueses. Só assim teremos garantias que são plausíveis os resultados agora encontrados e a discussão que eles suscitaram.

O teste do modelo com outras amostras também esclarecerá se no factor AI, o item 9 continua a ser o que pior o representa. O facto do seu conteúdo se relacionar com a Transcendência e revelar uma certa dissonância face ao conteúdo dos outros itens que compõem o factor AI, poderá suscitar a manutenção desse resultado e levar à sua exclusão.

A este propósito é oportuno referir que no estudo de revisão da *RDAS* de 1984, outros itens 2, 13, 16 e 24 com conteúdo semelhante ao item 9 foram eliminados por serem estranhos ao resto da escala e que em consequência da sua exclusão a consistência interna da prova melhorava significativamente. Entretanto, no referido estudo, este item encontrava-se integrado no factor Incerteza e Controlo Pessoal, apresentando a mesma dissonância com os restantes itens deste factor, que por sua vez, como já foi mencionado, é um indicador do factor Inexistência.

Por último, também o método de hetero-administração da prova pode ter provocado um efeito da desejabilidade social. Contudo, esta limitação dificilmente é ultrapassável quando se quer atender às especificidades dos adultos idosos portugueses (e.g., nível de instrução).

Referências

- Amado, N. & Diniz, A. M. (2008). Estrutura factorial e poder discriminativo do Questionário da Força da Fé Religiosa de Santa Clara (versão reduzida) numa amostra de adultos idosos.[CD-ROM] In A. P. Noronha, C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, & S. Martins, & V. Ramalho (Coords.), *Actas da XIII Conferência Internacional Avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Atkinson, R., & Flint, J. (2001). Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball research strategies. *Social Research Update*, 33. Retrieved November 2005 from www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU33.html
- Baltes, P. B. (2003). Extending longevity. Dignity gain - or dignity drain? *Max Planck Research*, 3, 15-19.
- Baltes, P. B., & Brim, O. G. (Eds.) (1980). *Life span development and behaviour*. New York: Academic Press.
- 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.
- Cicirelli, V. G. (2001). Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death Studies*, 25, 663-683.
- Cicirelli, V. G. (2002). Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. *Journal of Gerontology*, 57 (4), 358-366.
- Cicirelli, V. G. (2003). Older adult's fear and acceptance of death: A transition model. *Ageing International*, 28 (1), 66-81.
- Coleman, P. G. & O'Hanlon, A (2004). *Ageing and Development*. Arnold: New York.
- Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (4), 775-785.
- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1 (1), 16-29.

- De Oliveira, J. H. B. (2002). Ansiedade face à morte: uma abordagem diferencial. *Psychologica*, 31, 161-176.
- Dicionário de língua portuguesa (1998). Dicionário Editora (8ª edição.) Porto Editora: Porto.
- Erikson, H. E., & Erikson, J.M (1997). *The life cycle completed: Extended version*. (rev. ed.) New York: Norton.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18 (1), 39-50.
- Forster, M. R. (2002). Predictive accuracy as an achievable goal of science. *Philosophy of Science*, 69, 124-134.
- Fortner, B., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23, 387-411. New York: Taylor & Francis.
- Fortner, B. V., Neimeyer, R. A., & Rybarczyk, B. (2000). Correlates of death anxiety in older adults: A comprehensive review. In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult* (pp. 95-108). Philadelphia PA: Brunner Routledge.
- Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical and conceptual refinement. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental Social Psychology* (Vol. 6, pp. 61-139). San Diego: Academic Press.
- Hoelter, J. W. (1979). Multidimensional treatment of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 996-999.
- Hoge, D. R. (1972). A validated intrinsic religious motivation scale. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 11, 369-391.
- Hu, L.-T., & Bentler, P.M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparametrized model misspecification. *Psychological Methods*, 3 (4), 424-453.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999) Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6 (1), 1-55.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 187-207.

Instituto Nacional de Estatística (s.d.). Indicadores urbanos do Continente: Tipologia das áreas urbanas. Consultado em 17 de Maio de 2006 através de:

<http://www.ine.pt/prodserv/quadros/quadro.asp>

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. (1996). *LISREL8: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software.

Jöreskog, K. G., & Sorbom, D. (2002). *LISREL8.53*. 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.

MacCallum, R. C., Roznowski, M., & Necowitz, L. B. (1992). Model modification in covariance structure analysis: The problem of capitalization on chance. *Psychological Bulletin*, 111 (3), 490-504.

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.

Neimeyer, R. A., & Moore, M. K. (1994). Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 103-119), Washington, DC: Taylor & Francis.

Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. D. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309-340. New York: Taylor & Francis.

- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory*. (3rd. ed.). New York: McGraw-Hill.
- Plante, T., Vallaey, C. L., Sherman, A. C., & Wallston, K. A. (2002). The development of a brief version of Santa Clara strength of religious faith questionnaire. *Pastoral Psychology*, 50, 5, 359-368.
- Ribeiro, M. S. C. (2005). *Os idosos e a ansiedade face à morte: Influência de variáveis sócio-demográficas* (Monografia de Licenciatura em Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, M. C., Diniz, A. M., & Costa, J. C. (2006). Validação cruzada da estrutura factorial do Death Anxiety Questionnaire (DAQ) para idosos. In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. 11, pp. 99-108). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Santos, S., Diniz, A. M., & Costa, J. C. (2004). Validação do Death Anxiety Questionnaire (DAQ): Estudo com uma amostra de idosos. In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. 10, pp. 87-92). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye, & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variable analysis* (pp. 399-419). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Serra, A.C. (2007). *O efeito da interacção entre a idade (3ª e 4ª idades), o género e a religiosidade sobre a ansiedade face à morte* (Monografia de Licenciatura em Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Simões, A., & Neto, F. (1994). Ansiedade face à morte. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 28 (1), 79-96.
- Singer, T., Ghisletta, P., Lindenberger, U., Baltes, P. B., & Verhaeghen, P. (2003). The fate of cognition in very old age: Six-year longitudinal findings in the berlin aging study (BASE). *Psychology and Aging*, 18 (2), 318-331.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25 (2), 173-180.

- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1984, November). *Revision and factor analysis of death anxiety scale*. Paper presented at the 37th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, San Antonio.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1992). A revised death anxiety scale. *Death Studies, 16*, 507-521.
- 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.
- Tomas-Sábado, J., & Gomez-Benito, J. (2005). Construction and Validation of Death Anxiety Inventory (DAI). *European Journal of Psychological Assessment, 2*(2), 108-114.
- Tomer, A., & Eliason, G. (2000). 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., & Smith, J. (2000). The structure of the revised death scale in young and old adults. In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult* (pp. 109-122). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Ullman, J. B. (2000). Structural equation modeling. In B. G. Tabachnick, & L. S. Fidell, *Using multivariate statistics* (4th ed., pp. 653-771). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Van de Vijver, F., & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist, 1* (2), 89-99. Retrived March 2004 from EBSCOHost Academic Search Elite data base.

Tabela1. Índices de ajustamento dos modelos testados

Modelo Factores (nº de itens)	$SB\chi^2/igl$ (ratio)	CFI	SRMR	RMSEA IC 90%	ECVI IC 90%	ECVI Msat.
M1 3 (18)	340.39/132 (2.57)	.96	.07	.059 .052 ; .067	.93 .82 ; 1.09	.76
M1a 2 (12)	123.29/53 (2.33)	.96	.065	.054 .042 ; .067	.39 .32 ; .47	.35
M2 3 (19)	557.17/149 (3.74)	.94	.088	.078 .071 ; .085	1.42 1.27 ; 1.59	.84
M2a 2 (12)	109.63/53 (2.06)	.97	.058	.049 .036 ; .062	.35 .30 ; .43	.35
M3 1 (25)	1606.19/275 (5.84)	.89	.10	.10 .099 ; .11	3.79 3.52 ; 4.08	1.44
M3a 1 (12)	114.88/54 (2.12)	.98	.04	.050 .037 ; .063	.36 .30 ; .44	.35

Nota. M1 = Thorson & Powel (1984); M2 = alta ansiedade, Thorson & Powel (1992); IC = intervalo de confiança; Msat. = modelo saturado.

Tabela 2. Modelos, índices de ajustamento, factores, itens, cargas factoriais, coeficientes de determinação e regressões das cargas factoriais

Modelos	$SB\chi^2/gl$ (ratio)	CFI	SRMR	RMSEA (IC 90%)	ECVI (IC 90%)	ECVI Msat.
M2a sem <i>bootstrap</i>	109.63/53 (2.06)	.97	.058	.049 (.036; .062)	.35 (.30; .43)	.35
M2a com <i>bootstrap</i>	62.92/53 (1.19)	.97	.058	.026 (.0; .048)	.41 (.37; .50)	.57

Factores	Items	Modelos					
		M2a sem <i>bootstrap</i>			M2a com <i>bootstrap</i>		
		CF	R^2	Regressão CF	CF	R^2	Regressão CF
AI	3	.73	.54	.12	.74	.55	.12
	6	.73	.53	.11	.73	.53	.11
	7	.81	.66	.17	.82	.67	.18
	9	.69	.48	.10	.69	.48	.10
	12	.73	.54	.12	.73	.53	.11
	14	.82	.68	.19	.82	.68	.19
	18	.82	.67	.18	.82	.67	.18
	25	.80	.65	.17	.80	.64	.16
APM	1	.86	.73	.39	.85	.72	.38
	10	.74	.55	.20	.74	.55	.21
	15	.81	.65	.28	.81	.66	.30
	23	.70	.49	.17	.68	.47	.16

Nota. M2a = Modelo dois factores com 12 itens; AI = Ansiedade da Inexistência; APM = Ansiedade do Processo de Morrer; CF = carga factorial estandardizada; R^2 = coeficiente de determinação.

Tabela 3. AI e APM; Teste de comparação entre grupos

Factores	Grupo		M (DP) ^a	Comparações
AI	Idade ^{bc}	3ª Idade (n = 374)	.19 (.17)	$t_{(124.91)} = 2.46^*$
		4ª Idade (n = 77)	.14 (.14)	
	Gênero ^c	Masculino (n = 145)	.19 (.18)	$t_{(249.979)} = .76$
		Feminino (n = 306)	.18 (.16)	
	Hab.Lit ^c	Analf/4ª classe (n = 341)	.16 (.16)	$t_{(168.61)} = -.56^{***}$
		Mais que 4ª classe (n = 110)	.23 (.18)	
	Inst ^c	Sim (n = 117)	.11 (.12)	$t_{(300.78)} = -.96^{***}$
		Não (n = 334)	.21 (.17)	
	Religião ^c	Não praticante (n = 218)	.15 (.15)	$t_{(402.46)} = -3.81^{***}$
		Praticante (n = 201)	.21 (.17)	
APM	Idade ^b	3ª Idade (n = 374)	.69 (.34)	$t_{(449)} = 1.33$
		4ª Idade (n = 77)	.64 (.34)	
	Gênero ^c	Masculino (n = 145)	.64 (.36)	$t_{(259.30)} = -1.86$
		Feminino (n = 306)	.70 (.32)	
	Hab.Lit.	Analf/4ª classe (n = 341)	.71 (.33)	$t_{(449)} = 3.51^{***}$
		Mais que 4ª classe (n = 110)	.56 (.34)	
	Inst. ^c	Sim (n = 117)	.77 (.29)	$t_{(243.98)} = 3.83^{***}$
		Não (n = 334)	.65 (.35)	
	Religião ^c	Não praticante (n = 218)	.75 (.31)	$t_{(402.06)} = 4.30^{***}$
		Praticante (n = 201)	.61 (.35)	

Nota. AI = Ansiedade da Inexistência; APM = Ansiedade do Processo de Morrer; ^a As notas da AI e da APM foram calculadas através da multiplicação das notas brutas dos itens pelas regressões das suas cargas factoriais (vd. Tabela 2); ^b 3ª Idade (65-84 anos) e 4ª Idade (85 anos ou mais); ^c Homogeneidade de variâncias não assumida; Hab.Lit. = habilitação literária; Anaf. = analfabetos; Inst. = institucionalização. * $p < .05$. *** $p < .001$.

Anexo 1

Revisão da Literatura

Terror Management Theory (TMT)

A *Terror Management Theory (TMT)* (Greenberg, Solomon, & Pyszczynski, 1997; Solomon, Greenberg, & Pyszczynski, 1991), inspirada no trabalho de Becker, tem como objectivo explicar a Ansiedade face à Morte (AFM) no ser humano. Os autores da *TMT* consideraram a AFM como inerente à condição humana, simultaneamente, animal e racional. Neste contexto teórico, esta dualidade traduz-se num conflito primordial entre duas forças contrárias, por um lado, o instinto de sobrevivência impele o ser humano para a existência contínua, enquanto por outro, a sua capacidade auto-reflexiva o confronta com a inevitabilidade da morte. Pyszczynski, Greenberg, Solomon, Arndt e Schimel (2004) referem que esta teoria assenta numa concepção evolucionista da humanidade. De acordo com os autores, a emergência das capacidades cognitivas, únicas do ser humano, que propiciaram a vivência deste conflito, teriam evoluído no sentido de desenvolver mecanismos adaptativos capazes da sua resolução, ou seja, controlar a AFM. Sem estes mecanismos de defesa psicológicos, este conflito, a nível consciente, desencadearia um estado de terror (AFM) que não só interferiria como impediria o funcionamento diário. No âmbito da *TMT*, a AFM é sobretudo a ansiedade da Inexistência, que engloba a extinção da mente, espírito e alma, bem como a destruição do corpo (Cicirelli, 2002).

Segundo Pyszczynski, Solomon e Greenberg (1999) existem dois mecanismos adaptativos privilegiados para o indivíduo superar a ansiedade da Inexistência: a crença no sistema cultural e a auto-estima. O primeiro implica a adesão a um sistema cultural dotado de normas e valores, que pautam a existência do indivíduo, conferindo-lhe racionalidade, previsibilidade e controlo e sem o qual o mundo seria percebido como aleatório e caótico. O segundo surge do cumprimento das normas culturais, da realização na cultura e do reconhecimento por parte dos outros membros enquadrados no mesmo sistema cultural. Assim, a auto-estima é uma construção cultural de natureza defensiva cuja função visa a protecção da ansiedade da Inexistência (Pyszczynski et al., 2004). Por outras palavras, conforme McCoy, Pyszczynski, Solomon e Greenberg (2000) é o valor do *self* (auto-estima) que defende o ser humano da AFM e é a sua perda que torna a morte tão monstruosa (ansiedade da Inexistência). Desta forma, Cicirelli (2002) considera que todo o comportamento humano tem como principal motivação a consolidação da auto-estima e o

reforço da fé no sistema cultural, dados os seus papéis centrais na vida dos sujeitos, quer como garantes de significado e de valor, quer como protectores da ansiedade da Inexistência, através dos seus mecanismos culturais próprios de transcender a morte: a imortalidade literal e a imortalidade simbólica. É possível alcançar a imortalidade literal na crença da vida do *self* não corpóreo para além da morte, através, por exemplo, de sistemas religiosos, bem como é exequível atingir a imortalidade simbólica na crença de que se transcende a morte através de um legado às gerações vindouras (Cicirelli, 2003).

Outro aspecto da *TMT*, foi o de explicar quais os mecanismos psicológicos subjacentes à eliminação dos pensamentos de morte conscientes e inconscientes. Pyszczynski et al. (1999) propuseram um modelo de defesas dual capaz de operar a níveis distintos de abstracção: as defesas proximais que eliminam da consciência os pensamentos de morte através da negação ou distorção cognitiva; e, as defesas distais que actuam sobre o implícito conhecimento da inevitabilidade da morte através do reforço da auto-estima e empenhamento nos compromissos ideológicos e religiosos de um determinado sistema cultural. O sistema de defesas, preconizado pela *TMT*, contra a ansiedade da Inexistência é um sistema de valores hierarquicamente ordenado, tendo na base o instinto da sobrevivência e sobre o qual se desenvolveriam motivações psicológicas cada vez mais complexas, que lidam com a sublimar certeza da morte (Pyszczynski et al., 1999)

Para Pyszczynski et al. (1999) a investigação empírica da *TMT* tem como principal objectivo o teste de duas hipóteses teóricas e seus corolários. A primeira hipótese, nomeada controlo de ansiedade (*anxiety buffer*) propõe que na medida em que a auto-estima promove o controlo e protecção dos sujeitos contra a ansiedade da Inexistência, uma forte auto-estima, reduzirá a propensão desses mesmos indivíduos para experimentar esta ansiedade e vice-versa. Consistentes com esta hipótese, os resultados desta investigação evidenciaram uma covariância inversa entre a auto-estima e a ansiedade da Inexistência, assim como, a existência de respostas ansiosas perante ameaças à auto-estima. Assim, ficou demonstrado que o aumento da auto-estima se traduzia numa menor ansiedade da Inexistência auto-relatada, como resposta à observação de filmes de vídeo sobre a morte ou perante a antecipação de uma ameaça de sofrimento físico (Greenberg et al., in Pyszczynski et al., 2004). Também ficou comprovado que uma elevada auto-estima conduzia a uma redução de distorções cognitivas afectas ao mecanismo de defesa da negação, perante a circunstância de

vulnerabilidade a uma morte prematura (Greenberg et al., in Pyszczynski et al., 2004). A segunda hipótese, denominada evidência da mortalidade pessoal (*mortality salience*) sugere que na medida em que a crença no sistema cultural e a auto-estima controlam a ansiedade da Inexistência, os lembretes da morte reforçarão a necessidade desses mecanismos, ou seja, se a adesão a um determinado sistema cultural tem a função de proteger os sujeitos da ansiedade da Inexistência, então quando um indivíduo é confrontado com a sua mortalidade fortalecerá o seu empenhamento nesse sistema cultural (Pyszczynski et al., 1999). Nesta investigação, os lembretes de morte foram operacionalizados através de questões abertas sobre a morte, escalas de ansiedade de morte, visualização de vídeos com acidentes fatais, etc. A título de exemplo, Pyszczynski et al. (1999) expõem estudos em que esta hipótese é verificada, como num estudo de Florian e Mikulincer em que a evidência da mortalidade pessoal provocava um endurecimento na avaliação de transgressores morais de uma determinada cultura e uma avaliação muito mais favorável para os defensores dessa moral. Noutro estudo de Greenberg et al. (in Pyszczynski et al., 2004), a evidência da mortalidade pessoal acarretou uma muito mais favorável apreciação daqueles que enalteciam uma cultura, bem como a depreciação daqueles que a criticavam. Embora estes estudos tenham sido realizados em contexto laboratorial, Neimeyer, Wittkowski e Moser (2004) defendem a aplicabilidade da *TMT* na vida real, salientando a sua importância contemporânea na compreensão dos fenómenos consequentes à ameaça de morte provocada pelo ataque terrorista de 11 de Setembro de 2001. Este trágico acontecimento despoletou nos americanos, por um lado, uma onda de patriotismo e fervor religioso e, por outro, a discriminação e condenação de pessoas inocentes mas pertencentes a outras culturas.

Como todas as formulações teóricas, a *TMT* tem sido alvo de críticas. Basset e Dabbs (2003) mencionam autores que criticaram a *TMT*, argumentando que a AFM não é universal, não sendo, portanto, o seu evitamento a principal motivação de todo o comportamento humano. Tendo por base relatos históricos e sociológicos, os autores referem, respectivamente, o martírio dos primeiros cristãos que enfrentaram a morte com uma coragem e determinação isenta de medo ou ansiedade de morte (Kaufmann, in Basset & Dabbs, 2003), ou a descrição de culturas em que a morte se reveste de dignidade, como a dos antepassados guerreiros dinamarqueses, que preferiam a morte à desonra (Durkheim, in Basset & Dabbs, 2003). Também, Learly (2004) concorda com o mérito da *TMT*, no destaque da influência da

morte no pensamento, emoção e comportamento humano individual e colectivo e com a preocupação, desta teoria, em testar empiricamente esta influência, mas critica um dos aspectos basilares da mesma, fundamentando-se na Teoria Sociométrica. O autor contesta que a função principal da auto-estima seja a protecção da AFM, despoletada pela consciência da inevitabilidade da morte nos indivíduos. De acordo com Learly (2004), a concepção da *TMT* de que a auto-estima é uma construção cognitiva humana adaptativa e evolutiva assenta em três pressupostos questionáveis e não testáveis: o primeiro é o de que a consciencialização da morte no ser humano paralisaria o comportamento. O autor argumenta que, pelo contrário, esta consciência pode motivar a acção, como é o caso de indivíduos que confrontados com a morte alteram o seu percurso de vida; o segundo é que a auto-estima enquanto mecanismo evolutivo não poderia actuar no sentido de neutralizar a AFM, pois esta diminuição, em estádios evolutivos iniciais, reduziria, em última análise, as hipóteses de sobrevivência da espécie; e, o terceiro é o de que se a auto-estima implica a aquiescência a um sistema cultural para se consolidar, logo as pressões evolutivas implicadas na sua construção teriam ocorrido depois da emergência da cultura humana. Esta constatação deixa por explicar quais foram as pressões evolutivas que se exerceram sobre o ser inicialmente biológico, impulsionado pelo instinto de sobrevivência, sem consciência da morte, para a emergência deste mecanismo adaptativo até à emergência do ser racional e cultural consciente da sua mortalidade.

Learly (2004) apresenta um estudo que não atesta a influência da auto-estima na supressão da AFM ou ansiedade da Inexistência. Nesta investigação pretendia-se comprovar que as pessoas com uma auto-estima elevada demonstravam menor ansiedade perante a evidência da mortalidade pessoal do que aqueles com baixa auto-estima. Foi feita a avaliação da auto-estima traço dos participantes, tendo a amostra sido divididos em três grupos. Os primeiro e segundo grupos eram convidados a desenvolver, respectivamente, um pequeno texto sobre a morte pessoal e sobre a rejeição por parte de pessoas significativas. O terceiro, o grupo de controlo, respondia a um texto neutro. Ao contrário do esperado, apenas se verificou uma associação significativa entre a auto-estima e a ansiedade dos participantes que escreveram sobre a rejeição (Learly, 2004).

Um campo de aplicação da *TMT* particularmente profícuo tem sido aquele que contempla o adulto idoso, já que nesta etapa da vida o tema da morte e do morrer adquire uma importância central. Estes estudos não só melhoram a compreensão desta fase da vida como

têm uma função educativa significativa, ao dar a conhecer estratégias adaptativas eficazes no combate da AFM, que tantas vezes acompanha o final da vida. Segue-se a apresentação de três estudos com algumas *nuances* entre eles.

McCoy e colaboradores (2000) encaram a *TMT* como uma abordagem promissora na explicação da grande heterogeneidade existente na forma como os adultos idosos vivenciam o fim da vida. Prova disso são os resultados contraditórios dos estudos, enquanto nuns existe a evidência de um aumento de bem-estar psicológico no adulto idoso, outros apontam para uma grande incidência de depressão, ansiedade e desespero, neste período da vida. Para estes investigadores da *TMT*, McCoy et al. (2000), a questão fundamental subjacente ao sucesso ou insucesso desta etapa do desenvolvimento, coloca-se na qualidade da resposta adaptativa dos adultos idosos à proximidade da morte e à consciência da sua inevitabilidade. Assim, McCoy et al. (2000) propõem um modelo psicológico adaptativo capaz de elucidar tanto um envelhecimento bem sucedido como um envelhecimento mal sucedido.

Segundo McCoy et al. (2000), o reportório dos processos *TMT* de controlo da ansiedade da Inexistência vão-se diferenciando ao longo do ciclo-de-vida, em consequência da própria evolução das capacidades cognitivas e do aumento da proximidade da morte nos indivíduos. Embora sejam necessários mais estudos para provar este facto, McCoy et al. (2000) apresentam um trabalho realizado com adultos e adultos idosos, cujos resultados empíricos apontam para a influência da idade no controlo da AFM. A investigação englobava um leque de indivíduos entre os 57 e os 87 anos que foram convidados a fazer uma estimativa sobre a sua expectativa de tempo de vida, depois da aplicação de um estímulo, que recordava a evidência da mortalidade pessoal. Esta amostra preenchia ainda uma escala de neuroticismo (devido à conhecida reacção especialmente defensiva dos neuróticos perante a morte) e foi dividida em dois grupos, um grupo de adultos e adultos idosos mais jovens (57-72 anos) e o outro grupo de adultos idosos mais velhos (73-87anos). A divisão da amostra baseava-se na concepção de estádios desenvolvimentais de Erikson. Os investigadores pretendiam demonstrar, por um lado, que os dois grupos de adultos idosos manifestariam respostas diferenciadas de controlo de AFM e por outro, que os indivíduos com níveis elevados de neuroticismo, logo com menor controlo de AFM, tenderiam a projectar a sua morte num futuro longínquo. Esta última hipótese confirmou-se no que diz respeito ao grupo dos mais novos, no qual os indivíduos com níveis superiores de neuroticismo exageravam a sua

expectativa de tempo de vida, enquanto aqueles com baixos níveis apresentavam uma expectativa diminuta de tempo de vida. Mas, no grupo dos mais velhos, os participantes revelaram expectativas subjectivas realistas de tempo de vida, independentemente dos seus níveis de neuroticismo. Os resultados sugerem que, enquanto os adultos idosos mais jovens e neuróticos necessitam de projectar as suas mortes num futuro distante, os adultos idosos não neuróticos deste grupo e os adultos idosos mais velhos parecem conseguir lidar com a proximidade da morte, aceitando-a.

Numa tentativa de contextualizar a problemática do idoso no aqui e agora, McCoy et al. (2000) fazem uma análise breve sobre a evolução sócio-cultural do mundo Ocidental, nas últimas décadas, assinalando o ritmo acelerado do progresso científico e tecnológico e consequente emergência de novos padrões e valores culturais, com os quais dificilmente os mais velhos se conseguem identificar ou encontrar meios de consolidar a auto-estima. Nestas circunstâncias, ambas as fontes de controlo da ansiedade da Inexistência, a fé no sistema cultural e a auto-estima, encontram-se comprometidas. No entanto, os estudos demonstram a diminuição da ansiedade face à morte no adulto idoso (e.g., Ramussen & Brems, in McCoy et al., 2000), o que evidencia que os adultos idosos criaram estratégias alternativas para controlar a AFM.

McCoy et al. (2000) propõem que o decréscimo da eficácia dos mecanismos de controlo da Ansiedade da Inexistência, associada a um acréscimo da consciencialização da morte inerente ao envelhecimento, determinam uma reestruturação do *self* com funções adaptativas que permitem ao adulto idoso a aceitação da morte, no final da vida. Segundo McCoy et al. (2000) existem outros factores, como a gradual deterioração física e a libertação do *self* da sua dependência do juízo social, que contribuem para este processo.

McCoy et al. (2000) consideram que o envelhecimento bem sucedido pressupõe esta reestruturação do *self* que consiste num processo individual, diferente de indivíduo para indivíduo, não obstante implicar sempre um gradual desprendimento pela vida que leva à aceitação da inevitabilidade da morte. Como todas as mudanças desenvolvimentais a transformação do *self* ocorre lentamente por avanços e recuos, compreendendo a alternância de períodos em que predominam tentativas de reforço das antigas estruturas defensivas e períodos em que se assiste à emergência de novos recursos de controlo da ansiedade da Inexistência que já pressupõem novas formas de encarar a realidade.

Para McCoy e colaboradores (2000), uma das características mais marcantes do novo *self* é apresentar uma concepção idiossincrática da realidade, resultante da libertação do julgamento social, da diminuição da exposição a pontos de vista alternativos e duma reinterpretção da sua narrativa autobiográfica. A religiosidade e a espiritualidade são exemplos desta forma particular de o adulto idoso encarar a vida e assumem nesta fase da vida uma grande importância, possibilitando ao *self* o ganho da imortalidade literal. Outra característica do novo *self* é a de criar vias alternativas para a consolidação da auto-estima através da revisão de vida, uma tarefa desenvolvimental inerente ao adulto idoso. Na perspectiva da *TMT* esta tarefa fornece significado à vida, protegendo os indivíduos da AFM (e.g. Fishman, in McCoy et al. 2000). A revisão de vida compreende a revisitação dos *selves* passados o que, por um lado, aumenta o auto-conhecimento e a auto-compreensão e por outro, transmite ao adulto idoso um sentimento de auto-eficácia, reforçando a sua convicção de que tem algo de importante a legar às gerações vindoras, através da generatividade, permitindo a imortalidade simbólica. Este mecanismo de controlo da ansiedade da Inexistência pressupõe um alargamento da identidade social à humanidade.

Contudo nem todos os adultos idosos conseguem operar esta mudança. Tais indivíduos representam o envelhecimento mal sucedido. Estes adultos idosos enfrentam um estado crónico de evidência da mortalidade pessoal (*mortality salience*), associada à incapacidade de controlo da AFM, através da fé no sistema cultural e da auto-estima, sem conseguirem criar recursos alternativos de superação desta ansiedade da Inexistência. Incapazes de lidar com os desafios da idade avançada, muitos adultos idosos enveredam pelos caminhos da psicopatologia.

Por sua vez, Cicirelli (2002) considera a *TMT* a melhor teoria explicativa da causa e controlo da AFM no ser humano, parecendo indicada na compreensão da AFM do adulto idoso. Cicirelli (2002) assume os pressupostos inerentes a esta teorização sobre os papéis que a fé no sistema cultural e a auto-estima desempenham no controlo da AFM, sobretudo da ansiedade da Inexistência. O autor utiliza a aplicação de um questionário de medo de morte, como lembrete, para desencadear a ansiedade da Inexistência que por sua vez activaria os princípios e valores culturais, bem como a crença na imortalidade tanto literal como simbólica. Estes constructos são operacionalizados como auto-estima, religiosidade, *locus* de controlo, suporte social e saúde percebida. Este estudo tem como objectivo testar as seguintes

hipóteses, decorrentes da revisão da literatura: os indivíduos com maior auto-estima apresentarão menor AFM; os indivíduos com *locus* de controlo interno terão menor AFM e, contrariamente, os indivíduos com *locus* de controlo externo terão maior AFM; indivíduos com um grupo de suporte forte com as mesmas crenças culturais terão menor AFM; indivíduos com um estatuto social elevado manifestarão menor AFM; e, indivíduos com uma forte crença religiosa demonstrarão menor AFM. A amostra foi constituída por 388 participantes com idades compreendidas entre os 60 e os 100 anos ($M = 73$ anos). Para operacionalizar a AFM, o autor utilizou a *Multidimensional Fear of Death Scale (MFODS)*; Hoelter, 1979; Neimeyer & Moore, 1994), uma escala composta por oito factores. Porém, neste estudo, a análise factorial exploratória (*varimax*) apresentou uma solução estrutural bidimensional. Cicirelli (2002) renomeia os dois factores de Medo do Desconhecido e Medo do Conhecido. O primeiro factor integrava itens que se relacionavam com a ansiedade da inexistência ou aniquilação, o segundo englobava itens que remetiam para ansiedades provocadas por aspectos tangíveis da morte, entre outros, como o processo de morrer e o destino do corpo. As outras variáveis, propostas pela teoria, foram operacionalizadas da seguinte forma: auto-estima através da Escala de Auto-estima de Rosenberg; religiosidade como intrínseca através das respostas dadas pelos participantes sobre a importância nas suas vidas da religião, de Deus e do rezar em privado; *locus* de controlo através da escala Multidimensional de Levenson (apenas o *locus* de controlo externo é avaliado neste estudo); suporte social através da técnica de círculos de Antonucci e Akiyama; estatuto sócio-económico avaliado através da profissão anterior à reforma e o nível de habilitação literária; e, por fim, saúde através da resposta a um item sobre a percepção que o próprio indivíduo tem da sua saúde numa escala de resposta de 6-pontos tipo-*Likert* (vd. Cicirelli, 2002). Os resultados desta investigação confirmaram, parcialmente, as hipóteses em estudo. As variáveis decorrentes da *TMT* estão relacionadas com a AFM a nível da consciência imediata. As variáveis religiosidade, *locus* de controlo, estatuto sócio-económico e suporte social foram preditoras da Ansiedade do Desconhecido. Os adultos idosos mais religiosos, com maior suporte social, elevado estatuto sócio-económico e menor *locus* de controlo externo temiam menos o Desconhecido. No entanto, em relação à auto-estima e à Ansiedade do Desconhecido a correlação ($r = -.11$) indicou que ela não era uma preditora significativa. Cicirelli (2002) apresentou várias explicações para este resultado, entre as quais, a que é possível que a auto-

estima não funcione a nível consciente na eliminação da ansiedade do Desconhecido, ou que esta não é uma variável importante na supressão da AFM, nesta fase da vida. No caso do Medo do Conhecido, as variáveis religiosidade, auto-estima, *locus* de controlo externo e o estatuto socio-económico tinham relações significativas com este factor, sugerindo que os adultos idosos com menor *locus* de controlo externo, auto-estima mais positiva e um elevado estatuto sócio-económico tinham menos medo dos aspectos tangíveis da morte.

Noutro estudo, baseado na *TMT*, Cicirelli (2003) pretende demonstrar que os adultos idosos, nos finais dos 70 anos e início dos oitenta, atravessam um período de intensa AFM, provocado pela intensificação do conflito primordial entre o desejo de viver e a consciencialização da proximidade da morte. Dados teóricos e empíricos da teoria de ciclo-de-vida, atestam a existência de uma grande vulnerabilidade física e psíquica, neste mesmo período, no adulto idoso (Baltes, 2003). A solução deste conflito traduzia-se numa reorganização cognitiva e emocional, que levaria à diminuição dessa ansiedade e à aceitação da morte, nas idades posteriores. Este estudo exploratório comportou uma análise quantitativa e uma análise qualitativa.

A parte quantitativa consistiu na aplicação de dois questionários a *Death Meanings Scale* (Cicirelli, 1998, 2001) que avalia o significado da morte de acordo com os factores Transcendência, Motivação, Legado e Extinção e a *Multidimensional Fear of Death Scale* (*MFODS*; Hoelter, 1979; Neimeyer & Moore, 1994) para avaliar a AFM consoante os factores, Medo do Processo de Morrer, Medo de Ser Destruído, Medo pelos Outros Significativos e Medo do Desconhecido. Os participantes eram 109 adultos idosos, com idades compreendidas entre 70-97anos ($M = 81$ anos). A amostra foi subdividida em cinco faixas etárias (70-74, 75-79, 80-84, 85-89 e 90 e mais anos) com um n de 27, 21, 27, 33 e 11, respectivamente. Os resultados deste estudo confirmaram um período de intensa AFM, nomeadamente em relação ao Medo do Processo de Morrer e Medo do Desconhecido e a morte com o significado de Extinção, nos adultos idosos entre os 75 e os 84 anos e uma menor AFM nos idosos mais jovens e mais idosos.

A parte qualitativa constava da análise de questões abertas sobre a morte e o morrer, gravadas e transcritas utilizando o método da *grounded theory*. Nela foi possível identificar categorias de estratégias de *coping* por parte dos adultos idosos. Os resultados qualitativos

apoiaram os resultados quantitativos, verificando-se a existência de um período de transição da AFM nos adultos idosos.

Apesar do exame das estratégias de *coping* não ser o objectivo inicial do estudo, ele revelou-se de particular interesse, pois esclarece a maneira como os adultos idosos conseguem lidar e superar as suas angústias perante a morte. Eis algumas das mais utilizadas: a negação e supressão, que têm uma função preparatória, banindo temporariamente da consciência a ideia de morte e conseguindo um adiamento ao confronto inevitável; a religião, que se manifesta na crença de um Deus protector e numa vida para além da morte recompensadora; a afiliação que se expressa no desejo de proximidade dos entes queridos; a concentração no problema que envolve a necessidade de planeamento de ordem prática assumindo o controlo de vários aspectos, desde a disposição do corpo como a repartição de bens; a generatividade, patente no gesto de dar, de deixar algo de si às gerações vindouras, ganhando assim uma imortalidade simbólica; e, por fim, a reorganização cognitiva que representa um certo desapego pela vida e aceitação da morte (Cicirelli, 2003).

Em conclusão, os adultos idosos mais novos tendiam a estar mais preocupados com a vida do que com a morte, utilizando estratégias de negação e supressão. Os adultos idosos nos finais dos seus setenta e início dos oitenta anos atravessavam um período de grande AFM e utilizavam estratégias de *lhe fazer face* mais poderosas, como a religião, a afiliação aos entes significativos, concentração no problema e a generatividade. Por fim, os idosos mais velhos atingiam um ponto de conciliação entre a diminuição do medo e a aceitação da morte, afecto a uma reorganização cognitiva.

Referências

- Baltes, P. B. (2003). Extending longevity. Dignity gain - or dignity drain? *Max Planck Research*, 3, 15-19.
- Basset, J. F. & Dabbs Jr., J. M. (2003). Evaluating explicit and implicit death attitudes in funeral and university students. *Mortality*, 8 (4), 352-371.
- Cicirelli, V. G. (1998). Personal meanings of death in relation to fear of death. *Death Studies*, 22, 713-733.
- Cicirelli, V. G. (2001). Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death Studies*, 25, 663-683.
- Cicirelli, V. G. (2002). Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. *Journal of Gerontology*, 57 (4), 358-366.
- Cicirelli, V. G. (2003). Older adult's fear and acceptance of death: A transition model. *Ageing International*, 28 (1), 66-81.
- Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical and conceptual refinement. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental Social Psychology* (Vol. 6, pp. 61-139). San Diego: Academic Press.
- Hoelter, J. W. (1979). Multidimensional treatment of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 996-999.
- Learly, M. R. (2004). The function of self-esteem in terror management theory and sociometer theory: Comment on Pyszczynski et al. (2004). *Psychological Bulletin*, 130 (3), 478-482.
- 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 adults* (pp. 37-63). Philadelphia, PA: Brunner Routledge.
- Neimeyer, R. A., & Moore, M. K. (1994). Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 103-119), Washington, DC: Taylor & Francis.
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. D. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309-340. New York: Taylor & Francis.

Pyszczynski, T., Solomon, S., & Greenberg, J. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review*, *106*, 4, 835-845.

Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, *130* (3), 435-468.

Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behaviour: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental Social Psychology* (Vol. 24, pp. 91-159). San Diego: Academic Press.