

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

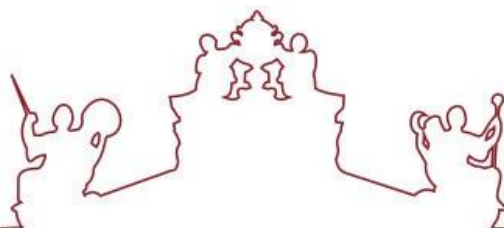
Área de especialização | Psicologia da Educação

Dissertação

É a religiosidade protetora da ansiedade face à morte nos adultos na
meia-idade e nos idosos?

Inês Filipa Godinho Machado Pereira

Orientador | António Augusto Pinto Moreira Diniz



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

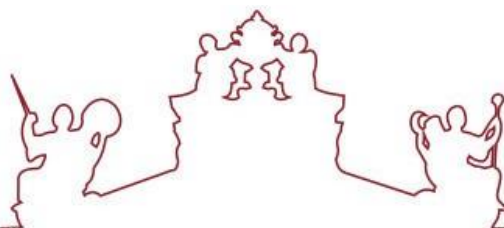
Área de especialização | Psicologia da Educação

Dissertação

É a religiosidade protetora da ansiedade face à morte nos adultos na
meia-idade e nos idosos?

Inês Filipa Godinho Machado Pereira

Orientador | António Augusto Pinto Moreira Diniz



Orientador | António Augusto Pinto Moreira Diniz

A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

- Presidente | Isabel Maria Marques Mesquita (Universidade de Évora)
- Vogal | Nuno Maria Bleck da Silva Amado ()
- Vogal-orientador | António Augusto Pinto Moreira Diniz (Universidade de Évora)

Agradecimentos

A todos aqueles que aceitaram participar neste trabalho.

Ao Prof. Doutor António Diniz, pela atenção ao detalhe e pela disponibilidade demonstradas na orientação dos meus trabalhos, e a quem devo muito do conhecimento que adquiri.

À minha mãe, por ser incansável e garantir que eu descansava o suficiente. O curso foi praticamente feito a duas cabeças. Se bem que as dores de cabeça foram quase todas para ela.

Às minhas amigas Isabel e Mariana; por me aturarem, por me distraírem quando eu precisava, e por continuarem a inspirar-me com a sua força.

Por último, à colega Carolina Carvalho, pela sua ajuda no recrutamento de participantes, bem como na recolha e tratamento de dados.

Resumo

Compararam-se dois modelos de mediação concorrentes relacionando género, força da fé religiosa (FFR; *Santa Clara Strength Of Religious Faith Questionnaire*, versão portuguesa) e ansiedade face à morte (AFM; *Revised Death Anxiety Scale*, versão portuguesa) em 314 adultos na meia-idade (40-55 anos) e em 1005 idosos (65-97 anos). Por problemas de validade discriminante, os quatro fatores da AFM passaram a três: Incerteza/Controlo Pessoal (ICP), Dor/Medo do Processo de Morrer (DorMPM) e Funeral/Decomposição (FD). Selecionou-se o modelo com a FFR (não com a AFM) como mediadora para análise. Em ambos os grupos, o género e a FFR não predisseram a FD, e foram as mulheres que apresentaram mais FFR, ICP e DorMPM. No grupo dos adultos a FFR não predisse a ICP e a DorMPM enquanto no grupo dos idosos sim, onde a mediação da FFR atenuou as diferenças de género. Estes resultados foram discutidos segundo as teorias da AFM.

Palavras-chave: envelhecimento, género, medo da morte, fé religiosa, modelos de equação estruturais

Is religiosity protective of death anxiety in middle-aged adults and in the elderly?

Abstract

Two concurrent mediation models relating gender, strength of religious faith (SRF; *Santa Clara Strength Of Religious Faith Questionnaire*, Portuguese version) and death anxiety (DA; *Revised Death Anxiety Scale*, Portuguese version), in 314 middle-aged adults (40-55 years old) and in 1005 (65-97 years old) elderly, were compared. Due to discriminant validity problems, the four SRF factors turned into three: Uncertainty/Personal Control (UPC), Pain/Fear Of the Dying Process (PainFODP) and Funeral/Decomposition (FD). The model with SRF (not with DA) as mediator was the one selected for analysis. In both groups, gender and SRF didn't predict FD, and women presented more SRF, UPC and PainFODP. In the adults' group SRF didn't predict UPC nor PainFODP, whilst in the elderly group it did, where SRF's mediation attenuated gender differences. These results were discussed according the DA's theories.

Keywords: aging, gender, fear of death, religious faith, structural equation models

Lista de Abreviaturas

- FFR – Força da fé religiosa
- AFM – Ansiedade face à morte
- ICP – Incerteza/Controlo Pessoal
- DorMPM – Dor/Medo do Processo de Morrer
- FD – Funeral/Decomposição
- MPM – Medo do processo de morrer
- EAMR – Escala de Ansiedade Face à Morte Revista
- MM – Medo da morte
- *TMT – Terror Management Theory*
- FR – Fé religiosa
- RI – Religiosidade Intrínseca
- RE – Religiosidade Extrínseca
- *TB – Teoria do Buffering*
- TC – Teoria da Curvilinearidade
- TAM – Teoria da Apreensão da Morte
- *RDAS – Revised Death Anxiety Scale*
- *FODS – Fear of Death Scale*
- *DAS – Death Anxiety Scale*
- *NTB – Nehrke-Templer-Boyar*
- AFE – Análise fatorial exploratória
- AFC – Análise fatorial confirmatória
- QFFRSC-Versão Reduzida – Questionário de Força da Fé Religiosa de Santa Clara: Versão Reduzida
- *SCSRFQ-Brief Version – Santa Clara Strength Of Religious Faith Questionnaire-Brief Version*
- ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- UÉ – Universidade de Évora
- *DAQ – Death Anxiety Questionnaire*
- VE – Validade estrutural
- VC – Validade convergente
- VME – Variância média extraída

- FC – Fiabilidade compósita
- VD – Validade discriminante
- *RMSEA – Root mean square error of approximation*
- *CFI – Comparative fit index*
- *SRMR – Standardized root mean square residual*
- *ECVI – Expected cross-validation index*
- *gl* – Graus de liberdade
- *EP* – Erro-Padrão
- MV – Máxima verosimilhança

Nota. As abreviaturas estão listadas de acordo com a ordem pela qual surgem no texto.

Índice

Introdução e Enquadramento Teórico	8
A Meia-Idade e a Progressão para a Velhice	8
A Velhice	11
A Morte	12
Ansiedade Face à Morte	13
Fé Religiosa	16
Ansiedade Face à Morte e Fé Religiosa	18
Género, Ansiedade Face à Morte e Fé Religiosa	20
O Problema de Investigação	22
Método	24
Participantes	24
Materiais	26
Questionário Sócio-Demográfico	26
Escala de Ansiedade Face à Morte Revista (EAMR)	26
Questionário de Força da Fé Religiosa de Santa Clara-Versão Reduzida (QFFRSC-Versão Reduzida)	29
Procedimento	29
Recolha de Dados	29
Análise de Dados	31
Resultados	33
Escala de Ansiedade Face à Morte Revista (EAMR)	33
Questionário de Força da Fé Religiosa de Santa Clara-Versão Reduzida (QFFRSC-Versão Reduzida)	36
Testes dos Modelos de Mediação Alternativos	38
Discussão	41
Conclusão	43
Referências	45

Introdução e Enquadramento Teórico

A Meia Idade e a Progressão para a Velhice

O envelhecimento é um processo que, embora natural, é marcado por alterações que vão exigir mudanças e adaptações, por parte dos indivíduos que por elas passam (Núncio & Rocha, 2019), designadamente, os idosos enfrentam o desafio de preencher os últimos anos das suas vidas com significado (Craciun & Flick, 2014).

Assim que as pessoas atingem a meia-idade, elas transformam-se em alvos: para a indústria cosmética, que promete preservar a juventude; para revistas, que ensinam como manter a juventude e a saúde, e são encorajados a manterem-se socialmente e fisicamente ativos. Aparecem cada vez mais modelos de exemplos a seguir, tais como a Tina Turner, que parece ter 40 anos quando está já na casa dos 80, e estas imagens são contrastadas com outras, assustadoras, de idosos pobres e desvalidos, isolados e abandonados em instituições (Craciun & Flick, 2014).

A iniciativa por conta própria é encorajada, como forma de organizar a própria vida (Craciun & Flick, 2014; Ekerdt & Clark, 2001; Litwin & Meir, 2013), e os adultos na meia-idade deparam-se com a tarefa de escolher com quais imagens do envelhecimento se querem identificar, e quais querem rejeitar (Minkler & Holstein, 2008; Smirnova, 2012).

Viver numa época caracterizada por uma forte individualização significa que se espera que as pessoas escolham de livre vontade, e que arquem com as consequências das suas escolhas (Bauman, tal como citado por Craciun & Flick, 2014), mas é necessário colocar a questão: “estão os adultos na meia-idade, que envelhecem nestes tempos incertos, preparados para fazer estas escolhas? E como encaram eles o processo do envelhecimento?” (Craciun & Flick, 2014, p. 79).

A precariedade tem sido pouco discutida no que toca à pesquisa sobre o envelhecimento (Portacolone, 2013). Contudo, devido ao elevado número de trabalho precário nos dias de hoje, este tópico tem recebido cada vez mais atenção (Craciun & Flick, 2014). A precariedade é compreendida não só como a posse de recursos materiais insuficientes, mas também como uma existência definida por insegurança e imprevisibilidade, que podem ser influenciadas pelos pensamentos e comportamentos dos indivíduos (Portacolone, 2013), incluindo as suas perceções sobre o envelhecimento (Craciun & Flick, 2014).

As perceções do envelhecimento são moldadas pelas experiências pessoais (Sellers, Bolender & Crocker, 2010). Portanto, é importante explorar os contextos que

emolduram os pensamentos dos adultos de meia-idade em relação ao envelhecimento (Craciun & Flick, 2014). As imagens e perspectivas do envelhecimento abrangem aspetos positivos e negativos, e refletem um misto de percepções precisas de mudanças relacionadas com a idade, e percepções distorcidas de pessoas idosas. As auto-percepções do envelhecimento são definidas como avaliações pessoais do próprio processo de envelhecimento (Moser, Spagnoli, & Santos-Eggimann, 2011), e são influenciadas por estereótipos do envelhecimento, que são adquiridos através dos ambientes sociais do dia-a-dia (Bennett & Gaines, 2010; Craciun & Flick, 2014; Levy, 2003).

De acordo com Núncio e Rocha (2019), nas sociedades ocidentais o envelhecimento tem sido descrito como um fenómeno acompanhado de preconceito, discriminação, e imagens negativas entre todos os grupos sociais, incluindo jovens, idosos e cuidadores profissionais. Tendo em conta que o envelhecimento é um processo normal e natural, é paradoxal a forma como ele é encarado, rejeitando-o e temendo-o, apesar de nunca antes as pessoas terem atingido vidas tão longas, nem nunca antes terem existido tantos idosos. Os avanços médicos e tecnológicos das últimas décadas permitiram às pessoas viver vidas mais longas (Craciun & Flick, 2014).

Com base em valores existentes que enfatizam uma cultura de juventude e produtividade (Craciun & Flick, 2014), a velhice é associada à inutilidade e ao declínio (Paton, Sar, Barber & Holland, 2001). Assim sendo, em culturas ocidentais, os indivíduos podem mais facilmente desenvolver percepções negativas sobre o envelhecimento. Para além disso, discursos sobre políticas de envelhecimento positivo, que enfatizam a importância da atividade e envolvimento na velhice, estão a tornar-se mais frequentes e mais populares (Biggs, 2001; Craciun & Flick, 2014). Viver em circunstâncias precárias pode dificultar a vida dos adultos de meia-idade, uma vez que não lhes permite atingir os ideais de atividade, saúde e bem-estar na velhice (Craciun & Flick, 2014).

Conforme envelhecem, os adultos tendem a preocupar-se mais com a sua aparência física, e com as funções internas do seu corpo, enquanto a ansiedade sobre o envelhecimento é associada com uma crescente preocupação com o estado físico interno (Montepare, 2009). As preocupações com o corpo, no que respeita ao aspeto, estão mais presentes nas mulheres, enquanto os homens se preocupam com a sua saúde, e os seus níveis de energia (Craciun & Flick, 2014). Isto encaixa-se tanto nos estereótipos das expectativas de género, como nos anúncios planeados e elaborados para atingir as pessoas nesta faixa etária, uma vez que os anúncios que têm as mulheres como alvo se

focam sobretudo na aparência, associada aos ideais de beleza e juventude, e, portanto, de relevância na sociedade, e os anúncios que têm os homens como alvo focam-se na manutenção da vitalidade, de certa forma associada à noção de virilidade. Esta diferença de foco na “saúde interior” e na “saúde exterior”, lato senso, também pode ser uma continuação das pressões sociais para os géneros, onde se espera que os homens passem uma imagem de força, mesmo que não se tratem de homens e apenas de meninos cuja idade ainda não atingiu os dois dígitos, e onde se espera que as mulheres mantenham sempre a aparência física de que estão na casa dos 20 anos, quer tenham 50 ou 12 anos de idade.

No estudo de Craciun e Flick (2014), o envelhecimento foi descrito como sendo quase uma doença, que se manifesta através de sintomas físicos e sinais mentais de declínio, tais como perdas de memória. Ao ser encarado como uma doença, o envelhecimento torna-se, de certa forma, “evitável”, e alguns participantes descreveram a forma como participam em atividades de “prevenção do envelhecimento”, tais como exercício físico e hábitos de alimentação saudáveis. Contudo, esta tentativa de prevenção pode indicar que o indivíduo não aceita o envelhecimento como uma parte normal e natural da vida (Mykytyn, 2008), e que é mais provável que adira à filosofia anti-envelhecimento, e se torne consumidor de produtos anti-idade (Craciun & Flick, 2014; Katz & Marshall, 2003; Smirnova, 2012), ainda que estas atitudes de consumo, por si só, não sejam sinais inequívocos da presença de um atitude de negação para com o envelhecimento. Para além de temerem o declínio, as pessoas de meia-idade encaram o envelhecimento como se estivessem a tornar-se noutra pessoa, alguém que não conhecem, com a qual não se identificam, e que não conseguem realmente definir; neste contexto, o medo do envelhecimento torna-se no medo do desconhecido (Craciun & Flick, 2014).

Romper com os clichês de que os idosos são enfermos e inativos pode ser encarado como uma coisa positiva. Contudo, a imagem do idoso permanece indefinida, e é substituída pelas ideias de “ainda parece novo”, e “ainda é ativo”, que são símbolos de uma meia-idade prolongada. Os adultos na meia-idade encaram o envelhecer com sucesso como sendo equivalente a permanecer novos, e não veem aspetos positivos na velhice (Craciun & Flick, 2014). O envelhecimento, com o seu ritmo lento, tornou-se num fardo, e não numa evolução natural (Núncio & Rocha, 2019).

Os medos do envelhecimento (de ficar dependente dos outros ou dum sistema, de não ser atraente nem produtivo) são prevalentes em adultos de meia-idade tanto com,

como sem, segurança financeira. Estes medos são associados com expectativas (tais como declínio, mudanças terríveis, perda de beleza e capacidades) e crenças negativas (os velhos têm vidas aborrecidas e cheiram mal) (Craciun & Flick, 2014). Os medos de se tornar dependente na velhice, ou da inutilidade, refletem padrões de pensamento ocidentais, de independência e produtividade (Ron, 2007), que ajudam a distinguir pessoas que envelhecem com e sem sucesso (Katz, 2000).

Em suma, permanecer ativo, tomar decisões por si próprio, bem como ser produtivo para a sociedade podem ser encarados como expressões de um discurso internalizado sobre envelhecer com sucesso. Contudo, isto exclui as pessoas que não podem/conseguem atingir os padrões de saúde, independência e produtividade (Craciun & Flick, 2014).

A Velhice

O aumento constante da esperança média de vida, e o declínio da taxa de natalidade, levaram ao aumento gradual da proporção de idosos na população mundial (Mohammadpour, Sadeghmoghadam, Shareinia, Jahani & Amiri, 2018). O envelhecimento é um processo associado a profundas transformações fisiológicas, psicológicas, e sociológicas dos seres humanos (Bitarafan, Kazemi, & Afrashte, 2018). Na velhice, um dos maiores desafios apresentados é o da adaptação ao final da vida, que vem acompanhado com a implicação do desafio acrescido de ser necessário saber lidar com o medo e a ansiedade, e a eventual aceitação da realidade da morte (Cicirelli, 2003).

Na velhice os idosos institucionalizados e não institucionalizados tendem a experienciar perdas de familiares, amigos, posições de trabalho, relações, saúde, rendimentos, e situações que tais. Com o passar da idade, os idosos têm ainda que lidar com a diminuição progressiva dos seus leques de escolhas (Azeem & Naz, 2015). Esta perda de vínculos e relações leva a uma alteração da identidade dos idosos, que correm o risco de se julgarem como inúteis (Núncio & Rocha, 2019). Ainda que tanto idosos institucionalizados como não institucionalizados experienciem estas perdas, aqueles institucionalizados estão mais vulneráveis ao *stress* delas advindo (Azeem & Naz, 2015).

Os idosos compõem uma das partes mais vulneráveis das populações, e, no entanto, são muitas vezes ignorados e abandonados, isto quando não são diretamente vítimas de abusos mais graves, como burlas, assaltos e violência emocional e física. A dependência que acaba sempre por se manifestar neste grupo etário é muitas vezes

encarada como um fardo por parte daqueles de quem o idoso depende, sejam eles familiares ou cuidadores profissionais, atitude que acaba por exacerbar as dificuldades do idoso dependente, criando assim um ciclo vicioso de mágoa, ressentimento e miséria, dentro duma relação claramente desequilibrada em termos de poder.

Todas estas perdas e mudanças, por vezes abruptas, exercem peso na saúde mental dos idosos, depletando-a para além do desgaste típico do envelhecimento.

A Morte

A morte é uma preocupação humana muito poderosa, que tem sido conceptualizada enquanto uma força motivadora de muitas expressões criativas e filosóficas (Lehto & Stein, 2009). A morte é um facto biológico e psicológico, mas pensar sobre a morte é assustador, e muitas pessoas preferem evitar tais pensamentos (Mohammadpour et al., 2018). Quando se estudam culturas e povos antigos, fica a impressão de que a humanidade sempre abominou a morte (Kübler-Ross, 1973). Mesmo culturas que celebravam a morte como uma passagem para um outro mundo, um mundo melhor, os corpos permaneciam sempre, como uma lembrança medonha da fragilidade humana, e eram então colocados longe da vista, sendo enterrados, cremados, ou, de alguma outra forma, “expulsos” da presença dos vivos. Desde esses tempos, a humanidade, essencialmente, não mudou. A morte constitui ainda um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal. (Kübler-Ross, 1973).

A morte é um assunto que se procura evitar até à última instância, quando é necessário lidar com a morte de alguém próximo, ou com a proximidade da própria morte. Aquilo que mudou foi o modo de conviver e lidar com a morte, com o morrer, e com os moribundos (Kübler-Ross, 1973).

Há muitas razões para se fugir de encarar a morte calmamente. Uma das mais importantes é que, nos dias que correm, morrer é triste sob vários aspetos, podendo ser muito solitário, mecânico e desumano (Kübler-Ross, 1973). O relacionamento interpessoal não pode nunca ser descurado; um sentimento muitas vezes repetido, mas que conta com muito poucas ações para o acompanhar, sobretudo em sociedades que parecem valorizar apenas números em vez de pessoas.

As investigações, na altura consideradas extremamente controversas, de Kübler-Ross durante os anos 60, contribuíram para uma alteração na forma como o processo de morrer é encarado (Corr, 2018). Estas investigações originaram um modelo, que representava a cinco reações que as pessoas experienciavam quando lidavam com a morte (Kübler-Ross, 1973). Nos dias correntes, este modelo é mais comumente

conhecido como o modelo das cinco fases do luto: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. Inicialmente apresentado como uma sequência ordenada, esta conceção foi posteriormente posta de parte, assim que se percebeu que as emoções se podem sobrepor, assim como ser experienciadas por ordens diferentes, por diferentes indivíduos. De facto, considerar estas fases como fixas e universais a todos os indivíduos poderia prejudicá-los (Corr, 2018).

Corr (1992) desenvolveu uma abordagem mais holística, que rejeitava generalizações e enfatizava as diferenças individuais desde o início, reconhecendo também a importância dos esforços dos familiares, amigos, e cuidadores, bem como os esforços da pessoa moribunda.

Esta diferença de abordagens acaba por refletir a diferença entre as preocupações de cada época – meados dos anos 60 e início da década de 90. Se no início o foco se encontrava em tentar consolar os moribundos, o foco dos dias de hoje tem mais a ver, por um lado, com o prolongamento da vida em si, e por outro com o incremento da qualidade de vida. Se nos anos 60 Kübler-Ross se preocupava com o desamparo dos moribundos por serem “arrastados” para os hospitais e para longe das suas casas e famílias (Kübler-Ross, 1973), desde então os familiares e amigos passaram a estar mais envolvidos no processo da morte nos hospitais, pelo que as preocupações se passaram a prender com a melhor maneira de envolver a família e de lhes passar notícias pesadas, assim como com o conforto dos moribundos, de forma a minorar o seu sofrimento, bem como o sofrimento dos seus entes queridos.

Ansiedade Face à Morte

Nos tempos que correm, sobretudo na sociedade ocidental onde nos inserimos, o aumento da esperança de vida, juntamente com a institucionalização da morte, reavivou o interesse da ciência pelas atitudes dos indivíduos face à morte e ao morrer, particularmente no que respeita à ansiedade face à morte (AFM), especialmente junto da população idosa (Carvalho, Diniz & Ribeiro, 2008; Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2005). A maioria dos indivíduos sente-se algo ansiosa em relação à morte, dado que se trata de um fenómeno que é inevitável experienciar; contudo, diferentes pessoas podem sentir diferentes graus de ansiedade face ao mesmo estímulo (Sargent-Cox, Anstey & Luszcz, 2013). A AFM é uma experiência natural e normal, e experienciar pequenas doses da mesma é necessário ao longo da vida, de modo a impulsionar as pessoas para agir, e envolver-se em atividades positivas; por outro lado, níveis anormalmente elevados de AFM podem revelar-se desadaptativos (Mohammadpour et al., 2018).

A AFM é um termo utilizado para conceptualizar a apreensão gerada pela “noção de morte”, ou *death awareness* (Abdel-Khalek, 2005; Lehto & Stein, 2009). Os seres humanos são únicos, no sentido em que têm de aprender a viver e adaptar-se à consciência da sua própria mortalidade. Assim sendo, uma das grandes responsabilidades dos sistemas culturais é aquela de fornecer uma estrutura simbólica que reconheça a existência da morte, e ofereça significado para a sua ocorrência, juntamente com um contexto para a sua transcendência (Kübler-Ross, 2002, tal como citado por Lehto & Stein, 2009).

A multidimensionalidade da AFM nos idosos é consensual nos dias que correm, mas continua a não existir unanimidade, no que respeita a quantas dimensões, e quais, estão envolvidas na operacionalização deste construto (Carvalho et al, 2008; Cicirelli, 2003), existindo assim formulações múltiplas do mesmo, tais como: (1) Hoelter (1979), que conceptualizou a AFM como tendo oito subfacetas – Medo do Processo de Morrer (MPM), Medo dos Mortos, Medo de ser Destruído, Medo por Aqueles que lhe são Próximos, Medo do Desconhecido, Medo da Morte Consciente, Medo pelo Corpo Após a Morte, e Medo de uma Morte Prematura; (2) Dattel e Neimeyer, (1990), que não procuraram conceptualizar a AFM como multifacetada, embora não tenham negado essa possibilidade; e, (3) por último, Carvalho et al (2008), que, através do recurso à Escala de Ansiedade Face à Morte Revista (EAMR), cuja descrição e origens se encontram detalhadas mais adiante, conceptualizaram a AFM como sendo multidimensional, à semelhança das escalas anteriores que estiveram na sua origem, com quatro fatores: Ansiedade face ao Isolamento e Imobilidade, Dor, Finalidade da Morte e Medo da Decomposição e do Enterro.

Para além dos fatores ou facetas da AFM, Lehto e Stein (2009) procuraram identificar os seus atributos, chegando a uma nomeação final de seis: (1) emoção, profundamente relacionada com o medo básico ligado à aniquilação da existência dum indivíduo (Greenberg, Pyszczynski, Solomon, Simon, & Breus, 1994); (2) cognição, dado que, segundo Kelly (1955, tal como citado por Lehto & Stein, 2009), a morte era incompatível com a vida, e, portanto, incompatível com estruturas cognitivas fundamentais/básicas; e, (3) experiencial, uma vez que a AFM não é, tipicamente, parte presente da consciência. Os processos de autorregulação (nomeadamente, a habilidade de erguer barreiras e exercer a própria vontade, incluindo autocontrolo e capacidade de inibição) agem como defesas contra a ameaça da morte e da experiência de AFM, e o uso constante destes mecanismos acaba por deixá-los exaustos, o que leva ao aumento

da AFM com o passar do tempo; (1) desenvolvimental, dado que estudos prévios (Fortner & Neimeyer, 1999) demonstraram que a AFM é mais elevada durante a meia-idade e tende a diminuir com o avançar da idade, estabilizando quando se atinge a velhice; (2) moldes socioculturais, uma vez que dimensões experimentais, cognitivas, e até mesmo emocionais da AFM são moldadas pela cultura, variando assim de acordo com a mesma; e, (3) por último fonte de motivação, porque a AFM é fundamental e universal para a condição humana, e ocorre depois do indivíduo ser capaz de conceptualizar a morte enquanto um símbolo complexo, sendo então amplamente negada ou reprimida. A motivação pode então emergir como uma expressão de tensão entre a condição humana, temporalmente restrita, e as aspirações humanas de atingir uma espécie de imortalidade.

Embora tenham sido utilizados enquanto sinónimos, a AFM e o medo da morte (MM) são conceitos distintos, e têm, hoje em dia, sido tratados como tal: a AFM refere-se ao medo da aniquilação completa de uma pessoa, enquanto o MM é uma crença mais concreta de que a morte é assustadora (Momeyer, 1988, tal como citado por Lehto & Stein, 2009). De acordo com Cicirelli (2002), a conceção da AFM como sendo, essencialmente, o medo da total inexistência, é suportada pela *Terror Management Theory* (TMT, ou Teoria da Gestão do Terror; Harmon-Jones, Simon, Greenberg, Pyszczynski, Solomon & McGregor, 1997).

No contexto desta teoria, a tomada de consciência da inevitabilidade da morte nos indivíduos traduz-se num terror, intenso e paralisante (AFM), que, sem ser controlado com o recurso de mecanismos de defesa psicológica, vai interferir com o seu funcionamento diário (Harmon-Jones et al., 1997). No âmbito da TMT, os seres humanos estão unicamente conscientes da sua mortalidade, e esta consciência origina uma elevada ansiedade existencial, que por sua vez motiva a busca por imortalidade, seja ela simbólica, procurada através da validação obtida por feitos e identificações culturais, e da autoestima que eles geram, ou literal, procurada através de conceitos duma vida após a morte, tais como almas imortais, reencarnações e nirvana (Dechesne et al. 2003).

A TMT afirma que a auto-estima serve como um *buffer* contra a ansiedade existencial (Du, Jonas, Klackl, Agroskin, Hui & Ma, 2013). A auto-estima deriva da adesão aos padrões e normas sociais daquilo que constitui um membro precioso e produtivo da sociedade (Solomon, Greenberg, & Pyszczynski, 2004, tal como citado por Du, Jonas, Klackl, Agroskin, Hui & Ma, 2013). Deste modo, diferenças culturais podem

originar perspectivas diferentes sobre aquilo que é necessário para se ser um membro importante da sociedade, levando assim a diferentes expressões de auto-estima em diferentes culturas (Du, Jonas, Klackl, Agroskin, Hui & Ma, 2013). A *TMT* afirma que os indivíduos utilizam perspectivas culturais, juntamente com a auto-estima, para se protegerem contra a ansiedade de um modo geral, e em particular contra a AFM (Pyszczynski, Greenberg, & Solomon, 1999).

A *TMT* serve como uma explicação sobre o porquê dos indivíduos terem medo de parecer velhos; neste contexto, “velho” é equiparado a “morte” (Chonody & Teater, 2016). Cicirelli (2006, tal como citado por Lehto & Stein, 2009) afirmou que indivíduos entre a meia-idade e a velhice experienciavam uma maior AFM, devido às discrepâncias entre o seu tempo de vida desejado, e o tempo de vida que efetivamente os espera. A ansiedade é um dos problemas mentais mais comuns da velhice, porque as pessoas têm de enfrentar uma variedade de alterações, muitas vezes abruptas e negativas, nesta fase da vida (Mohammadpour et al, 2018).

Várias influências sobre a AFM foram investigadas; estas influências incluem variáveis demográficas, tais como idade e género (Rasmussen & Brems, 1996), e ainda variáveis socioculturais, tais como religiosidade (Henrie & Patrick, 2014). Foram encontradas diferenças relativamente consistentes no que toca à idade e ao género, em vários estudos sobre a AFM. Relativamente à idade, adultos mais jovens tendem a expressar níveis mais elevados de ansiedade, do que adultos mais velhos (Rasmussen & Brems, 1996; Stevens, Cooper, & Thomas, 1980), e mesmo em estudos que comparavam a AFM entre adultos mais velhos, os mais velhos de todos reportaram uma taxa de AFM mais baixa (Bengtson, Cuellar, & Ragan, 1977; Wu, Tang & Kwok, 2002). No que toca ao género, as mulheres apresentaram, geralmente, níveis de ansiedade mais elevados do que os homens, bem como níveis mais elevados de AFM (Lyke, 2013).

Fé Religiosa

Não só é o estudo da religião e da espiritualidade relevante em qualquer fase do tempo de vida, mas também pode ser considerado particularmente importante na velhice, quando a necessidade de significado, a proximidade da morte, e o apoio de uma comunidade de crentes são especialmente importantes (Amado & Diniz, 2017). Investigações demonstraram que a religião é mais importante para idosos (Idler et al., 2003) que, quando comparados com outros grupos etários, também rezam mais, e exibem níveis de participação em cerimónias religiosas mais elevados (Amado & Diniz,

2017). Para além da importância individual da religião e da espiritualidade, existe também um papel de apoio social de grande importância, que as comunidades religiosas fornecem aos idosos (Emery & Pargament, 2004).

Diferenças religiosas nos géneros notam-se desde cedo, tal como demonstrado no estudo de Smith, Lundquist-Denton, Faris e Regnerus (2002), no qual várias medidas de participação religiosa mostraram que as raparigas adolescentes Americanas se encontravam mais envolvidas em atividades religiosas do que os rapazes. Independentemente do quão cedo ela se começa a manifestar, a diferença no envolvimento religioso mantém-se ao longo do ciclo de vida, e encontra-se presente na velhice (Skarupski, Fitchett, Evans & Mendes de Leon, 2010).

A fé religiosa (FR) também pode ser traduzida como “religiosidade”. Por sua vez, os termos “religiosidade” e “espiritualidade” são muitas vezes utilizados como tendo o mesmo significado. Contudo, a espiritualidade parece ter um significado e um propósito mais alargado na vida (Chaiwutikornwanich, 2015), enquanto que a religiosidade se encontra mais relacionada com o envolvimento ou participação em rituais e atividades religiosas (Chaiwutikornwanich, 2015; Moberg, 2005). A religiosidade (muitas vezes operacionalizada em termos da frequência com que se vai à igreja, ou comportamento de preces), está relacionada com níveis mais elevados de saúde física e mental, auto-estima, e bem-estar em geral (Cohen et al., 2005). A religiosidade tende a aumentar, ou a tornar-se mais importante com o avançar dos anos (Downey, 1984). A idade correlaciona-se com a importância dada à religião e à sua prática (Amado & Diniz, 2017), existindo também, apesar de ser contestada (Cohen & Koenig, 2003, tal como citado por Amado & Diniz, 2017), a possibilidade da proximidade da morte, muito mais presente nos idosos, aumentar a importância da religião, e pode aumentar a força da fé religiosa, face ao confronto com a morte e a vida após a morte. Para além disto, o peso da fragilidade e da incapacidade entre os idosos torna o uso da religião enquanto mecanismo de *coping*, particularmente relevante (Emery & Pargament, 2004).

As relações entre a religiosidade e a AFM têm sido estudadas frequentemente, com vários artigos a focarem-se em diversos aspetos da religiosidade, com muitos desses estudos a utilizarem a distinção de Allport e Ross (1967), entre religiosidade intrínseca (RI) e religiosidade extrínseca (RE), dois aspetos distintos, ainda que conectados e complementares, da religiosidade. A RI consiste em viver a religião com sinceridade e intencionalidade. Isto acaba por contrastar com a ideia base da RE: utilizar a religião para fins instrumentais, incluindo, mas não se limitando, ao cultivo de

relações sociais (Allport & Ross, 1967). A RI tem sido de forma mais consistente, considerada mais normativa do que a RE (Cohen et al., 2005), apesar da RE ter sido mais consistentemente associada à AFM (Ellis & Wahab, 2013; Flere & Klanjajek 2008; Jong, Ross, Philip, Chang, Simons & Halberstadt, 2018; Petersen & Roy 1985).

Harding, Flannelly, Weaver e Costa (2005), bem como Naidu e Sinha (1992), descobriram que a crença na existência de um poder superior estava associada a uma menor AFM. Ainda que os resultados não estejam completamente em concordância, tais como os de Nelson e Cantrell (1980), que afirmaram que tanto indivíduos muito religiosos, intrínseca e extrinsecamente, como indivíduos nada religiosos revelavam níveis baixos de AFM, existe uma clara tendência para a AFM ser inversamente associada a crenças religiosas específicas, tais como a crença na vida após a morte (Harding, et al. 2005; Naidu & Sinha, 1992).

Ansiedade Face à Morte e Fé Religiosa

Para além da *TMT*, atrás mencionada, existem ainda três teorias principais que abordam a relação entre a AFM e a religiosidade: a Teoria do *Buffering* (*TB*), a Teoria da Curvilinearidade (*TC*), e a Teoria da Apreensão da Morte (*TAM*) (Ellis & Wahab, 2013).

Na *TMT* afirma-se que a contemplação da própria morte pode ser uma fonte de pavor, chegando mesmo ao ponto de gerar pânico. A maioria dos indivíduos tenta acalmar os seus medos ao focar-se noutros tópicos e ao adotar uma visão, ou perspectiva, do mundo que assume que pelo menos uma parte de si não irá, de facto, morrer (Ellis & Wahab, 2013). A credibilidade de tais crenças pode ser melhorada ao convencer outros a adotá-las, dando assim origem a perspectivas do mundo partilhadas, que por sua vez foram a fundação para a maioria das religiões institucionalizadas (Edmondson et al, 2008; Jonas & Fischer, 2006; Norenzayan, Dar-Nimrod, Hansen & Proulx, 2009). Acresce ainda que, devido à importância das perspectivas religiosas para a forma como a maioria dos indivíduos lida com as suas preocupações face à morte, os crentes numa perspectiva específica ressentem-se com os cétricos que desafiam essas crenças, ou tentam substituí-las por outras perspectivas (Ellis & Wahab, 2013). A *TMT* implica ainda que indivíduos que pertencem a uma cultura dominada por uma única religião, por oposição a uma cultura com diversidade religiosa, devem experienciar pouca AFM, isto porque indivíduos que vivem nestas culturas enfrentam menos desafios às suas perspectivas do mundo (Ellis & Wahab, 2013).

A *TMT* também se relaciona com o MM e a AFM: se se aceitar que a razão principal para a existência das perspectivas religiões é a sua oferta de garantias da existência de alguma forma de vida eterna, seria expectável que pessoas religiosas exibissem menos AFM do que pessoas que não são religiosas (Norenzayan & Hansen 2006; Vail et al, 2009).

A *TMT* faz previsões muito semelhantes aquelas da *TB*, no que respeita ao modo como a religiosidade se correlaciona com a FFR, com ambas as teorias a prever uma relação inversa entre estes fatores (Edmondson et al, 2008; Ellis & Wahab, 2013; Jonas & Fischer 2006).

Vários autores propuseram que quando atingem a maioridade, todos os indivíduos se confrontaram conscientemente com a realidade da sua morte, e que tal contemplação originou a ascensão de religiões por todo o mundo (Feifel, 1974; Spilka, Minton, Sizemore & Stout, 1977). A *TB* afirma que as religiões desenvolveram conjuntos de premissas e deduções para aliviar a AFM dos seus fiéis. Segundo a maior parte das religiões, isto é feito através do ensinamento que todas as pessoas têm uma alma que viverá para sempre em paz e felicidade, desde que as pessoas sigam um conjunto de regras enquanto estão vivas. Em função disto, a *TB* prevê que a religiosidade vai estar inversamente relacionada com a AFM, agindo como *buffer* da mesma (Ellis & Wahab, 2013).

A TC foi proposta por Nelson e Cantrell (1980), que argumentaram que a relação entre a AFM e a religiosidade deveria ser curvilínea, por vários motivos: (1) quase toda a gente teme a morte, considerando a sua associação à dor e à perda de entes queridos; (2) pessoas extremamente religiosas acreditam numa vida após a morte, e estarão assim motivadas para agirem de acordo com os ditames da sua religião; e, (3) pessoas que não são religiosas tendem a não se preocupar, ou até mesmo a não acreditar, numa existência após a morte, pelo que, segundo os autores, devem ter poucos motivos para a temer. De notar a possibilidade de que estes indivíduos desenvolvem sistemas de crenças alternativos, mais “terrenos”, por assim dizer, que lhes fornecem maneiras alternativas de lidar com a morte. Estes sistemas e métodos alternativos prendem-se com a generatividade, que “convida sempre a possibilidade de uma mudança energética para a produtividade e a criatividade” (Erikson & Erikson, 1997, p. 51). A generatividade é uma forma de deixar um legado que permaneça após a morte do indivíduo, seja através geração e criação de novos seres (filhos e netos), ou através da

criação de produtos e ideias, tais como escrever e publicar um livro, por exemplo, procurando assim evitar uma sensação de estagnação.

Por último, estes autores propuseram ainda que os indivíduos moderadamente religiosos são aqueles que experienciam mais AFM, isto porque, quando comparados com os grupos previamente mencionados em (2) e (3), são mais propensos a sentirem dúvidas quanto à sua crença numa vida após a morte. Esta dúvida causa mais AFM, pois estes indivíduos consideram o seu futuro como sendo mais nebuloso e incerto.

A TAM é a mais recente das quatro teorias (Ellis & Wahab, 2013), e estipula que a presença, pelo menos, de uma AFM moderada é inevitável, e que, à medida que a dor e as doenças de um indivíduo aumentam, a sua AFM diminui. Isto, possivelmente, porque estas dificuldades em vida empurram o indivíduo para a procura de maneiras de lidar com, ou até mesmo aceitar, a eventualidade da morte, possibilitando-lhe a passagem, segundo o modelo de Kübler-Ross (1973), à fase da aceitação da morte.

Quanto à religião, segundo a TAM, a crença numa vida após a morte acaba por contribuir para o aumento da AFM, pois de acordo com a maioria dos ensinamentos religiosos essa vida pode ser muito boa, tal como uma eternidade num Paraíso, ou muito má, tal como uma eternidade num Inferno, sem escapatória possível (Ellis & Wahab, 2013). Assim sendo, indivíduos muito religiosos seriam aqueles com uma maior AFM, se se considerar a especificidade da crença num Deus exigente e castigador. Contudo, essa AFM pode ser mitigada, se os indivíduos se considerarem virtuosos segundo os princípios da sua religião, incluindo assim a presença de alguma curvilinearidade, a qual se pode dever à especificidade da presença de um Deus castigador como figura principal, quando, muitas religiões não encaixam nesta conceção.

Esta teoria, também muito em função do quão recente é, é a menos estudada, contudo ela contempla a hipótese mais amplamente aceite neste âmbito, a de que existe uma relação inversa entre a AFM e a religiosidade, o que encaixa tanto com o postulado na *TMT* como na *TB* (Ellis & Wahab, 2013).

Género, Ansiedade Face à Morte e Fé Religiosa

O género é considerado um preditor fiável da ansiedade (Russac, Gatliff, Reece & Spottswood, 2007), e a sua capacidade de predição mantém-se, no que toca à AFM. Esta capacidade é tão consensual dentro da literatura, que existe um efeito denominado efeito de género (Hickson, Housley & Boyle, 1988; Lehto & Stein, 2009; Russac et al, 2007), referente à maior AFM reportada por mulheres, em comparação com os homens

(Dattel & Neimeyer 1990; Ellis & Wahab, 2013; Rasmussen & Johnson 1994; Rigdon & Epting 1985).

Este efeito pode ser um indicador de uma realidade desenvolvimental complexa, uma vez que, apesar da AFM atingir um pico na casa dos 20 anos, tanto para homens como para mulheres, os declínios subsequentes apresentam caminhos específicos para cada género: pese embora a existência de um declínio em ambos os géneros na preocupação com a morte com o passar da idade, ao contrário dos homens, a mulheres exibem um pico secundário por volta dos 50 anos. A partir dos 60 anos, a AFM para ambos os géneros aparenta estabilizar num nível baixo e, acresce, as diferenças entre os géneros atenuam-se (Russac et al, 2007).

Quanto à fé religiosa, ou religiosidade, pelo menos no que toca ao Cristianismo (Sullins, 2006), as mulheres são mais religiosas do que os homens, particularmente no que toca à participação em cerimónias religiosas, ligadas, portanto, à RE (Amado & Diniz, 2017; Collett & Lizardo, 2009; Miller & Stark, 2002; Thompson & Remmes, 2002; Wilkinson, 2004). Diferenças religiosas entre os géneros notam-se desde cedo (Smith, Lundquist-Denton, Faris & Regnerus, 2002). Independentemente do quão cedo ela se comece a manifestar, a diferença no envolvimento religioso mantém-se ao longo do ciclo de vida (Amado & Diniz, 2017; De Vaus & McAllister 1987; Skarupski, Fitchett, Evans, & Mendes de Leon, 2010).

De um modo geral, os indivíduos religiosos exibem menos AFM do que os indivíduos que não são religiosos (Henrie & Patrick, 2014; McMordie, 1981; Templer & Dotson, 1970). Os resultados obtidos por McMordie (1981) apoiaram a existência de uma relação entre a AFM e a religiosidade, bem como a ideia de que a força das convicções é, efetivamente, um determinante no que toca ao medo da morte. Foi então hipotetizado que um sistema de crenças religiosas forte origina perceções de maior controlo e previsibilidade, o que diminui o medo da morte. Acresce que a crença na vida depois da morte encontra-se negativamente correlacionada com a AFM (Chaiwutikornwanich, 2015; Cohen et al. 2005; Cohen & Hall 2009; Morris & Mcadie 2009).

Contudo, apesar da existência de uma relação entre a AFM e a religiosidade estar comprovada, permanecem dúvidas sobre se os indivíduos experienciam menos AFM porque são religiosos (Cicirelli, 2002; Cohen et al, 2005; Landau, Greenberg, & Solomon, 2004; Vail et al, 2009), ou se a presença de AFM leva os indivíduos a

aproximar-se da religião (Argue, Johnson & White, 1999; Thorson, 1991; Jong et al., 2013).

O Problema de Investigação

Pretendeu-se investigar as relações existentes entre o género, a AFM e a FFR. De acordo com a literatura, o género exerce influência sobre estes dois construtos, sendo considerado um preditor fiável da AFM (Russac et al, 2007). Existe mesmo um efeito de género, referente à maior AFM reportada por mulheres, em comparação com os homens (Hickson, Housley & Boyle, 1988; Lehto & Stein, 2009; Russac et al, 2007). Quanto à FFR pelo menos no que toca ao Cristianismo (Sullins, 2006), as mulheres são mais religiosas do que os homens, particularmente no que toca à participação em cerimónias religiosas, ligadas, portanto, à RE (Amado & Diniz, 2017; Collett & Lizardo, 2009; Miller & Stark, 2002; Thompson & Remmes, 2002; Wilkinson, 2004).

Para além disto, a literatura aponta para a existência de uma relação entre a AFM e a FFR, mas não existe um completo consenso quanto a qual destes construtos exerce influência sobre o outro, e em que circunstâncias. De um modo geral, os indivíduos mais religiosos exibem menos AFM do que os indivíduos que não são religiosos (Henrie & Patrick, 2014; McMordie, 1981; Templer & Dotson, 1970). Contudo, Nelson e Cantrell (1980) argumentaram que tanto os indivíduos extremamente religiosos como os indivíduos nada religiosos devem exibir uma menor AFM, devido à força das suas convicções e crenças, sobretudo no que respeita à existência de uma vida após a morte. Isto implica que, em termos religiosos, os indivíduos moderadamente religiosos são aqueles que experienciam mais AFM, isto porque, quando comparados com os grupos previamente mencionados, são mais propensos a sentirem dúvidas quanto à sua crença numa vida após a morte. Esta dúvida causa mais AFM, pois estes indivíduos consideram o seu futuro como sendo mais nebuloso e incerto.

Os resultados obtidos por McMordie (1981) apoiaram a existência de uma relação entre a AFM e a religiosidade, bem como a ideia de que a força das convicções religiosas é, efetivamente, um determinante no que toca ao MM, com os indivíduos a experienciarem menos AFM quanto mais fortes as suas convicções religiosas são. Contudo, permanecem dúvidas sobre se os indivíduos experienciam menos AFM porque são religiosos (Basset, 2005; 2007; Cicirelli, 2002; Cohen et al, 2005), ou se a presença de AFM leva os indivíduos a aproximar-se da religião (Argue, Johnson & White, 1999; Vail et al, 2009). É possível que a falta de consenso seja devida à adequação de ambas as hipóteses, mas para faixas etárias diferentes.

Sustentado nas hipóteses atrás mencionadas quanto às relações entre o género a FFR e a AFM, no presente estudo pretendeu-se apreciar as relações representadas nos modelos da Figura 1. No modelo A, a força da fé religiosa (FFR) é mediadora da relação entre o género e a AFM, representando a hipótese de que a FFR é preditora da AFM: autores como Basset (2005; 2007), Cicirelli (2002) e Cohen et al (2005) apontaram que a AFM é consequência de variáveis culturais ligadas à visão do mundo, apontando especificamente a importância da religiosidade. Os idosos constituem a faixa etária com maiores níveis de religiosidade, e a própria religiosidade torna-se mais importante para os indivíduos com o avançar da idade (Thorson, 1991), pelo que a hipótese dos indivíduos experienciarem menos AFM por serem religiosos se adequa mais a esta faixa etária.

No modelo B, a AFM é mediadora da relação entre o género e a FFR, representando a hipótese de que a AFM é preditora da FFR: admite-se que o envolvimento em atividades religiosas resultará da AFM sentida quando se trata de encarar a proximidade da morte. Esta hipótese é apoiada por autores como Argue, Johnson e White (1999) e Vail et al (2009), segundo os quais a religiosidade pode oferecer uma visão do mundo que proteja os indivíduos do mal-estar associado com a própria mortalidade. A hipótese de que os indivíduos se aproximam da religião por experienciarem AFM adequa-se mais à faixa etária dos adultos na meia-idade, dado que as pessoas nesta faixa etária começam a preocupar-se com o seu envelhecimento e, conseqüentemente, com a sua própria morte (Craciun & Flick, 2014).

Assim sendo, as relações entre a AFM e a religiosidade podem encaixar-se nos modelos A e B, com o modelo A sendo ilustrativo dos indivíduos que experienciam menos AFM porque são religiosos e, possivelmente, sendo mais adequado para os idosos (Thorson, 1991), e o modelo B a ilustrar os indivíduos que se aproximam da religião por experienciarem AFM, sendo, por sua vez, possivelmente mais adequado para os adultos na meia-idade (Vail et al, 2009). Para além disto, também é possível encaixar os modelos A e B nas teorias previamente mencionadas: o modelo A pode encaixar-se na *TMT* ou na *TB* (Ellis & Wahab, 2013; Norenzayan & Hansen 2006), ao passo que o modelo B pode encaixar-se na *TC* (Nelson & Cantrell, 1980).

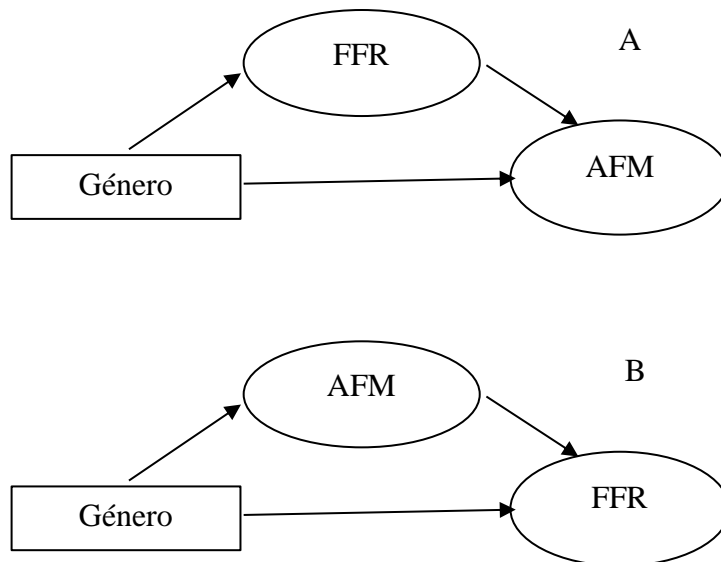


Figura 1. Modelos de mediação da relação entre o género, a ansiedade face à morte e a fé religiosa: Diagramas conceituais. Ver páginas 5 e 6 para abreviaturas.

O objetivo nuclear deste trabalho foi, então, o de avaliar qual dos modelos da Figura 1 era o mais adequado para representar este fenómeno nos idosos e nos adultos na meia-idade. As relações entre as variáveis eram já conhecidas, mas colocá-las desta forma, isto é, num modelo de mediação e, mais ainda, contrastando dois modelos, tanto quanto foi possível saber, nunca foi feito.

Em função da presença de dois grupos amostrais neste estudo, idosos e adultos na meia-idade, os resultados dos mesmos serão apresentados sequencialmente, com o grupo dos idosos aparecendo sempre em primeiro lugar, uma vez que o modelo e os construtos que o compõem (FFR e AFM) foram primeiro estabilizados neste grupo, e só depois replicados para o grupo dos adultos na meia-idade.

Método

Participantes

A amostra ($N = 1319$) foi constituída não-probabilisticamente, por idosos ($N = 1005$), bem como por adultos na meia-idade ($N = 314$). As idades dos participantes variaram entre os 65 e os 97 anos ($Mdn = 81$) para os idosos, e entre os 40 e os 55 anos ($Mdn = 50$) para os adultos. A maior parte dos participantes era do género feminino, compondo 61.7% da amostra dos idosos, e 51.7% da amostra dos adultos. No que concerne à religião, a maioria dos idosos identificou-se como cristã-praticante (48.8%), enquanto que a maioria dos adultos se identificou como cristã não-praticante (55.9%). Ateus e agnósticos compunham a minoria em ambos os grupos, apresentando, contudo,

uma presença mais significativa nos adultos na meia-idade (17.8%) do que nos idosos (7.8%), com uma diferença de 10% entre as faixas etárias. O leque dos anos de escolaridade variou dos zero aos 22 anos para os idosos (*Mdn* = 11), e dos dois aos 27 anos para os adultos na meia-idade (*Mdn* = 14), com os níveis de escolaridade de ambos os grupos presentes na Tabela 1.

Tabela 1. *Descrição da Amostra*

	Idosos		Adultos na meia-idade	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Género				
Mulheres	620	61.7	163	51.7
Homens	385	38.3	152	48.3
Religião				
Ateu/Agnóstico	78	7.8	56	17.8
Não-Praticante	437	43.5	176	55.9
Praticante	490	48.8	83	26.3
Nível de escolaridade				
Analfabetos	100	10.0	0	0
Frequência do primeiro ciclo	594	59.1	13	4.1
Frequência do segundo/terceiro ciclos	145	14.4	76	24.1
Frequência do ensino secundário	69	6.9	110	34.9
Frequência do ensino superior ou mais	97	9.7	116	36.8

Nota. No que concerne à religião e ao nível de escolaridade, as percentagens não perfazem um total de 100%, em razão dos arredondamentos das parcelas às décimas.

Os idosos revelaram uma escolarização menos diferenciada, evidente através das percentagens de analfabetismo, inexistentes nos adultos de meia-idade, e da frequência do primeiro ciclo, o nível de escolaridade mais comum entre os idosos, contrariamente aos adultos de meia-idade, cujo nível de escolaridade mais comum é a frequência de ensino superior ou mais. Existe quase uma inversão do nível de escolaridade entre os dois grupos, com 69.1% dos idosos com uma educação escolar muito baixa, ou até mesmo inexistente (10% dos referidos 69.1%), e 71.7% dos adultos na meia-idade com uma educação escolar muito elevada.

Também na Tabela 1 pode observa-se que a proporção de mulheres entre os idosos foi muito elevada, sendo quase o dobro da percentagem de homens idosos, enquanto nos adultos na meia-idade a distribuição entre géneros é praticamente paritária. Acresce que, no que respeita à religião, existiu uma disparidade entre os praticantes dos dois grupos etários, com a percentagem de idosos praticantes muito perto de ser o dobro da percentagem de adultos na meia-idade praticantes.

Materiais

Questionário sociodemográfico. Recorreu-se à utilização de um conjunto de questões sociodemográficas para descrever a amostra e operacionalizar os preditores dos modelos (Figura 1). Foram utilizadas as seguintes notações para o género: feminino = 1; masculino = 2. No que respeita à religião: ateu ou agnóstico(a) = 1; cristão(ã) ou outra religião, mas não praticante = 2; cristão(ã) ou outra religião, mas praticante = 3.

Escala de Ansiedade Face à Morte Revista (EAMR). A EAMR é a versão portuguesa da *Revised Death Anxiety Scale (RDAS)* (Carvalho et al, 2008). A *RDAS* foi construída através da modificação realizada por Nehrke, em 1973 (tal como citado por Thorson & Powell, 1992 e Neimeyer, 1994, capítulo 3), da *Fear of Death Scale (FODS)*, de Boyar (tal como citado por Templer, 1970), e da *Death Anxiety Scale (DAS)*, de Templer (1970), sendo inicialmente intitulada *Nehrke-Templer-Boyar (NTB)*; Neimeyer, 1994, capítulo 3; Thorson & Powell, 1992).

Todas as escalas que contribuíram para a origem da *RDAS*, bem como a própria *RDAS*, utilizaram uma análise fatorial exploratória (AFE), pelo método dos componentes principais, com rotação ortogonal (varimax).

A *FODS* consistia num teste não publicado, criado para a elaboração da tese de Doutoramento de Boyar (tal como citado por Davis, 1984). Inicialmente contava com 30 itens sobre o medo da morte, mas a *FODS* final era composta por 18 itens (Davis, 1984), que se focavam sobretudo no ato de morrer, na finalidade da morte, em cadáveres e no seu enterro (Templer, 1970).

Também enquanto predecessora da *RDAS*, a *DAS* tem que ser mencionada. A *DAS* (Templer, 1970) foi desenvolvida de modo a que os seus itens refletissem uma maior variedade de experiências de vida, quando comparada com os itens da *FODS*. Embora inicialmente composta por 40 itens, nove deles foram descartados após uma primeira análise, e dos 31 que daí resultaram, 16 foram excluídos após uma segunda análise. A escala final ficou assim com 15 itens, divididos entre verdadeiro/falso, em que os nove

itens identificados como verdadeiros diziam respeito à presença de medos relacionados com a morte (tais como “Tremo quando oiço as pessoas a falar de uma Terceira Guerra Mundial”), e os restantes seis itens, identificados como falsos, diziam respeito à ausência de medos relacionados com a morte (tais como “Não estou particularmente assustado por poder vir a ter cancro”).

Aquando do primeiro e segundo estudos, o *NTB* era composto por 34 itens, 19 da *FODS*, e 15 da *DAS* (Thorson & Perkins, 1977). Os itens eram de resposta dicotómica (verdadeiro/falso), e os dados recolhidos através deles revelaram quatro componentes principais: Medo de Isolamento, Inatividade e Imobilidade; Medo da Dor; Medo do Conceito e da Finalidade da Morte, e Medo da Decomposição e do Enterro.

No terceiro estudo, em 1984 (Thorson & Powell, tal como citado por Thorson & Powell, 1992), o *NTB* recebeu a sua designação atual – *RDAS* –, contendo então 25 itens, e era cotada da mesma forma que nos estudos anteriores. Esta redução no número de itens (menos nove itens que do que o *NTB* original) deveu-se à opinião dos autores (Thorson & Perkins, 1977) de que o *NTB* se relacionava mais com o isolamento e a claustrofobia do que com a AFM. Tendo em conta estes resultados, os autores acrescentaram itens que se relacionavam com a ansiedade e a perda de controlo pessoal, e eliminaram itens redundantes, ao mesmo tempo que procuraram diminuir a expressão da ansiedade relativamente ao isolamento, e aumentar a expressão da ansiedade face à dor.

Thorson e Powell (1984, tal como citado por Thorson & Powell, 1992) procuraram aperfeiçoar a estrutura da *RDAS*, ao melhorar as correlações dos itens entre si, e com o total da escala, bem como reavaliar a sua dimensionalidade, e a escala passou então a ter 21 itens. Foram eliminados o item 2, porque a sua omissão aumentava o *alpha* da escala, e os itens 13, 16 e 24, porque apresentavam correlações baixas com os seus componentes principais (Carvalho et al, 2008). A designação dos componentes principais também mudou neste estudo (Thorson & Powell, 1984, tal como citado por Thorson & Powell, 1992), com os mesmos a serem então designados por: Incerteza/Controlo Pessoal (ICP), Dor, MPM e Funeral/Decomposição (FD). Este modelo de 21 itens era um modelo de baixa ansiedade, em virtude de utilizar uma amostra em que os indivíduos não foram selecionados por apresentarem níveis elevados de ansiedade.

No quinto estudo (Thorson & Powell, 1992), a *RDAS* foi, pela primeira vez, aplicada com itens de resposta tipo-Likert, com uma escala de cinco pontos – de 0

(menor ansiedade) a 4 (maior ansiedade) –, para melhorar a sua sensibilidade. Este modelo de 25 itens era um modelo de alta ansiedade, dado que procurou utilizar propositadamente uma amostra composta por indivíduos que apresentavam níveis elevados de ansiedade.

A tradução da *RDAS* para português 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, *EAMR*, resultante da comparação das duas versões, foi discutida com dois peritos em avaliação psicológica. Procurou-se assim assegurar a correspondência entre a versão original da *RDAS*, e a versão traduzida, *EAMR* (Carvalho et al, 2008; Van de Vijver, 1996), que foi examinada através do recurso a uma análise fatorial confirmatória (AFC).

No presente estudo administrou-se a prova de 25 itens, correspondente ao estudo de Thorson e Powell de 1992, ainda que a nomeação dos fatores tenha sido feita segundo o modelo de Thorson e Powell de 1984 (tal como citado por Carvalho et al, 2008), o modelo de baixa ansiedade – ICP, Dor, MPM e FD. Este modelo de baixa ansiedade foi o mesmo modelo selecionado por Carvalho et al, (2008). Em ambos os casos o modelo de baixa ansiedade era o mais adequado para as populações em estudo, uma vez que o modelo alternativo, o modelo de alta ansiedade (Thorson & Powell, 1992), foi considerado inadequado, dado que nem o presente estudo, nem o estudo de Carvalho et al. (2008) se focavam especificamente em populações com níveis elevados de ansiedade. Entretanto, os resultados da adaptação da *RDAS* para idosos portugueses apontaram para a existência de dois, e não quatro fatores: Ansiedade do Processo de Morrer, congregando itens dos fatores Dor e MPM, e Incerteza, congregando itens dos fatores ICP e FD.

Apesar de terem sido administrados todos os 25 itens da *EAMR*, só os 21 presentes no modelo de baixa ansiedade (Thorson & Powell, 1984, tal como citado por Thorson & Powell, 1992) foram trabalhados. Para além das razões já apresentadas, um outro fator exerceu um peso considerável na decisão de utilizar o modelo de baixa ansiedade, por oposição ao modelo de alta ansiedade. Acresce que no modelo de alta ansiedade (Thorson & Powell, 1992) os itens 15 (“A dor envolvida no acto de morrer amedronta-me”) e 22 (“O total isolamento provocado pela morte assusta-me”) eram ambíguos, relacionando-se com mais do que um componente principal, contrariamente ao que ocorria no modelo de baixa ansiedade.

Questionário de Força da Fé Religiosa de Santa Clara: Versão Reduzida (QFFRSC-Versão Reduzida). O *SCSRFQ-Brief Version* (Plante, Vallaeys, Sherman & Wallston, 2002), no qual o QFFRSC se baseia, é a versão reduzida do *Santa Clara Strength Of Religious Faith Questionnaire (SCSRFQ; Plante & Boccaccini, 1997)*, um questionário de 10 itens, amplamente utilizado em amostras sociodemográficas diversas (Amado & Diniz, 2017; Cummings et al., 2015), para avaliar a força da fé religiosa, e a sua relação com resultados de saúde psicológica (Plante, 2010).

A versão reduzida do QFFRSC (Amado & Diniz, 2017) é a tradução e adaptação portuguesa do *SCSRFQ-Brief Version*, feita através do recurso a tradutores bilingues e a retroversão, e teve em conta as características culturais e sociais dos idosos portugueses (Amado, 2008; Amado & Diniz, 2017). O questionário é composto por cinco itens numa escala tipo-Likert, de 1 a 4 pontos, que abordam tópicos da fé religiosa que vão para além da pertença a uma religião e da frequência com que os indivíduos se deslocam à igreja (Amado & Diniz, 2017).

Procedimento

Recolha de dados. A amostra resultou de um ficheiro com 764 casos de idosos, recolhidos nos trabalhos desenvolvidos no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), entre os anos letivos 2008/2009, e 2009/2010, no âmbito da linha de investigação “Transições na Vida Adulta: Dinâmicas Adaptativas do Adulto Idoso”, coordenada pelo Orientador do presente estudo. Esta amostra era composta por idosos anónimos e voluntários, que não apresentavam compromissos cognitivos nem depressão. Esta amostra foi recolhida através de uma triangulação de técnicas não-probabilísticas, nomeadamente, de conveniência, de tipo bola-de-neve e mediante informantes privilegiados em Centros de Dia. Acresceu-se ao ficheiro 166 casos de idosos, recolhidos durante o ano letivo 2011/2012 no âmbito da unidade curricular de Seminário de Dissertação das Áreas de Psicologia da Educação e de Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade de Évora (UÉ); e 365 casos de idosos, adultos na meia-idade e jovens adultos, recolhidos por estudantes voluntários do Departamento de Psicologia da UÉ, durante o ano letivo 2018/2019, que foram devidamente treinados e preparados para administrar heterogeneamente as baterias e recolher adequadamente os dados.

Este ficheiro foi completado com 150 casos de idosos, adultos na meia-idade e jovens adultos, dos quais 75 protocolos foram recolhidos pela autora, através das técnicas de conveniência e de tipo bola-de-neve. Os restantes 75 protocolos, também

eles compostos por idosos, adultos na meia-idade e jovens adultos, foram recolhidos no âmbito do desenvolvimento de um outro estudo (Carvalho, 2019), que ainda se encontra em preparação. Destes 150 protocolos, 75 foram utilizados no presente trabalho, e os restantes 75 foram utilizados no âmbito do estudo de Carvalho (2019), que ainda se encontra em progresso.

Foram inicialmente encontrados alguns valores omissos na amostra. 109 casos nos idosos, 108 dos quais localizados nos níveis de escolaridade, cujos valores foram substituídos através do cálculo da mediana das respostas dos restantes sujeitos, e o restante caso localizado no item 5 (“A minha fé tem impacto em muitas das minhas decisões”) do QFFRSC-Versão Reduzida, cujo valor foi substituído pela mediana das restantes respostas dos sujeitos ao mesmo item.

Nos adultos na meia-idade foi anulado um protocolo, por apresentar uma quantidade inaceitável de valores omissos. Para além deste protocolo, foram ainda encontrados 23 valores omissos, nove dos quais na EAMR: dois casos no item 8 – “Horroriza-me pensar que posso vir a ser operado(a)”; dois casos no item 12 – “Odeio a ideia de ser abandonado(a) depois de morrer”; um caso no item 14 – “Preocupa-me que, depois de morrer, nunca mais vou sentir o que quer que seja”; um caso no item 15 – “A dor envolvida no acto de morrer amedronta-me”; um caso no item 17 – “Não estou preocupado(a) com o facto de poder vir a ser abandonado(a)”; um caso no item 22 – “O total isolamento provocado pela morte assusta-me”; e um último caso no item 25 – “O que vai acontecer com o meu corpo depois de eu morrer não me incomoda”. Todos estes valores foram substituídos através do cálculo da mediana das respostas dos restantes sujeitos aos mesmos itens.

Os 14 restantes valores omissos encontravam-se no QFFRSC-Versão Reduzida, com um caso no item 1 – “Rezo todos os dias”; quatro casos no item 2 – “Vejo a minha fé como dando significado e objectivo à minha vida”; dois casos no item 3 – “Considero-me activo(a) na minha fé ou igreja”; quatro casos no item 4 – “Gosto de estar com outras pessoas que têm a minha fé”; e três casos no item 5 – “A minha fé tem impacto em muitas das minhas decisões”. Estes valores omissos foram substituídos através do cálculo da mediana das respostas dos restantes sujeitos aos mesmos itens.

Quanto à recolha da informação, cada participante tomou conhecimento dos objetivos do estudo, participando de forma anónima e voluntária, assinando um consentimento informado. Relativamente à aplicação das provas, estas foram organizadas em duas baterias, de modo a permitir um contrabalanceamento, ou seja, de

modo a evitar a administração das provas pela mesma ordem a dois participantes seguidos. A sequência A foi organizada da seguinte forma: o Questionário Sócio-Demográfico, a EAMR (Carvalho et al, 2008), o QFFRSC-Versão Reduzida (Amado & Diniz, 2017), e por último o *Death Anxiety Questionnaire (DAQ)* (Conte, Weiner & Plutchik, 1982), que esteve envolvido no desenvolvimento de um outro estudo (Carvalho, 2019). A sequência B organizou-se do seguinte modo: o Questionário Sócio-Demográfico, o *DAQ*, o QFFRSC-Versão Reduzida, e por último, a EAMR.

A recolha de dados obedeceu a critérios de carácter instrumental, face às características da população idosa (analfabetismo e/ou problemas funcionais), e de carácter ético-deontológico, possibilitando o controlo dos entrevistadores sobre o eventual efeito ansiogénico de alguns itens (Diniz & Amado, 2014). De modo a manter a maior homogeneidade possível, os questionários foram heteroadministrados tanto a idosos como a adultos na meia-idade, apesar deste último grupo apresentar muito menos problemas de aplicação no que toca ao analfabetismo, tal como se pode observar na Tabela 1, e a problemas funcionais.

Análise de dados. Após a inserção dos dados no programa *IBM SPSS Statistics for Windows (version 24.0)* procedeu-se à descrição da amostra. Foi utilizado o *LISREL 8.80* (Jöreskog & Sörbom, 2006) com o objetivo de testar os modelos da Figura 1, atendendo a que, para que haja um efeito de mediação, o efeito indireto, tal como os efeitos diretos que o compõem, têm de ser estatisticamente significativos (Iacobucci, Saldanha & Deng, 2007).

Antes do teste dos modelos, examinou-se a validade estrutural dos construtos neles envolvidos, recorrendo à AFC. Tendo em conta as recomendações de Anderson e Gerbing (1988), as qualidades psicométricas dos modelos oblíquos de medição dos construtos foram examinadas através da sua validade estrutural (VE), testada através da análise fatorial confirmatória (AFC) no *LISREL 8.80*, utilizando a linguagem *SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993). Isto foi feito antes do teste dos modelos de mediação objeto deste estudo (Figura 1), que incluem os fatores, ou os construtos latentes.

Uma vez estabilizados os modelos de medição, e considerando os parâmetros resultantes da AFC, avaliou-se a VC (que permite avaliar até que ponto duas medidas do mesmo conceito estão correlacionadas) e a fiabilidade (a medida da consistência interna entre os valores medidos dos itens de um constructo) dos fatores, através do cálculo da variância média extraída (VME) e da fiabilidade compósita (FC), que devem ser superiores a .50 (Fornell & Larcker, 1981) e a .80 (para comparação entre grupos;

Nunnally & Bernstein, 1994), respetivamente. Quanto à validade discriminante (VD; que permite avaliar até que ponto um constructo é verdadeiramente diferente dos demais), tem-se como critério que a variância partilhada (quadrado da correlação: ϕ^2) entre fatores deve ser inferior à VME de cada um (Fornell & Larcker, 1981).

Para o teste do ajustamento dos modelos foram apreciados os seguintes índices de ajustamento aos dados empíricos e respetivos valores de referência para indicar um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1998): *root mean square error of approximation (RMSEA*, que deve ser próximo ou inferior a .06); *comparative fit index (CFI*, que deve ser próximo ou superior a .95); *standardized root mean square residual (SRMR*, que deve ser próximo ou inferior a .08). Acresce que, segundo Browne e Cudeck (1993), um *RMSEA* de .08 indica um ajustamento somente aceitável.

Também se recorreu ao *expected cross-validation index (ECVI)*, utilizado para a comparação dos modelos da Figura 1, devendo escolher-se aquele que apresentar um menor *ECVI* (Browne & Cudeck, 1993). Para além destes índices de ajustamento heurístico, foram ainda considerados os valores do qui-quadrado de Satorra-Bentler ($SB\chi^2$), juntamente com os graus de liberdade (*gl*) dos modelos.

Tendo em conta que as variáveis assumiam uma métrica ordinal, selecionou-se a abordagem bivariada normal latente (Jöreskog, 2005), que consiste em tomar as distribuições latentes contínuas e normais das variáveis observadas, seccionadas por um número de limites distribucionais igual a $m - 1$ (m = número de categorias das variáveis observadas). Calcularam-se então as matrizes de correlações policóricas no *PRELIS 2* (Jöreskog & Sörbom, 1996) em conjunto com a respetiva matriz de covariâncias assintóticas, favorecendo assim as estimativas geradas sob condições de não-normalidade. A matriz de covariâncias assintótica permite uma melhor estimação do modelo, corrigindo o erro-padrão (*EP*) das correlações, minimizando-o (Flora & Curran, 2004). Essa estimação foi realizada por máxima verosimilhança (MV), recorrendo-se à correção robusta de Satorra e Bentler (Curran, West, & Finch, 1996), reduzindo a probabilidade de se cometer o erro de Tipo I no teste do modelo, ou seja, reduzindo a possibilidade de rejeição do modelo, mesmo que ele fosse verdadeiro. Esta correção só funciona na presença da matriz de covariâncias assintóticas, e permite a correção do *EP*, do qui-quadrado (χ^2) e do *root mean square error of (RMSEA)*.

Foram testados os dois modelos de mediação alternativos apresentados na Figura 1. Depois da seleção do modelo com o melhor *ECVI*, foi aplicada a seguinte fórmula (Diniz, Pocinho, & Almeida, 2011), baseada na diferença entre os efeitos totais e diretos

(não-estandardizados): $\Delta z = \text{efeito total} - \text{efeito direto/raíz quadrada} [(EP^2_{(\text{efeito total})} + EP^2_{(\text{efeito direto})})/2]$. Se o valor da estatística Δz for superior a 1.96, $p < .05$, significa que o efeito indireto contribuiu significativamente para o efeito total.

Recorde-se aqui, que neste trabalho primeiro testaram-se os modelos fatoriais e de mediação no grupo de idosos e só depois foram replicados no grupo de adultos na meia-idade.

Resultados

Escala de Ansiedade Face à Morte Revista (EAMR)

As primeiras análises com o *LISREL* utilizaram como base o modelo tetrafatorial oblíquo de 21 itens da EAMR (Carvalho et al, 2008; Thorson & Powell, 1992), distribuídos pelos fatores ICP, Dor, MPM e FD. Nos idosos as estatísticas de ajustamento indicaram que o modelo era plausível (bem ajustado aos dados empíricos): $SB^2 = 711.50$; $gl = 183$; $RMSEA [IC 90\%] = .054 [.050; .059]$; $CFI = .979$; $SRMR = .084$. Contudo, este modelo não era verosímil, uma vez que a correlação entre os fatores Dor e MPM era bastante elevada (ICP-Dor = .393; ICP-MPM = .194; ICP-FD = .536; Dor-MPM = .746; Dor-FD = .041; MPM-FD = .082), pelo que os itens que lhes estavam associados foram colapsados num único fator: DorMPM. Esta transformação tornou o modelo trifatorial oblíquo.

As estatísticas de ajustamento do mesmo modelo para os adultos na meia-idade também indicaram um bom ajustamento: $SB^2 = 419.70$; $gl = 183$; $RMSEA [IC 90\%] = .064 [.056; .072]$; $CFI = .972$; $SRMR = .078$. Os adultos na meia-idade apresentaram ainda os seguintes valores de correlação entre fatores: ICP-Dor = .559; ICP-MPM = .486; ICP-FD = .570; Dor-MPM = .633; Dor-FD = .193; MPM-FD = .799. Neste caso, a correlação entre os fatores MPM e FD era aquela que se apresentava como bastante elevada. Contudo, depois de estabilizado nos idosos, o modelo foi replicado nos adultos na meia-idade, pelo que os fatores Dor e MPM foram fundidos no fator DorMPM, apesar de não ser a correlação mais elevada neste grupo. Convém destacar que estes resultados parecem indicar a existência de estruturas diferentes para idosos e adultos na meia-idade. E note-se ainda que, mais do que a discrepância atrás observada, a correlação MPM-FD apresenta uma diferença abissal para idosos, onde é quase nula, e para os adultos na meia-idade, onde é muito elevada.

O modelo original de 21 itens estava bem ajustado, mas não era verosímil; em vez de quatro, deveriam ser três fatores. No que diz respeito à validade estrutural da EAMR,

após a fusão dos fatores Dor e MPM, o ajustamento do modelo para os idosos melhorou: $SB^2 = 483.23$; $gl = 149$; $RMSEA [IC 90\%] = .047 [.043; .052]$; $CFI = .986$; $SRMR = .061$. Os idosos apresentaram ainda os seguintes valores de correlação entre fatores: ICP-DorMPM = .352; ICP-FD = .536; DorMPM-FD = .026.

Esta fusão melhorou também o ajustamento do modelo para os adultos na meia-idade: $SB^2 = 294.545$; $gl = 149$; $RMSEA [IC 90\%] = .056 [.046; .065]$; $CFI = .981$; $SRMR = .073$. Os adultos na meia-idade apresentaram ainda os seguintes valores de correlação entre fatores: ICP-DorMPM = .501; ICP-FD = .583; DorMPM-FD = .203.

Contudo, houve que proceder à eliminação de dois itens pertencentes ao fator DorMPM (itens 17 e 21), que não se revelaram adequados para representar os respetivos fatores. O item 17, “Não estou preocupado(a) com o facto de poder vir a ser abandonado(a)”, apresentou pesos fatoriais (β) e comunalidades (R^2) baixos tanto nos idosos ($\beta = .06$; $R^2 = .00$), quanto nos adultos na meia-idade ($\beta = .25$; $R^2 = .06$). O item 17 relaciona-se com o tópico do abandono, e a sua desadequação pode dever-se à construção vaga do item, que não especifica se o abandono em questão ocorre antes da morte, enquanto a pessoa está moribunda, ou depois de se morrer. Este item já havia apresentado problemas no estudo de Carvalho et al (2008).

Quanto ao item 21, “Não estou nada preocupado em ter as coisas sob controlo”, ele também apresentou resultados indesejados, tanto para idosos ($\beta = .06$; $R^2 = .00$), como para adultos na meia-idade ($\beta = .10$; $R^2 = .01$). O item 21 relaciona-se com o tópico do controlo, e a sua desadequação também já havia sido reportada (Carvalho et al, 2008). Isto pode estar relacionado com a construção demasiado vaga do item.

Após a eliminação dos referidos itens, o modelo trifatorial oblíquo passou então a ter 19 itens. O teste deste modelo revelou que ele estava bem ajustado aos dados empíricos recolhidos junto dos idosos ($SB\chi^2 = 483.23$; $gl = 149$; $RMSEA [IC 90\%] = .047 [.043; .052]$; $CFI = .986$; $SRMR = .061$) e dos adultos na meia-idade ($SB\chi^2 = 294.55$; $gl = 149$; $RMSEA [IC 90\%] = .056 [.046; .065]$; $CFI = .981$; $SRMR = .073$).

Contudo, o item 8, “Horroriza-me pensar que posso vir a ser operado(a)”, pertencente ao mesmo fator (DorMPM), apresentou um peso fatorial baixo, tanto para os idosos ($\beta = .38$; $R^2 = .14$) como para os adultos na meia-idade ($\beta = .33$; $R^2 = .11$), prejudicando as propriedades psicométricas do fator, nomeadamente a sua VC (VME = .41 para os idosos; VME = .34 para os adultos na meia-idade), pelo que foi excluído dos resultados finais do modelo de medição (Tabela 2). Estes resultados, no que respeita ao

fator DorMPM, mostram uma melhoria na sua VC para ambos os grupos etários, mais acentuadamente observada no grupo dos adultos na meia-idade (Tabela 2).

Tabela 2. *Modelo Trifatorial Oblíquo da EAMR para Idosos e Adultos na meia-idade: Resultados Psicométricos*

Item (Fator)	Idosos		Adultos na meia-idade	
	β	R^2	β	R^2
Item 3 (ICP)	.75	.56	.82	.67
Item 5	.58	.34	.57	.32
Item 6	.76	.58	.78	.61
Item 7	.82	.67	.76	.58
Item 9	.67	.45	.78	.61
Item 12	.74	.55	.69	.48
Item 14	.80	.64	.75	.56
Item 18	.78	.61	.77	.59
Item 19	.77	.59	.71	.50
Item 20	.75	.56	.80	.64
Item 22	.77	.59	.81	.66
VME	.56		.57	
FC	.93		.93	
Item 1 (DorMPM)	.76	.58	.78	.61
Item 10	.60	.36	.57	.32
Item 15	.80	.64	.68	.46
Item 23	.49	.24	.46	.21
VME	.45		.40	
FC	.76		.72	
Item 4 (FD)	.73	.53	.55	.30
Item 11	.74	.55	.58	.34
Item 25	.67	.45	.74	.55
VME	.51		.40	
FC	.76		.66	
ICP-DorMPM ($\varphi - \varphi^2$)	.33	.11	.50	.25
ICP-FD ($\varphi - \varphi^2$)	.54	.29	.58	.34
DorMPM-FD ($\varphi - \varphi^2$)	.02	.00	.20	.04

Nota. β = peso fatorial estandardizado; R^2 (comunalidade) = $1 - \varepsilon$ (variância do resíduo estandardizada); φ = correlação; φ^2 = variância partilhada. Ver páginas 5 e 6 para abreviaturas.

Como hipótese substantiva para justificar estes resultados estatísticos, o conteúdo do item 8 inicia-se por um superlativo (“Horroriza-me”) que remete para estados emocionais extremos, ao qual se segue um conteúdo que remete para um distanciamento temporal (“posso vir a ser”), induzindo relatividade na asserção. Esta dissonância poderá ser a razão para o ocorrido. Se, porventura, o item fosse “Tenho receio de ser operado(a)”, seria possível a sua manutenção no fator.

Entretanto, o modelo trifatorial oblíquo da EAMR, com 18 itens, ajustava-se melhor do que o anterior aos dados empíricos, tanto para os idosos ($SB^2 = 444.25$; $gl = 132$; $RMSEA$ [IC 90%] = .049 [.044; .054]; $CFI = .961$; $SRMR = .056$) como para os adultos na meia-idade ($SB^2 = 265.44$; $gl = 132$; $RMSEA$ [IC 90%] = .057 [.047; .067]; $CFI = .982$; $SRMR = .065$), apesar de ser mais notória a sua adequação no caso da amostra dos adultos na meia-idade.

Conforme pode ser observado na Tabela 2, o modelo apresentou uma boa VD entre os fatores ($\varphi^2 < VME$), bem como uma boa VC, e uma excelente FC para o fator ICP em ambos os grupos. Já quanto aos fatores DorMPM e FD, os resultados apontaram para um funcionamento diferencial dos mesmos através dos dois grupos etários, com o grupo dos idosos a apresentar resultados mais favoráveis do que o grupo dos adultos na meia-idade, quanto à VC. Para este último grupo, os resultados psicométricos destes fatores não foram satisfatórios, salvo o da FC no fator DorMPM. Uma última nota, para assinalar o resultado ligeiramente abaixo do valor desejado obtido para a VC deste fator no grupo dos idosos.

Questionário de Força da Fé Religiosa de Santa Clara: Versão Reduzida (QFFRSC-Versão Reduzida).

Testou-se o modelo do QFFRSC-Versão Reduzida de Amado e Diniz (2017), o qual contemplava uma covariância do erro entre os itens 4 e 5. Contudo, a covariância do erro entre estes dois itens foi estatisticamente significativa para os idosos (.06, EP = .02, $z = 2.86$, $p = .004$), mas não o foi para os adultos na meia-idade (.05, EP = .03, $z = 1.39$, $p = .165$). Perante esta discrepância, optou-se por testar também o modelo sem esta covariância de erro. Os resultados desse teste para idosos e para adultos na meia-idade são apresentados nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 3. *Resultados do Modelo do QFFRSC-Versão Reduzida com e sem Covariância para Idosos*

Modelo	SB χ^2	gl	RMSEA [IC 90%]	CFI	SRMR
M1	36.09	4	.089 [.064; .117]	.994	.020
M2	42.95	5	.087 [.064; .112]	.993	.023

Nota. M1 = modelo com covariância; M2 = modelo sem covariância. SB = Satorra-Bentler. Ver páginas 5 e 6 para abreviaturas.

Tabela 4. *Resultados do Modelo do QFFRSC-Versão Reduzida com e sem Covariância para Adultos na Meia-Idade*

Modelo	SB χ^2	gl	RMSEA [IC 90%]	CFI	SRMR
M1	12.40	4	.082 [.033; .136]	.995	.021
M2	14.54	5	.078 [.033; .126]	.995	.023

Nota. Ver páginas 5 e 6 para abreviaturas.

Os resultados observados nas Tabelas 3 e 4 apontam para semelhantes ajustamentos aos dados empíricos entre os modelos 1 e 2 para qualquer um dos grupos, pelo que, para o trabalho subsequente, foi considerado o modelo sem covariância de erro entre os itens 4 e 5. Porém, em qualquer um dos casos (M1 e M2), e para qualquer um dos grupos, o valor do *RMSEA* era relativamente desadequado (sempre muito próximo ou superior a .080; Browne & Cudeck, 1993), contrariamente aos das outras estatísticas de ajustamento. Entretanto, na Tabela 5 apresentam-se os resultados psicométricos desse modelo.

Tabela 5. *Modelo do QFFRSC-Versão Reduzida para Idosos e Adultos na meia-idade: Resultados Psicométricos*

Item (Fator)	Idosos		Adultos na meia-idade	
	β	R^2	β	R^2
Item 1 (FFR)	.86	.74	.82	.67
Item 2	.95	.90	.95	.90
Item 3	.88	.77	.92	.85
Item 4	.78	.61	.76	.58
Item 5	.89	.79	.92	.85
VME	.76		.77	
FC	.94		.94	

Nota. Ver páginas 5 e 6 para abreviaturas.

Ambos os grupos apresentaram valores essencialmente idênticos, com uma excelente VME, e uma FC também ela excelente.

Teste dos Modelos de Mediação Alternativos

Relativamente ao teste dos modelos da Figura 1, as Tabelas 3 e 4 revelam que, apesar de existir um bom ajustamento em ambos os modelos, para ambos os grupos etários, o modelo A (Figuras 2 e 3) é aquele que apresenta melhores estatísticas de ajustamento, nomeadamente, um menor *ECVI*, sendo este o modelo selecionado para as análises subsequentes.

Nota-se nas Tabelas 6 e 7 que o MA apresentou *ECVIs* menores do que o MB (Figura 1), o que conduziu à sua seleção para efeitos de análise substantiva (Figuras 2 e 3). Nota-se ainda que o *ECVI* é maior nos adultos na meia-idade do que nos idosos, tanto no modelo A como no modelo B.

Tabela 6. *Estatísticas de Ajustamento dos Modelos de Mediação Alternativos da Figura 1 no Grupo de Idosos*

Modelo	$SB\chi^2$	<i>gl</i>	<i>RMSEA</i> [IC 90%]	<i>CFI</i>	<i>SRMR</i>	<i>ECVI</i> [IC 90%]
MA	804.72	246	.048 [.044; .051]	.981	.121	.909 [.827; .998]
MB	808.38	246	.048 [.044; .051]	.981	.124	.913 [.831; 1.002]

Nota. MA = modelo com a fé religiosa como mediadora; MB = modelo com a ansiedade face à morte como mediadora.

Ver páginas 5 e 6 para abreviaturas.

Tabela 7. *Estatísticas de Ajustamento dos Modelos de Mediação Alternativos da Figura 1 no Grupo de Adultos na meia-idade na Meia-Idade*

Modelo	$SB\chi^2$	<i>gl</i>	<i>RMSEA</i> [IC 90%]	<i>CFI</i>	<i>SRMR</i>	<i>ECVI</i> [IC 90%]
MA	532.02	246	.061 [.054; .068]	.971	.141	2.045 [1.844; 2.270]
MB	532.85	246	.061 [.054; .068]	.970	.144	2.047 [1.847; 2.273]

Nota. Ver páginas 5 e 6 para abreviaturas.

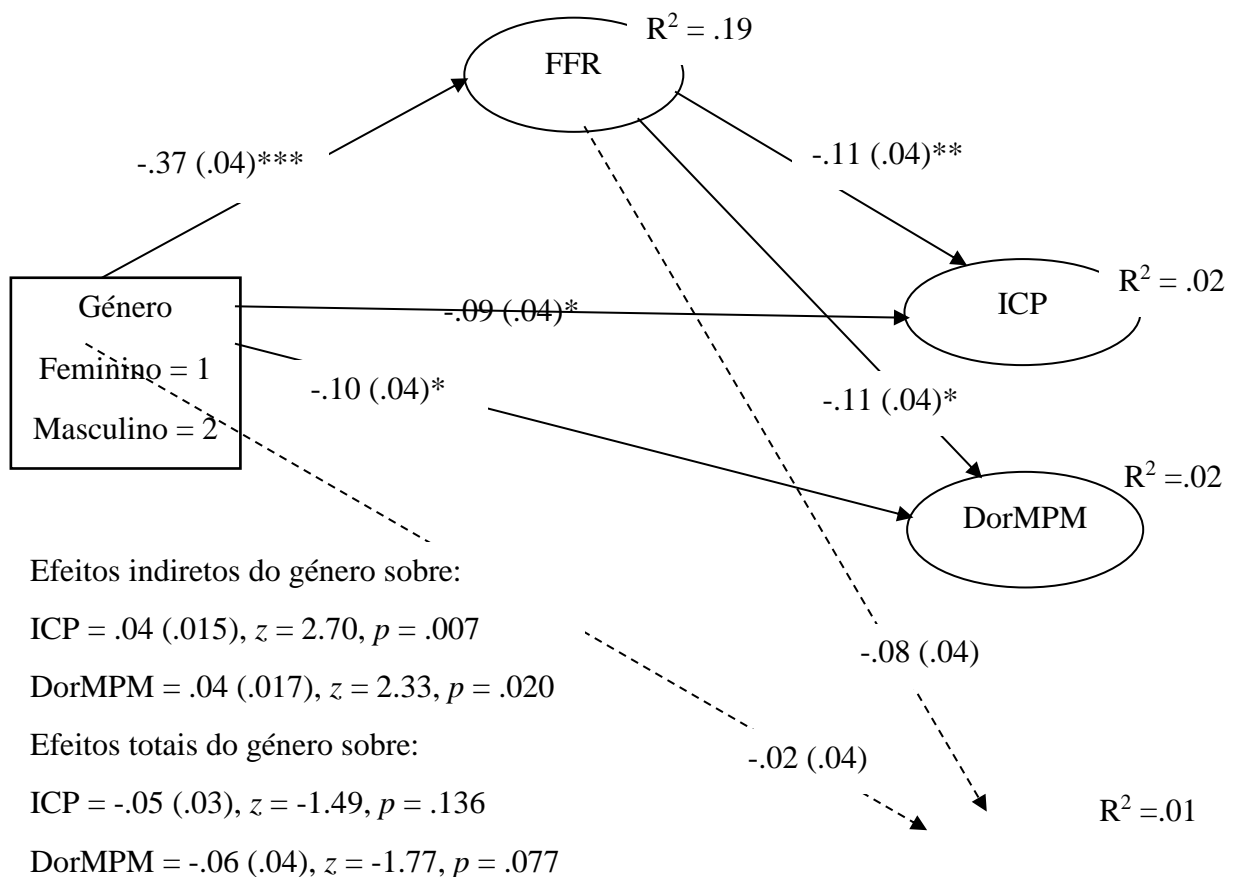


Figura 2. Teste do modelo A da Figura 1: Resultados da solução estandardizada para idosos com máxima verosimilhança para as relações estruturais. Ver páginas 5 e 6 para abreviaturas.

Os erros-padrão estão entre parêntesis. Setas tracejadas = relações não significativas.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Os resultados indicam que, para os idosos, existiu um efeito direto do género sobre a FFR: as mulheres apresentaram maiores níveis de FFR do que os homens. Contudo, não se observou uma relação direta entre o género e o fator FD, e também não se observou uma relação direta entre a FFR e esse fator. Aliás, os resultados indicam que não existiram quaisquer efeitos sobre o fator FD, nem diretos nem indiretos.

A FFR apresentou efeitos estatisticamente significativos sobre os fatores ICP e DorMPM: quanto maiores foram os níveis de FFR, menores foram os níveis dos fatores ICP e DorMPM. Entretanto, os efeitos indiretos do género sobre estes fatores, mediados pela FFR, foram também estatisticamente significativos, ainda que não tenham contribuído para o efeito total: Δz género-FFR-ICP = 1.17, $p = .242$; Δz género-FFR-

DorMPM = 1.03, $p = .303$. Apesar da FFR ter tido um efeito de mediação (mediação parcial; Iacobucci et al., 2007), essa mediação não foi relevante, pelo que só os efeitos diretos foram significativos.

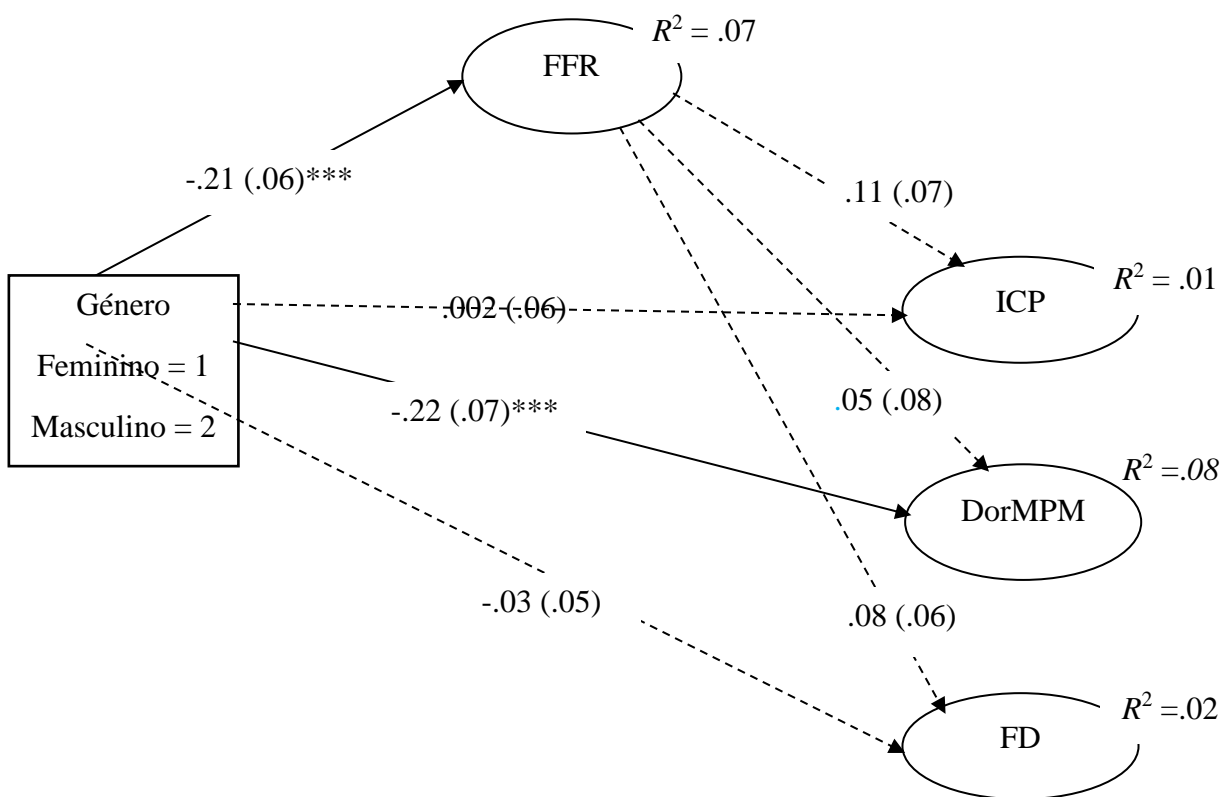


Figura 3. Teste do modelo A da Figura 1: Resultados da solução estandardizada para adultos na meia-idade com máxima verosimilhança para as relações estruturais. Ver páginas 5 e 6 para abreviaturas.

No que toca aos adultos na meia-idade, os resultados indicaram que não existiram quaisquer efeitos indiretos. Existe, contudo, um efeito direto do género na FFR: as mulheres apresentaram maiores níveis de FFR do que os homens. O mesmo foi observado para a relação entre o género e fator DorMPM, onde as mulheres apresentaram maiores níveis do que os homens.

Em termos globais, comparando os resultados obtidos para os idosos e os adultos na meia-idade, pode afirmar-se, ainda que de forma impressionante, que nestes últimos, contrariamente aos primeiros, a FFR não se apresentou como protetora da ICP e da DorMPM. Acresce que as mulheres apresentaram níveis de DorMPM mais elevados do que os homens, principalmente no grupo dos adultos na meia-idade. Entretanto, em qualquer um dos grupos a FFR não se relacionou com a FD.

Discussão

Com este estudo procurou saber-se qual dos modelos de mediação apresentados na Figura 1 seria o mais adequado para representar e apreciar as relações entre o género, a FFR e a AFM nos idosos e nos adultos na meia-idade. Os resultados indicaram que o modelo em que a FFR era tida como medidora da relação entre o género e a AFM, era o mais adequado para representar o fenómeno no grupo dos idosos. O mesmo também foi observado no grupo dos adultos na meia-idade.

A operacionalização dos construtos passou pela utilização de uma versão portuguesa da *RDAS* (Thorson & Powell, 1992), a *EAMR* (Carvalho et al, 2008), para a AFM, e do *QFFRSC-Versão Reduzida* (Amado & Diniz, 2017) para a FFR. Dos quatro fatores relativos ao modelo de baixa ansiedade da *EAMR*, e em função do seu teste no grupo de idosos, que apontou para a falta de VD (Fornell & Larcker, 1981) entre dois deles, Dor e MPM, houve que colapsar os seus itens num outro fator, DorMPM, que os congregou de forma plausível e verosímil. Este resultado replicou o observado por Carvalho et al. (2008), indo ao encontro do postulado pela *TMT* (Norenzayan & Hansen 2006; Vail et al, 2009), considerando a ligação entre o medo da forma como se vai morrer e a AFM. O modelo utilizado passou então a ser um modelo trifatorial oblíquo.

Dos três fatores que compuseram o modelo utilizado neste estudo, ICP, DorMPM e FD, o fator FD merece ser discutido, visto ser aquele que apresenta os valores mais baixos de VC e FC (Fornell & Larcker, 1981) para ambos os grupos etários: é possível que os itens que compõem este fator se foquem demasiado nas consequências físicas da morte; decomposição do corpo, e preocupações com o funeral, respetivamente. Para além disto, estas propriedades psicométricas do fator para os adultos na meia-idade nem se aproximam de ser satisfatórias, o que indica que o fator é inadequado para este grupo etário. Isto faz sentido quando se tem em consideração que preparações funerárias não são preocupações frequentes para esta faixa etária, especialmente quando se trata do próprio funeral, exceto em casos de doenças terminais, claro está.

No que toca à FFR, ambos os grupos etários apresentaram valores essencialmente idênticos, com uma excelente VC (Fornell & Larcker, 1981), e uma FC (Fornell & Larcker, 1981) também ela excelente (Nunnally & Bernstein, 1994). Isto sugere que, apesar da presença de ateus e agnósticos nos grupos em análise (idosos e adultos na meia-idade), e apesar da diferença entre participantes que se identificaram como praticantes e não-praticantes, esta operacionalização da religiosidade fez sentido para os indivíduos em questão.

Os resultados indicaram que o género afeta diretamente a FFR em ambos os grupos, com as mulheres a apresentarem uma maior FFR, por comparação com os homens. Isto vai ao encontro da literatura, onde as mulheres apresentaram constantemente valores de religiosidade mais elevados do que os homens (Amado & Diniz, 2017; De Vaus & McAllister 1987; Skarupski, Fitchett, Evans, & Mendes de Leon, 2010). Contudo, apesar do efeito indireto da FFR ter sido significativo, indicando a sua mediação na relação de predição entre o género e os fatores ICP e DorMPM, esta significância só se observou no grupo dos idosos, onde este efeito foi mesmo suficiente para homogeneizar as diferenças iniciais entre os géneros e os fatores ICP e DorMPM. As únicas magnitudes de efeito realmente relevantes (Cohen, 1988) foram aquelas entre o género e a FFR.

Os resultados indicaram ainda que as mulheres apresentaram uma AFM mais elevada do que os homens. Isto pode dever-se a um efeito de género, referente ao facto das mulheres tipicamente reportarem níveis mais elevados de AFM do que os homens (Dattel & Neimeyer 1990; Ellis & Wahab, 2013; Hickson, Housley & Boyle, 1988; Lehto & Stein, 2009; Rasmussen & Johnson 1994; Rigdon & Epting 1985; Russac et al, 2007), mas o facto de, por norma, serem as mulheres as cuidadoras dos enfermos e moribundos, tanto a nível familiar como profissional, também pode torná-las mais sensíveis ao tópico da morte (Russac et al, 2007). Para além disto, é também possível que os homens sejam mais sensíveis a efeitos de desajustabilidade social, reportando níveis de AFM mais baixos do que aqueles que realmente sentem/experienciam (Russac et al, 2007). Esta hipótese torna-se mais relevante quando se tem em conta que os dados do presente estudo foram recolhidos em formato de entrevista, onde os respondentes se encontravam cara-a-cara com os entrevistadores.

Os resultados indicaram também que o género predisse a FFR, e que a FFR predisse mais o fator ICP do que o DorMPM, ainda que as diferenças entre os géneros fossem mais visíveis neste último.

É provável que o modelo A tenha funcionado melhor do que o modelo B (Figura 1), para ambos os grupos etários, porque a hipótese de que os indivíduos mais religiosos sentem menos AFM é verosímil, tanto para idosos como para adultos na meia-idade. Quer isto dizer que, para a amostra em estudo, a FFR afeta a AFM, em vez de ser a presença da AFM a influenciar a FFR. Assim sendo, pode dizer-se que a amostra em estudo se encaixa na *TMT* (Edmondson et al, 2008; Ellis & Wahab, 2013; Jonas & Fischer 2006; Norenzayan & Hansen 2006; Vail et al, 2009) e na *TC* (Nelson &

Cantrell, 1980), tendo em conta não só a influência da FFR sobre a AFM, mas também a influência cultural, onde a existência de uma religião dominante acaba por contribuir para a baixa AFM dos seus praticantes.

É possível, ainda, tecer considerações sobre as atitudes dos grupos etários presentes no estudo quanto à velhice e ao envelhecimento: com base na crença de que numa cultura de juventude e produtividade (Craciun & Flick, 2014) a velhice é associada à inutilidade e ao declínio (Paton, Sar, Barber & Holland, 2001). Seguindo o modelo das cinco fases do luto (Kübler-Ross, 1973), os adultos na meia-idade parecem encaixar-se nas fases da negação quando confrontados com o fenómeno do envelhecimento, ao passo que os idosos, de um modo geral, parecem encaixar-se nas fases da depressão e aceitação.

Estas atitudes face ao envelhecimento podem ser explicadas através da *TMT*. “Velho” é equiparado a “morte” (Chonody & Teater, 2016). A tomada de consciência da inevitabilidade da morte nos indivíduos traduz-se num terror, intenso e paralisante (AFM), que, sem ser controlado com o recurso de mecanismos de defesa psicológica, vai interferir com o seu funcionamento diário (Harmon-Jones et al., 1997). Neste sentido, a FFR pode agir como um mecanismo de defesa contra a AFM, sobretudo para os idosos, tendo em consideração o peso da fragilidade e da incapacidade entre eles, para além do papel que a comunidade religiosa desempenha no que toca ao apoio social que lhes é fornecido (Emery & Pargament, 2004).

Conclusão

Os resultados do presente estudo correspondem ao modo como os construtos foram operacionalizados. Com outros instrumentos que avaliassem a FFR e a AFM os resultados seriam certamente diferentes. Existem muitas propostas alternativas no que toca à organização de itens e fatores, e isto tendo apenas a *RDAS* em consideração (Carvalho et al, 2008; Thorson & Powell, 1984, tal como citado por Thorson & Powell, 1992; Thorson & Powell, 1992), sem considerar as outras provas que medem a AFM (e.g., Conte et al, 1982; Templer et al, 2006). A definição e a operacionalização da AFM acabam, ironicamente, tendo em conta a quantidade de literatura existente, por não ter um suporte homogéneo, dado que a teoria é diversa (*TMT*, *TB*, *TC*, *TAM*), com consequências no que toca à operacionalização do construto.

Também seria interessante estudar diferenças em função da religiosidade, sobretudo considerando as diferenças entre os dois grupos etários no que toca a serem ou não praticantes, e considerando também a presença de ateus e agnósticos. Um estudo

focado nestas diferenças permitiria apreciar a adequabilidade da TC (Nelson & Cantrell, 1980) à população portuguesa, e avaliar se os indivíduos ligeiramente religiosos, neste caso associados aos cristãos não-praticantes, seriam realmente aqueles que experienciavam uma maior AFM.

Entretanto, o tamanho dos grupos amostrais utilizados neste estudo foi adequado, com o grupo dos adultos na meia-idade a constituir uma amostra de média dimensão, e o grupo dos idosos a constituir uma amostra de grande dimensão. Deve notar-se que isto não exclui os benefícios de uma replicação do estudo, sobretudo quando se considera que a maioria dos idosos vivia em áreas urbanas muito semelhantes. No caso dos adultos na meia-idade, apesar do tamanho da amostra, esta não permite tecer considerações generalizáveis para toda a população portuguesa nesta faixa etária, pelo que o estudo deveria ser replicado com uma amostra de maior dimensão.

Ainda quanto à generalização dos resultados deste estudo, a amostra incluiu participantes residentes nos distritos de Beja, Évora, Faro, Leiria, Lisboa, Santarém e Setúbal, o que indica alguma heterogeneidade em termos geográficos. Porém, a maioria dos idosos residiam na área da Grande Lisboa, enquanto a maioria dos adultos na meia-idade residiam no Alentejo. Houve uma ausência de participantes da zona Norte do país, juntamente com a ausência de participantes dos arquipélagos dos Açores e da Madeira. Replicações do estudo com amostras destas áreas poderiam fornecer dados passíveis de maior generalização à população portuguesa. Melhor ainda se se realizasse um estudo em que a amostragem fosse probabilística e representativa dos estratos da população portuguesa idosa e na meia-idade, de acordo com o género e área geográfica de residência.

Por outro lado, importa apontar os cuidados tidos para valorizar o presente estudo. Primeiro, o contrabalanceamento das provas permitiu evitar um efeito de *halo* durante a sua administração. Depois, a recolha dos dados sob formato de entrevista tornou possível que todos os participantes usufríssem de uma experiência semelhante, independente do seu nível de escolaridade e das suas capacidades funcionais (Diniz & Amado, 2014). E, para além disto, as técnicas de análise estatísticas utilizadas foram apropriadas à métrica dos dados e à correspondente estimação estatística [modelação de equações estruturais com variáveis categoriais (Jöreskog, 2005): AFC e modelos de mediação], em clara oposição às abordagens comuns nos estudos deste domínio de investigação.

Referências

- Abdel-Khalek, A. M. (2005). Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death Studies, 29*, 251-259. doi:10.1080/07481180590916371
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology, 5*, 432-443. doi:10.1037/h0021212
- Amado, N. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio-culturalmente muito pouco diferenciados* (Tese de Doutorado). Retirado de Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/39>
- Amado, N., & Diniz, A. M. (2017). Strength of religious faith in the Portuguese Catholic elderly. *Archive for the Psychology of Religion, 39*, 82-98. doi:10.1163/15736121-12341333
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two step approach. *Psychological Bulletin, 103*, 411-423. doi:10.1037/0033-2909.103.3.411
- Argue, A., Johnson, D. R., & White, L. K. (1999). Age and religiosity: evidence from a three-wave panel analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion, 38*, 423-435. doi:10.2307/1387762
- Azeem, F., & Naz, M. A. (2015). Resilience, death anxiety, and depression among institutionalized and noninstitutionalized elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research, 30*(1), 111-130.
- Basset, J. F. (2005). Does threatening valued components of cultural worldview alter explicit and implicit attitudes about death? *Individual Differences Research, 3*(4), 260-268.
- Bassett, J. F. (2007). Psychological defenses against death anxiety: Integrating Terror Management Theory and Firestone's Separation Theory. *Death Studies, 31*, 727-750. doi:10.1080/07481180701490628
- Bengtson, V. L., Cuellar, J. B., & Ragan, P. K. (1977). Stratum contrasts and similarities in attitudes toward death. *Journal of Gerontology, 32*, 76-88. doi:10.1093/geronj/32.1.76
- Bennett, T., & Gaines, J. (2010). Believing what you hear: The impact of aging stereotypes upon the Old. *Educational Gerontology, 36*, 435-445. doi:10.1080/03601270903212336
- Biggs, S. (2001). Toward critical narrativity. *Journal of Aging Studies, 15*, 303-316. doi:10.1016/s0890-4065(01)00025-1

- Bitarafan L, Kazemi M, Afrashte M. Y. (2018) Relationship between styles of attachment to God and death anxiety resilience in the elderly. *Iranian Journal of Ageing*, 12, 446-457. doi:10.21859/SIJA.12.4.446
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Testing Alternative ways of assessing model fit. Em Kenneth A. Bollen & J. Scott Long (Eds), *Testing Structural Equation Models*. (pp. 136-166), London, Sage.
- Carvalho, C. (2019). *Modelos de mediação alternativos da relação entre o género, a fé religiosa e a ansiedade face à morte: Comparação em jovens adultos e em idosos* (Dissertação de mestrado em preparação). Universidade de Évora, Évora.
- Carvalho, G. J., Diniz, A. M., & Ribeiro, M. (2008). Adaptação da Revised Death Anxiety Scale (RDAS) para adultos idosos portugueses [CD-ROM]. In A. P. Noronha, C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Coords.), *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios.
- Chaiwutikornwanich, A. (2015). Belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction of Buddhists and Christians in Thailand: Comparisons between different religiosity. *Social Indicators Research*, 124, 1015-1032. doi:10.1007/s11205-014-0822-4
- Chonody, J. M., & Teater, B. (2016). Why do I dread looking old?: A test of social identity theory, terror management theory, and the double standard of aging. *Journal of Women & Aging*, 28, 112-126. doi:10.1080/08952841.2014.950533
- 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. doi:10.1080/713769896
- Cicirelli, V. G. (2002). Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. *Journals of Gerontology*, 57, 358-366. doi:10.1093/geronb/57.4.p358
- Cicirelli, V. G. (2003). Older adult's fear and acceptance of death: A transition model. *Ageing International*, 28, 66-81. doi:10.1007/s12126-003-1016-6
- Cohen, A. B., & Hall, D. E. (2009). Existential beliefs, social satisfaction, and well-being among catholic, jewish, and protestant older adults. *International Journal for the Psychology of Religion*, 19, 39-54. doi:10.1080/10508610802471088
- Cohen, A. B., Pierce Jr, J. D., Chambers, J., Meade, R., Gorvine, B. J., & Koenig, H. G. (2005). Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and

- life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of Research in Personality*, 39, 307-324. doi:10.1016/j.jrp.2004.02.005
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collett, J. L., & Lizardo, O. (2009). A power-control theory of gender and religiosity. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 48, 213-231. doi:10.1111/j.1468-5906.2009.01441.x
- 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, 775-785. doi:10.1037/0022-3514.43.4.775
- Corr, C. A. (1992). A task-based approach to coping with dying. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 24, 81-94. doi:10.2190/cnnf-cx1p-bfxu-ggn4
- Corr, C. A. (2018). Elisabeth Kübler-Ross and the “five stages” model in a sampling of recent American textbooks. *OMEGA – Journal of Death and Dying*. Advanced online publication. 1-29. doi:10.1177/0030222818809766
- Craciun, C., & Flick, U. (2014). “I will never be the granny with rosy cheeks”: Perceptions of aging in precarious and financially secure middle-aged Germans. *Journal of aging studies*, 29, 78-87. doi:10.1016/j.jaging.2014.01.003
- Cummings, J. P., Carson, C. S., Shrestha, S., Kunik, M. E., Armento, M. E., Stanley, M. A., & Amspoker, A. B. (2015). Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire: Psychometric analysis in older adults. *Aging & Mental Health*, 19, 86-97. doi:10.1080/13607863.2014.917606
- 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, 16-29. doi:10.1037/1082-989X.1.1.16
- Dattel, A. R., & Neimeyer, R. A. (1990). Sex differences in death anxiety: Testing the emotional expressiveness hypothesis. *Death Studies*, 14, 1-11. doi:10.1080/07481189008252341
- Davis, J. (1984). *Attitude toward death and dying a construct validity study with a clinical perspective* (Dissertação de mestrado). Retirado de Theses Digitalization Project (213): <https://scholarworks.lib.csusb.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1213&context=etd-project>

- Dechesne, M., Pyszczynski, T., Arndt, J., Ransom, S., Sheldon, K. M., van Knippenberg, A., & Janssen, J. (2003). Literal and symbolic immortality: The effect of evidence of literal immortality on self-esteem striving in response to mortality salience. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 722-737. doi:10.1037/0022-3514.84.4.722
- De Vaus, D., & McAllister, I. (1987). Gender differences in religion: A test of the structural location theory. *American Sociological Review, 52*, 472-481. doi:10.2307/2095292
- Diniz, A. M., & Amado, N. (2014). Procedures for successful data collection through psychological tests in the elderly. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 27*, 491-497. doi:10.1590/1678-7153.201427309
- Diniz, A. M., Pocinho, M. D., & Almeida, L. S. (2011). Cognitive abilities, sociocultural background and academic achievement. *Psicothema, 23*(4), 695-700. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/3943.pdf>
- Downey, A. M. (1984). Relationship of religiosity to death anxiety of middle-aged males. *Psychological Reports, 54*, 811-822. doi:10.2466/pr0.1984.54.3.811
- Du, H., Jonas, E., Klackl, J., Agroskin, D., Hui, E. K. P., & Ma, L. (2013). Cultural influences on terror management: Independent and interdependent self-esteem as anxiety buffers. *Journal of Experimental Social Psychology, 49*, 1002-1011. doi:10.1016/j.jesp.2013.06.007
- Edmondson, D., Park, C. L., Chaudoir, S. R., & Wortmann, J. H. (2008). Death without God. *Psychological Science, 19*, 754-758. doi:10.1111/j.1467-9280.2008.02152.x
- Ekerdt, D. J., & Clark, E. (2001). Selling retirement in financial planning advertisements. *Journal of Aging Studies, 15*, 55-68. doi:10.1016/s0890-4065(00)00016-5
- Ellis, L., & Wahab, E. A. (2013). Religiosity and fear of death: A theory-oriented review of the empirical literature. *Review of Religious Research, 55*(1), 149-189. doi: 10.1007/s13644-012-0064-3
- Emery, E. E., & Pargament, K. I. (2004). The many faces of religious coping in late life: Conceptualization, measurement, and links to well-being. *Ageing International, 29*, 3-27. doi:10.1007/s12126-004-1007-2
- Erikson, E., & Erikson, J (1997). *The life cycle completed: Extended version*. New York, NY: W. W. Norton.

- Feifel, H. (1974). Religious conviction and fear of death among the healthy and the terminally ill. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *13*, 353-360. doi:10.2307/1384763
- Flere, S., & Klanjšek, R. (2008). Serbian orthodox religiousness: An empirical and comparative portrait. *Review of Religious Research*, *62*, 35-48. doi: 10.5937/socpreg0801027F
- Flora, D. B., & Curran, P. J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods*, *9*, 466-491. doi:10.1037/1082-989X.9.4.466
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, *18*, 39-50. doi:10.2307/3151312
- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999) Death anxiety in older adults: a quantitative review, *Death Studies*, *23*, 387-411. doi: 10.1080/074811899200920
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Simon, L., & Breus, M. (1994). Role of consciousness and accessibility of death-related thoughts in mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 627-637. doi:10.1037/0022-3514.67.4.627
- Harding, S. R., Flannelly, K. J., Weaver, A. J., & Costa, K. G. (2005). The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Mental Health, Religion & Culture*, *8*, 253-261. doi:10.1080/13674670412331304311
- Harmon-Jones, E., Simon, L., Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., & McGregor, H. (1997). Terror management theory and self-esteem: Evidence that increased self-esteem reduced mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, *72*, 24-36. doi:10.1037/0022-3514.72.1.24
- Henrie, J., & Patrick, J. H. (2014). Religiousness, religious doubt, and death anxiety. *The International Journal of Aging and Human Development*, *78*, 203-227. doi:10.2190/ag.78.3.a
- Hickson, J., Housley, W. F., & Boyle, C. (1988). The Relationship of locus of control, age, and sex to life satisfaction and death anxiety in older persons. *The International Journal of Aging and Human Development*, *26*, 191-199. doi:10.2190/e5ck-thbm-qvqg-c3dn

- Hoelter, J. W. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 996-999. doi:10.1037/0022-006x.47.5.996
- Hu, L., & Bentler, P.M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparametrized model misspecification. *Psychological Methods, 3*, 424-453. doi:10.1037//1082-989X.3.4.424
- Iacobucci, D., Saldanha, N., & Deng, X. (2007). A mediation on mediation: Evidence that structural equations models perform better than regressions. *Journal of Consumer Psychology, 17*, 139-153. doi:10.1016/S1057-7408(07)70020-7
- Idler, E. L., Musick, M. A., Ellison, C. G., George, L. K., Krause, N., Ory, M. G., . . . Williams, D. R. (2003). Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research: Conceptual background and findings from the 1998 General Social Survey. *Research on Aging, 25*, 327-365. doi:10.1177/0164027503025004001
- Jonas, E., & Fischer, P. (2006). Terror management and religion: Evidence that intrinsic religiousness mitigates worldview defense following mortality salience. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*, 553-567. doi:10.1037/0022-3514.91.3.553
- Jong, J., Ross, R., Philip, T., Chang, S. H., Simons, N., & Halberstadt, J. (2018). The religious correlates of death anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Religion, Brain & Behavior, 8*, 4-20. doi: 10.1080/2153599X.2016.1238844
- Jöreskog, K. G. (2005). *Structural equation modeling with ordinal variables using LISREL*. Retrieved from [http:// www.ssicentral.com/lisrel/techdocs](http://www.ssicentral.com/lisrel/techdocs)
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago, IL: Scientific Software International
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1996). *PRELIS 2: User's reference guide*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2006). *LISREL 8.80 for Windows* [Computer software]. Chicago, IL: Scientific Software International
- Katz, S. (2000). Busy Bodies: Activity, aging, and the management of everyday life. *Journal of Aging Studies, 14*, 135-152. doi:10.1016/s0890-4065(00)80008-0
- Katz, S., & Marshall, B. (2003). New sex for old: lifestyle, consumerism, and the ethics of aging well. *Journal of Aging Studies, 17*, 3-16. doi:10.1016/s0890-4065(02)00086-5

- Kübler-Ross, E. (1973). *On death and dying*. London: Routledge.
- Landau, M. J., Greenberg, J., & Solomon, S. (2004). The motivational underpinnings of religion. *Behavioral and Brain Sciences*, 27, 743-744. doi:10.1017/S0140525X0435017X
- Lehto, R., & Stein, K. (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 23, 23-41. doi:10.1891/1541-6577.23.1.23
- Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, 203-211. doi:10.1093/geronb/58.4.p203
- Litwin, H., & Meir, A. (2013). Financial worry among older people: Who worries and why? *Journal of Aging Studies*, 27, 113-120. doi:10.1016/j.jaging.2012.12.003
- Lyke, J. (2013) Associations among aspects of meaning in life and death anxiety in young adults, *Death Studies*, 37, 471-482. doi:10.1080/07481187.2011.649939
- McMordie, W. R. (1981). Religiosity and fear of death: Strength of belief system. *Psychological Reports*, 49, 921-922. doi: 10.2466/pr0.1981.49.3.921
- Miller, A. S., & Stark, R. (2002). Gender and religiousness: Can socialization explanations be saved? *American Journal of Sociology*, 107, 1399-1423. doi:10.1086/342557
- Minkler, M., & Holstein, M. B. (2008). From civil rights to ... civic engagement? Concerns of two older critical gerontologists about a “new social movement” and what it portends. *Journal of Aging Studies*, 22, 196-204. doi:10.1016/j.jaging.2007.12.003
- Moberg, D. O. (2005). Research in spirituality, religion, and aging. *Journal of Gerontological Social Work*, 45, 11-40. doi:10.1300/j083v45n01_02
- Mohammadpour, A., Sadeghmoghadam, L., Shareinia, H., Jahani, S., & Amiri, F. (2018). Investigating the role of perception of aging and associated factors in death anxiety among the elderly. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 405-410. doi:10.2147/cia.s150697
- Montepare, J. M. (2009). Subjective age: Toward a guiding lifespan framework. *International Journal of Behavioral Development*, 33, 42-46. doi:10.1177/0165025408095551

- Morris, G. J., & McAdie, T. (2009). Are personality, well-being and death anxiety related to religious affiliation?. *Mental Health, Religion and Culture*, *12*, 115-120. doi: 10.1080/13674670802351856
- Moser, C., Spagnoli, J., & Santos-Eggimann, B. (2011). Self-perception of aging and vulnerability to adverse outcomes at the age of 65-70 years. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *66B*, 675-680. doi:10.1093/geronb/gbr052
- Mykytyn, C. E. (2008). Medicalizing the optimal: Anti-aging medicine and the quandary of intervention. *Journal of Aging Studies*, *22*, 313-321. doi:10.1016/j.jaging.2008.05.004
- Naidu, R. K., & Sinha, A. (1992). Metaphysical beliefs as predictors of death anxiety. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *25*, 95-107. doi:10.2190/atlk-cm9u-k7kb-t3wt
- Nelson, L. D., & Cantrell, C. H. (1980). Religiosity and death anxiety: A multi-dimensional analysis. *Review of Religious Research*, *21*, 148-157. doi:10.2307/3509880
- Norenzayan, A., & Hansen, I. G. (2006). Belief in supernatural agents in the face of death. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *32*, 174-187. doi:10.1177/0146167205280251
- Norenzayan, A., Dar-Nimrod, I., Hansen, I. G., & Proulx, T. (2008). Mortality salience and religion: Divergent effects on the defense of cultural worldviews for the religious and the non-religious. *European Journal of Social Psychology*, *39*, 101-113. doi:10.1002/ejsp.482
- Núncio, M. J. D. S., & Rocha, C. (2019). *Os meus pais estão a envelhecer*. Porto: Ideias de Ler.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Paton, N. R., Sar, B. K., Barber, G. R., & Holland, B. E. (2001). Working with older persons: student views and experiences. *Educational Gerontology*, *27*, 169-183. doi:10.1080/03601270151075589
- Petersen, L. R., & Roy, A. (1985). Religiosity, anxiety, and meaning and purpose: Religion's consequences for psychological well-being. *Review of Religious Research*, *27*, 49-62. doi:10.2307/3511937

- Plante, T. G. (2010). The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire: Assessing faith engagement in a brief and nondenominational manner. *Religions, 1*, 3-8. doi:10.3390/rel1010003
- Plante, T. G., & Boccaccini, M. T. (1997). The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology, 45*, 375-387. doi:10.1007/BF02230993
- Plante, T. G., Vallaey, C. L., Sherman, A. C., & Wallston, K. A. (2002). The development of a brief version of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology, 50*, 359-367. doi:10.1023/A:1014413720710
- Portacolone, E. (2013). The notion of precariousness among older adults living alone in the U.S. *Journal of Aging Studies, 27*, 166-174. doi:10.1016/j.jaging.2013.01.001
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review, 106*, 835-845. doi:10.1037/0033-295x.106.4.835
- Rasmussen, C. A., & Brems, C. (1996). The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *The Journal of Psychology, 130*, 141-144. doi:10.1080/00223980.1996.9914996
- Rasmussen, C. H., & Johnson, M. E. (1994). Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 29*, 313-318. doi:10.2190/d1m9-3w6j-fy33-g3hq
- Rigdon, M. A., & Epting, F. R. (1985). Reduction in death threat as a basis for optimal functioning. *Death Studies, 9*, 427-448. doi:10.1080/07481188508252535
- Ron, P. (2007). Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: The role of cognitive dissonance? *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22*, 656-662. doi:10.1002/gps.1726
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death studies, 31*, 549-561. doi:10.1080/07481180701356936
- Sargent-Cox, K. A., Anstey, K. J., & Luszcz, M. A. (2013). Longitudinal change of self-perceptions of aging and mortality. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69*, 168-173. doi:10.1093/geronb/gbt005

- Sellers, D. M., Bolender, B. C., & Crocker, A. B. (2010). Beliefs about aging: implications for future educational programming. *Educational Gerontology, 36*, 1022-1042. doi:10.1080/03601270903534853
- Skarupski, K. A., Fitchett, G., Evans, D. A., & Mendes de Leon, C. F. (2010). Daily spiritual experiences in a biracial, community-based population of older adults. *Aging & Mental Health, 14*, 779-789. doi:10.1080/13607861003713265
- Smirnova, M. H. (2012). A will to youth: The woman's anti-aging elixir. *Social Science & Medicine, 75*, 1236-1243. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.061
- Smith, C., Lundquist-Denton, M., Faris, R., & Regnerus, M. (2002). Mapping American adolescent religious participation. *Journal for the Scientific Study of Religion, 41*, 597-612. doi:10.1111/1468-5906.00148
- Spilka, B., Minton, B., Sizemore, D., & Stout, L. (1977). Death and personal faith: A psychometric investigation. *Journal for the Scientific Study of Religion, 16*, 169-178. doi:10.2307/1385748
- Stevens, S. J., Cooper, P. E., & Thomas, L. E. (1980). Age norms for Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports, 46*, 205-206. doi:10.2466/pr0.1980.46.1.205
- Sullins, D. P. (2006). Gender and religion: Deconstructing universality, constructing complexity. *American Journal of Sociology, 112*, 838-880. doi:10.1086/507852
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology, 82*, 165-177. doi:10.1080/00221309.1970.9920634
- Templer, D. I., Awadalla, A., Al-Fayez, G., Frazee, J., Bassman, L., Connelly, H. J., ... Abdel-Khalek, A. M. (2006). Construction of a Death Anxiety Scale-Extended. *OMEGA - Journals of Death and Dying, 53*, 209-226. doi:10.2190/bqfp-9uln-nuly-4jdr
- Templer, D. I., & Dotson, E. (1970). Religious correlates of death anxiety. *Psychological Reports, 26*, 895-897. doi:10.2466/pr0.1970.26.3.895
- Thompson Jr., E. H., & Remmes, K. R. (2002). Does masculinity thwart being religious? An examination of older men's religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion, 41*, 521-532. doi:10.1111/1468-5906.00135
- Thorson, J. A. (1991). Afterlife constructs, death anxiety, and life reviewing: The importance of religion as a moderating variable. *Journal of Psychology and Theology, 19*, 278-284. doi:10.1177/009164719101900305

- Thorson, J. A., & Perkins, M. (1977, November). *A factor-analytic study of a scale designed to measure death anxiety*. Paper presented at the 30th annual scientific meeting of the Gerontological Society, San Francisco.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1992). A Revised Death Anxiety Scale. *Death Studies, 16*, 507-521. doi:10.1080/07481189208252595
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1994). A Revised Death Anxiety Scale. In R. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook* (pp. 31-43). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2005). Construction and validation of Death Anxiety Inventory (DAI). *European Journal of Psychological Assessment, 2*, 108-114. doi:10.1027/1015-5759.21.2.108
- Vail, K. E., Rothschild, Z. K., Weise, D. R., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (2009). A terror management analysis of the psychological functions of religion. *Personality and Social Psychology Review, 14*, 84-94. doi:10.1177/1088868309351165
- Van de Vijver, F., & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests. *European Psychologist, 1*, 89-99. doi:10.1027/1016-9040.1.2.89
- Wilkinson, W. W. (2004). Religiosity, authoritarianism, and homophobia: A multidimensional approach. *International Journal for the Psychology of Religion, 14*, 55-67. doi:10.1207/s15327582ijpr1401_5
- Wu, A. M. S., Tang, C. S. K., & Kwok, T. C. Y. (2002). Death anxiety among Chinese elderly people in Hong Kong. *Journal of Aging and Health, 14*, 42-56. doi:10.1177/089826430201400103