



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**INTER-RELAÇÕES ENTRE MEDO DA MORTE,
FUNCIONAMENTO SEXUAL E MEDO DA COVID-19**

MAFALDA TAVARES

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR RUI MIGUEL COSTA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR RUI MIGUEL COSTA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2021

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Rui Miguel Costa, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

O presente trabalho representa toda a dedicação, esforço e investimento num percurso que foi longo, mas recompensador a muitos níveis. Simboliza um ponto de partida, mas também um de chegada, que não seria possível de alcançar sem o apoio de algumas pessoas.

Agradeço ao meu orientador, o Professor Doutor Rui Miguel Costa, por todo apoio, disponibilidade, paciência e orientação, que foram cruciais em todo o processo.

À minha família, por me darem a oportunidade de dar asas aos meus sonhos e caminhar na sua concretização.

Aos meus grandes amigos e companheiros nesta viagem: Vera, Cátia e Paulo. Agradeço todo o apoio, amor e partilha. Sem vocês não era possível. Obrigada por todos os altos e baixos que vivemos. Tornaram este percurso muito rico, bonito e recompensador.

Às minhas amigas Francisca e Matilde, agradeço todos os socorros que me atenderam, todas as gargalhadas que partilhámos e continuamos a partilhar, mas principalmente, por serem o meu motor de motivação e me darem a coragem para seguir em frente.

À minha grande amiga, de longa data, Joana. Agradeço todo amor e compreensão ao longo deste percurso. Pelo teu apoio nos momentos de maior insegurança e dúvida, e pela tua sempre presença nos momentos de maior alegria.

Aos meus colegas de Seminário de Dissertação, por toda a partilha e entreaajuda. Tornaram este processo menos difícil e mais acolhedor.

Por fim agradeço todas as conversas, discussões e momentos de reflexão, assim como a todas as pessoas que passaram na minha vida que, direta ou indiretamente, contribuíram para o finalizar de uma etapa muito exigente, mas tão importante.

Numa altura marcada pela pandemia da COVID-19, este processo revelou-se particularmente difícil e muito desafiante. Uma dissertação pede que nos viremos para dentro, para o pensamento e a reflexão, a pandemia forçou-nos a isso, a vários níveis. O presente trabalho é o resultado de todas dificuldades vividas e de muitas outras ultrapassadas.

Obrigada a todos por tornarem esta conquista possível!

Inter-relações entre medo da morte, funcionamento sexual e medo da COVID-19

Resumo

O medo da morte tem sido relacionado com psicopatologia, nomeadamente depressão, ansiedade, perturbações do comportamento alimentar, entre outros. Contudo, a relação entre o medo da morte e o funcionamento sexual não é clara. O presente estudo pretende investigar as inter-relações entre medo da morte, funcionamento sexual, medo da COVID-19, depressão, ansiedade e stress. A amostra da presente investigação foi constituída por 443 participantes (306 mulheres, 137 homens) e a subamostra de participantes com relações sexuais no mês precedente que integrou 308 indivíduos (203 mulheres, 105 homens). Como instrumentos, utilizou-se a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), a versão revista da Escala de *Distress* Sexual Feminino (FSDS-R), o Índice Internacional de Função Erétil (IIEF), o Instrumento de Diagnóstico de Ejaculação Precoce (PEDT), a Escala do Medo da Morte de Collect-Lester e a Escala do Medo da COVID-19 (FCV-19S). Verificaram-se inter-relações positivas entre medo da morte, medo da COVID-19, depressão, ansiedade e stress. Nas mulheres, verificaram-se correlações entre o *distress* sexual e o medo da COVID-19, assim como entre mais medo da COVID-19 e menos desejo excitação sexuais. Nos homens, observou-se uma correlação positiva entre o medo da morte e sintomas de ejaculação precoce. Nas mulheres e na amostra total, o medo da morte teve como preditores independentes maior ansiedade, idade mais jovem e maior medo da COVID-19. Nos homens, o medo da morte teve como preditores independentes idade mais jovem, maior medo da COVID-19 e mais sintomas de ejaculação precoce.

Palavras-chave: Medo da morte; Medo da COVID-19; Funcionamento Sexual; Sexualidade; Depressão; Ansiedade; Stress.

Interrelationships between fear of death, sexual functioning, and fear of COVID-19

Abstract

Fear of death has been associated with psychopathology, including depression, anxiety, eating disorders, among others. However, little is known about the relationship between fear of death and sexual function. This study aims to analyze the interrelationships between fear of death, sexual function, fear of COVID-19, depression, anxiety and stress. In total, 443 individuals participated in this study (306 female, 137 male) with a subsample integrating 308 participants (203 female, 105 male) that had sexual relationships in the previous month. For this study, it was used the Depression, Anxiety and Stress Scale (EADS-21), the Female Sexual Function Index (FSFI), the Female Sexual Distress Scale- Revised (FSDS-R), the International Index of Erectile Function (IIEF), the Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT), the Collect-Lest Fear of Death Scale and the Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S). The results revealed positive interrelationships between fear of death, fear of COVID-19, depression, anxiety and stress. In women, fear of COVID-19 correlated with greater sexual *distress*, lower sexual desire, and lower sexual arousal. In men, symptoms of premature ejaculation correlated with fear of death. In women and in the total sample, fear of death was predicted by greater anxiety, younger age and greater fear of COVID-19. In men, fear of death was predicted by younger age, greater fear of COVID-19 and more symptoms of premature ejaculation.

Keywords: Fear of Death; Fear of COVID-19; Sexual Functioning; Sexuality; Depression, Anxiety; Stress

Índice

Introdução	1
Método	12
Participantes	12
Materiais.....	14
Procedimento.....	18
Resultados	19
Discussão	27
Referências.....	30
ANEXOS	37
Anexo I – Consentimento Informado.....	38
Anexo II – Questionário Online	39

Lista de Tabelas

Tabela 1. Estatística descritiva da amostra total

Tabela 2. Estatística descritiva da subamostra com relações sexuais no mês precedente

Tabela 3. Matriz de correlações da amostra total entre o medo da COVID-19, medo da morte, medo de morrer, depressão, ansiedade e stress

Tabela 4. Correlações entre o medo da morte, medo de morrer, medo da COVID-19 e as dimensões do funcionamento sexual feminino

Tabela 5. Correlações entre o medo da COVID-19, medo da morte, medo de morrer e as dimensões do funcionamento sexual masculino

Tabela 6. Preditores do medo da morte da amostra total

Tabela 7. Preditores do medo da morte da amostra do sexo feminino

Tabela 8. Preditores do medo da morte da amostra do sexo masculino

Tabela 9. Preditores do medo da morte da amostra do sexo masculino com relações sexuais

Tabela 10. Preditores medo de morrer da amostra total

Introdução

A presente investigação tem como objetivo estudar as inter-relações entre funcionamento sexual, medo da morte, medo da COVID-19, depressão, ansiedade e stress. Ao longo da revisão bibliográfica, iremos abordar a importância deste estudo através de uma reflexão sobre a literatura existente, que nos dará pistas sobre as referidas inter-relações.

A morte é uma temática desconcertante, uma vez que está repleta de incertezas, sendo difícil ser pensada. A ambiguidade da morte pode carregar nela o tudo e o nada, a tristeza, dor, sofrimento, medo, perda, mas também o vazio, a não-existência. Pensar na morte é abrir uma porta para a vastidão do desconhecido.

A própria conceção de morte é muito relativa, pois relaciona-se com a construção da realidade que cada um faz, do seu desenvolvimento psíquico. É um conceito complexo e mutável, dependendo do contexto social e cultural do sujeito, sendo possível observar várias alterações, ao longo da história, nas atitudes do ser humano, perante a morte, que refletem a ambiguidade do tema (Barros, 1998).

Atitudes perante a Morte no Ocidente

Na Idade Média, a fronteira entre o natural e o sobrenatural era muito incerta. Segundo Ariès (2000), a maioria acreditava numa “morte domada”, uma morte marcada que se anunciava, na hora da sua chegada. Nesta altura, a pessoa dizia sentir a morte próxima, sabia que ia morrer em breve, existindo várias premonições associadas, como por exemplo um sino a tocar sozinho, ou três pancadas no soalho do quarto (Ariès, 2000). Apesar de antiga, a crença de que a morte avisa, sobreviveu, durante bastante tempo, na mentalidade popular.

No caso de uma morte súbita, a “*mors repentina*”, esta não era anunciada, nem esperada, e por isso era vista como vergonhosa e infame, pois era disruptiva da ordem natural do mundo em que se acreditava, dizendo-se que atuava em nome da cólera de Deus (Ariès, 2000).

Segundo Ariès (2000), na “morte domada”, a pessoa que se sentia prestes a morrer, tomava as suas providências, e organizava a sua partida. A morte dava-se numa cerimónia pública e cristã, onde a pessoa estava rodeada de família, amigos, vizinhos (as crianças não

eram exceção), um médico e um padre. Mais do que morrer, existia o medo de se morrer só, por isso uma cerimónia pública era essencial para se partir em paz.

No leito, o indivíduo começava por lamentar a sua vida, os bens possuídos e as pessoas que amava, e iniciava a sua aceitação da morte próxima, familiarizando-se com a mesma. De seguida, pedia perdão a Deus, pelos que mais ama, e pelos seus próprios pecados. Por fim, o padre dava a absolvição sacramental (novamente dada no momento da sepultura do corpo), onde todos os pecados eram perdoados.

Nesta época, a morte e os rituais associados eram então vistos com simplicidade e naturalidade. De acordo com Ariès (1990), apesar de existir uma grande familiaridade com a morte, temia-se a proximidade com os mortos, e procurava-se manter a distância (e.g. os cemitérios eram construídos fora das cidades; rezava-se orações para que a alma dos mortos não perturbasse a dos vivos).

A partir do XVI, até ao século XVIII, a morte carregou-se de um forte erotismo, na arte e literatura, como se pode observar nos quadros de Hans Baldung Grien, por exemplo (Ariès, 1990). Nesta época, a morte aparecia de mãos dadas com o amor -Tânatos e Eros- onde cenas erótico-macabras eram ilustradas, revelando um agrado pelos espetáculos da morte e do sofrimento. A morte passa a ser vista, semelhante ao ato sexual, como uma transgressão, uma rutura, que retira o homem da sua vida quotidiana, do mundo racional e o lança para um lugar irracional e violento (Ariès, 1990).

De acordo com Ariès (1990), no século XVIII e XIX, a morte perde a carga erótica, e passa a reduzir-se à sua beleza. A morte já não é desejável e sedutora, mas sim admirada por ser bela, representada como uma dor apaixonante e comovente. Nesta época, surge a morte romântica, que vemos, por exemplo, nos testemunhos literários de Novalis em “Hinos à Noite” e Lamartine em “Meditações Poéticas”.

Entre a Alta Idade Média e o século XIX, as atitudes perante a morte sofreram algumas alterações, mas a familiaridade com a morte não se alterou. Foi, no início do século XX, que se deu uma grande mudança na sociedade, e a morte deixou de estar presente, de tão familiar que fora, até então, e passou a ser considerada vergonhosa, assumindo-se como um tabu (Ariès, 1990). Esta mudança surgiu de um sentimento característico da modernidade, onde se procura evitar a perturbação e as emoções excessivamente fortes e dolorosas, causadas pela presença da morte em plena vida feliz, pois a partir daqui, a sociedade começou-se a reger pela ideia de que a vida deve ser sempre feliz, ou pelo menos, aparentar sê-lo (Ariès, 1990). A morte torna-se cada vez mais insuportável e incompatível com a nova mentalidade do século XX, e por isso é afastada para as profundezas do ser.

Segundo Kastenbaum (2000), até 1992, a morte foi um tema pouco estudado na psicologia, estando presente uma resistência em entrar em contacto com a mortalidade do ser humano, apesar de ser uma das realidades mais presentes no século XX, com as várias guerras que se atravessaram, genocídios, epidemias, entre outros acontecimentos. Kastenbaum (2000) salienta que bastantes especialistas em comportamentos sociais e ciências da saúde, se ocupavam muito com as questões da vida e pouco sabiam sobre a morte.

Para além da mudança na mentalidade da sociedade, no século XX, o lugar onde se morre também se alterou, e passou-se de morrer em casa, rodeado de quem se era próximo, para se morrer num hospital, a maior parte das vezes, sozinho (Maranhão, 1985). Com o avanço das tecnologias, o hospital tornou-se o lugar onde se luta contra morte, e se procura adiá-la ao máximo, mas é também o lugar onde se vai morrer, porque morrer em casa tornou-se demasiado doloroso e confrontativo, obrigando os vivos a entrarem em contacto com o objeto interdito que é a morte.

Por estarmos perante uma sociedade cada vez mais tecnológica, e por isso muito virada para a produção e o progresso, parece existir uma incompatibilidade com tudo aquilo que contraria essa produtividade e criação, como a morte (Maranhão, 1985).

Segundo Ariès (1990), dá-se uma passagem de uma morte domada, onde o indivíduo sentia a morte chegar, e por isso organizava as circunstâncias e o lugar onde ia morrer, para uma morte selvagem, onde já não existe a ideia de controlar o momento da morte, e torná-lo seu, mas sim um adiamento e evitamento da mesma, até aos limites do corpo e da ciência.

Se, na primeira metade do século XX, a grande interdição recaía sobre o tema da sexualidade, na segunda metade do século, a ideia do sexo enquanto tabu foi desvanecendo, e deu lugar ao tabu da morte (Maranhão, 1985).

Até ao século XIX, vivia-se mais em comunidade, e a morte era mais familiar, por isso o luto era vivido e expressado com naturalidade, na presença do outro. No século XX, por se considerar um tema proibido, existindo um constante esforço para eliminar a morte da vida, é esperado que o luto seja vivido de forma solitária e em privado, de forma a não relembrar à sociedade que “para morrer, basta estar vivo” (Ariès, 1990; Maranhão, 1985).

Em suma, é possível observar que, ao longo da história ocidental, a forma como se vive a morte foi-se alterando. Durante vários séculos estão presentes diversos movimentos de aproximação e distanciamento com o tema da morte (desde a vida depois da morte, com a ascensão cristã aos céus, ao romantismo, ao tabu) foi-se procurando vários significados e sentimentos que ajudassem a encarar e a lidar com algo tão desconhecido, mas tão certo.

O medo da morte

Apesar de todas as incertezas que o conceito de morte carrega, é inegável que tudo o que vive, um dia morrerá. Uma das dificuldades relativamente à construção do que é a morte, passa pela representação que o morto não será mais vivo, não está num estado de sono, não vai acordar no dia a seguir, porque nunca mais vai acordar (Kastenbaum, 2000). Segundo Taylor (1997), a morte pode ser definida como um fenómeno onde se dá a cessação permanente das funções vitais e biológicas, como por exemplo a circulação do sangue.

A perspetiva de cessação permanente e irreversível das funções biológicas causa, na maior parte dos casos, uma angústia existencial (o medo da morte, desta ausência em si) que deve ser diferenciada do medo de causas objetivas que possam causar a morte, desta mesma cessação de funções biológicas (e.g. doença terminal). Lester (1990) demonstrou que existem diferenças individuais no que diz respeito ao medo da morte, sendo que este não se limita, ou não se limita apenas, a uma causa concreta de uma ameaça real. Lester (1990) ainda distingue o medo da morte em si (medo do que se pensa ser a própria morte) e o medo de morrer (medo do processo que conduz à morte enquanto se está vivo).

O medo da morte tem sido relacionado a fatores psicológicos como a depressão, ansiedade e stress, sendo que um maior medo da morte está associado a estados de maior depressão, ansiedade e stress (Abdel-Khalek, 1998; Abdel-Khalek & Tomás-Sábado, 2005; Gilliland & Templer, 1986; Oker et al., 2019; Perveen et al., 2019).

A literatura revela que a depressão, ansiedade e stress se correlacionam com pior funcionamento sexual (Baldwin, 2001; Britto & Benetti, 2010; Çankaya & Alan Dikmen, 2020; Hartmann, 2007; Mathew & Weinman, 1982; Norton & Jehu, 1984) mas não é claro se o medo existencial da morte se correlaciona com pior função sexual. Têm sido propostas várias teorizações entre a angústia de morte e o desejo sexual. Apesar da riqueza heurística destas teorizações, continua a não ser claro qual a relação entre o medo da morte (e o medo de morrer) e o funcionamento sexual. De seguida iremos fazer uma revisão de algumas delas.

A morte na Psicanálise

Freud, nas suas primeiras teorias sobre o aparelho psíquico e o funcionamento mental, abordou pouco o conceito de morte. Numa fase posterior, em *Considerações atuais sobre a guerra e a morte*, Freud (1915) refere que é impossível representar a morte no inconsciente (o nível elementar de funcionamento mental) e que neste reside a crença da nossa própria imortalidade. A morte enquanto vazio e ausência totais, que o pensamento racional pode conceber, é inconcebível a um nível mais profundo: quando alguém pensa na sua morte enquanto aniquilação total, está sempre presente a representação do “aniquilado” e alguém a pensar no “aniquilamento”: o vazio é impensável, há sempre “algo” mesmo que muito indefinido, e este “algo” pode ser percebido como uma experiência assustadora, presumivelmente porque o “Eu morto” é completamente indefinido. Mais ou menos assustadora, a experiência de confrontação com a ideia da morte e consequente redução do medo da mesma pode ser benéfica para a saúde mental (Moreton et al., 2020). Também é plausível que a incapacidade de pensar a morte como a ausência total poderá originar uma sensação de imortalidade, mesmo que muito abstrata, isto é, sem nenhuma crença concreta sobre a vida depois da morte. Freud (1926) refere que não existe o medo da morte, propriamente dita, pois não existe nada no inconsciente que possa contribuir para a conceção da destruição da vida. No inconsciente não existe uma linha temporal, e por isso a morte não é concebível, pois faz parte de uma realidade temporal (Ruffié, 1987). No inconsciente, também não há localização espacial física; por isso, não se pode desaparecer do espaço, pois não há um espaço de onde se desaparecer. Contudo, quando a realidade exterior é percebida, dá-se a consciência de que o corpo físico pode desaparecer do mundo e isto cria medo, que pode ser maior numas pessoas do que noutras.

Freud (1926) vê o medo da morte associado a um deslocamento da angústia de castração; portanto, o medo da morte poder ser um reflexo de incapacidade/impotência sentida. No entanto, também o relaciona com a ameaça da perda do amor do objeto e da separação com o mesmo. Esta angústia tem origem nos momentos mais precoces do sujeito, onde o bebé percebe a ausência da mãe e/ou a retirada do amor desta, não satisfazendo as necessidades do bebé, o que provoca uma grande angústia devido a acumulação de tensões no seu organismo (insatisfação da libido) (Freud, 1926). Assim, parece que o medo da morte pode ser frequentemente o resultado de psicopatologia que pode interferir adversamente na função sexual. Todavia, se o medo da morte pode ser um sintoma de perturbação sexual,

Freud está longe de ver a morte como dissociada do sexo, como mostra a sua teoria pulsional descrita de seguida.

Tânatos e Eros: A Morte e a Sexualidade na Psicanálise

Freud (1920) fundamenta que existe uma tendência nos organismos, presente desde o início da vida orgânica, que nos move para o retorno a um estado anterior e inicial, um estado inorgânico, tendência esta que designou como pulsão de morte. Esta pulsão seria uma tensão para a destruição, cujo objetivo final seria a morte do organismo. Contudo, a esta pulsão opõe-se a pulsão de vida, uma pulsão libidinal que Freud (1920) equipara a Eros, o preservador de tudo o que é vivo. Traduz-se numa tensão para a unificar e harmonizar, o que leva à mudança, transformação e progresso.

No entanto, ao longo do texto, Freud (1920) demonstra que a teoria pulsional é mais complexa do que a “simples” oposição entre a pulsão de vida e a pulsão de morte. Num primeiro instante, poderão parecer pulsões completamente opostas, cujos objetivos são contraditórios. Contudo, Freud (1920) esclarece que ambas são pulsões conservadoras, historicamente adquiridas, isto é, a pulsão de morte procura o retorno a um estado anterior inorgânico, manter um estado inicial prévio à vida orgânica; a pulsão de vida procura manter o organismo no seu caminho até à morte, até ao estado inorgânico inicial. A pulsão de vida procura que o indivíduo morra à sua própria maneira.

Mas se o objetivo da vida é a morte, e tanto a pulsão de morte como a pulsão de vida parecem conduzir-nos até ao nosso fim, o que nos permite mantermo-nos vivos? A pulsão de vida tem uma natureza conservadora, mantendo-nos no caminho cuja última paragem é a nossa morte. No entanto, é ainda mais conservadora, no sentido em que preserva a vida orgânica durante bastante tempo, através das pulsões sexuais, que fazem parte da pulsão de vida, e garantem a segurança, sobrevivência e reprodução dos organismos (Freud, 1920). Quando as pulsões de morte operam e se encontram numa fase muito avançada, conduzindo o indivíduo para a sua morte, de forma rápida e sem grandes desvios, as pulsões sexuais entram em cena, para abrandar este ritmo, e prolongar a vida (Freud, 1920). A pulsão de morte apressa-nos para o nosso fim, a pulsão de vida prolonga a viagem até ao nosso fim.

Segundo Freud (1923), quando a pulsão de morte predomina no conflito entre as duas pulsões, o componente de destruição da vida psíquica impõe-se, enquanto que no caso de a pulsão de vida predominar, essa destruição é neutralizada e a agressividade é posta ao serviço da vida e do ego. Apesar de a vida psíquica ter como base o conflito entre a pulsão de vida e a

pulsão de morte, em 1924, Freud esclarece como estas duas pulsões estão intrincadas. A pulsão de morte está presente no nosso psiquismo desde o início. De modo a preservar a vida e evitar que o sujeito seja reconduzido a um estado inorgânico (à sua morte), a pulsão de vida entra em cena. A libido pode combinar-se com a pulsão de morte, de forma a que esta seja exteriorizada através do sistema muscular, o que se expressa em dominação, vontade de poder e controlo, posta diretamente ao serviço da função sexual dando origem ao sadismo (Freud, 1924). Por outro lado, uma parte da pulsão de morte não é canalizada para o exterior, mas permanece no mundo interno do sujeito, tornando-se inofensiva por meio da ligação libidinal, dando origem ao masoquismo (erotização da pulsão de morte) (Freud, 1924). Com base nestas conceções, é possível que uma pulsão muito intensa se combine com libido para gerarem tendências sexuais sadomasoquistas, cujo recalçamento está na etiologia das neuroses de acordo com o pensamento freudiano, mas nestas situações, nada é dito sobre que papel o medo da morte teria, uma vez que a pulsão de morte não tem de se traduzir em medo da mesma.

Melanie Klein

Como referido, de acordo com a perspetiva freudiana, a existência de uma pulsão de morte não implica necessariamente medo da morte. Por seu turno, Melanie Klein vem enfatizar uma relação mais estreita entre ambos. Para Klein (1946) há um medo inconsciente da aniquilação da vida que tem origem na pulsão de morte. Para a autora, o perigo e a ameaça interna que surge da ação da pulsão de morte é a origem da angústia. Uma vez que o conflito entre a pulsão de vida e a pulsão de morte é inerente à condição humana, a angústia associada à morte nunca é totalmente eliminada, sendo um fator determinante em situações de ansiedade. Embora não saibamos o que é ser fisicamente desmembrado, devorado e morto, na nossa mente experienciamos partes do ego que sofrem clivagens, que são fragmentadas e percecionadas como se já não existissem, de certa forma, que se encontram mortas. Quando Klein (1946) nos fala de um medo da morte está a enfatizar o medo da morte psíquica, da desintegração do Eu (que não é necessariamente um medo de morte física, embora esta necessariamente traga uma desintegração do Eu). Se a pulsão de morte for predominante na vida psíquica, o mundo externo e interno, através da identificação projetiva, será percecionado como cada vez mais ameaçador, denotando-se uma angústia de morte mais intensa. Com base na perspetiva Kleiniana, será igualmente de esperar que o medo da morte

se associe a problemas sexuais a par de outros sintomas psicopatológicos, pois é um indicador de desorganização psíquica.

Teoria da Gestão de Terror (TMT – Terror Management Theory)

A Teoria da Gestão do Terror é uma teoria psicológica social, tendo por base diversos autores com perspectivas existenciais, psicodinâmicas e evolutivas (e.g. Ernest Becker; Sigmund Freud; Otto Rank; George Herbert Mead) e procura compreender a forte influência das preocupações associadas à mortalidade no nosso self e comportamento social (Arndt & Vess, 2008).

Becker (1973) refere que a motivação do ser humano para se manter vivo, juntamente com a consciência da sua própria mortalidade, que poderá ocorrer a qualquer momento, origina um medo da morte paralisante, sentido como aterrorizante – o medo da finitude. Com o aumento das capacidades intelectuais, o ser humano desenvolveu uma defesa para se proteger contra o terror da morte: uma visão cultural do mundo, que permitiu estabelecer ordem, estrutura, previsibilidade, estabilidade e significado no universo ao fazer-se parte de um grupo maior que não morre (e. g., nação, grupo étnico, religião, grupo político). O indivíduo ao identificar-se com um grupo que transcenderá o seu tempo de vida, perde o medo da morte. Uma vez que a cultura é uma construção social frágil, pois é um universo vasto e diversificado, o ser humano necessita de uma validação contínua das suas próprias crenças e de eliminar ameaças às mesmas, de forma a que estas defesas possam funcionar adequadamente (Pyszczynski et al., 1999).

Posteriormente, foi proposto que a autoestima também contribui para eliminar o medo da morte, isto é, o medo da morte diminui quando o indivíduo sente que faz alguma coisa valorizada (Pyszczynski et al., 1999). Outro mecanismo proposto que poderá anular o medo da morte é o estabelecimento de relações amorosas (Mikulincer et al., 2003; Śmieja et al., 2006). Se pensarmos que uma relação amorosa satisfatória está associada a uma sexualidade satisfatória, poder-se-á pressupor que, de acordo com a TMT, melhor funcionamento sexual se correlaciona com menos medo da morte. Todavia, outras previsões da TMT sugerem que a relação entre medo da morte e funcionamento sexual poderá ser mais complexa.

De acordo com Goldenber e colaboradores (2000), o corpo físico do ser humano apresenta-se como problemático, uma vez que nos aproxima dos restantes animais, o que é ameaçador pois relembra-nos as nossas vulnerabilidades face à morte. A sexualidade, sendo uma ação intimamente ligada ao corpo e à natureza animal do ser humano, também se

apresenta como uma ameaça e lembrança da inevitabilidade da morte (Goldenberg et al., 2000). De acordo com a TMT, a solução cultural para o problema que a sexualidade representa, é carregá-la de significado, elevando-a do mundo animal para o plano “superior” dos humanos. As diversas culturas restringem e estabelecem várias regras relativamente ao sexo (e.g. sítios apropriados a ter relações sexuais; parceiros sexuais; abstinência; no contexto do matrimónio; apenas para fins reprodutivos, entre outros) que conferem um significado exclusivamente humano, permitindo acesso à sexualidade sem que isso comprometa a crença de que somos diferentes dos animais, e desencadeie uma angústia existencial de morte (Goldenberg et al., 2000). Uma outra estratégia para elevar o sexo ao plano exclusivamente humano é encará-lo como uma expressão de amor ou uma forte conexão entre duas pessoas. Desta forma a sexualidade passa a representar não só a nossa natureza animal, mas a nossa capacidade para construir relações interpessoais simbólicas (Dermer & Pyszczynski, 1978). A sexualidade também poderá servir como meio de elevar a autoestima de um indivíduo, usando relações sexuais para afirmar a sua atratividade e *sex appeal*, que contribuem para um aumento da autovalorização (Goldenberg et al., 2000). De qualquer modo, o desejo sexual pode não estar sempre integrado nestas defesas culturais, tem sempre um potencial de desencadear o medo da morte. Esta ameaça poderá ser contrariada inibindo o próprio desejo sexual, o que naturalmente implica problemas na esfera da sexualidade. Assim, com base na TMT, somos levados a pensar que se por um lado as relações amorosas inseridas numa determinada visão cultural, podem atenuar o medo da morte, a libido e os contactos sexuais pairam sempre como um potencial desencadeador do medo da morte, se dissociados de visões culturais com que o indivíduo se identifica.

A perspetiva da TMT pode ajudar a compreender a frequência, a regulação, os significados atribuídos e para que fins são usadas as relações sexuais, mas também permite pensar sobre dificuldades associadas à sexualidade, nomeadamente em indivíduos com traços neuróticos. De acordo com esta teoria, a dificuldade de um neurótico em gerir a sua ansiedade resulta de uma incapacidade em manter autoestima e acreditar na validade das suas crenças culturais (Lester, 1990; Goldenberg et al., 2000). Como a autoestima e as crenças culturais desempenhar um papel importante na transformação simbólica da sexualidade, afastando-a do plano animal, indivíduos com traços mais neuróticos teriam dificuldades no que diz respeito a atividades físicas, uma vez que estas têm o potencial de relembrar a mortalidade da condição humana. Neste sentido, Goldenberg e colaboradores (1999) conduziram uma das primeiras investigações experimentais com o objetivo de avaliar se o sexo, devido à sua associação com a morte, seria uma ameaça maior para indivíduos com

traços neuróticos. No primeiro estudo, os resultados revelaram que indivíduos com maior neuroticismo acham as relações sexuais menos apelativas após serem recordados da sua mortalidade, enquanto indivíduos com traços menos neuróticos reportaram o inverso. No segundo estudo, os participantes com traços mais neuróticos, após serem expostos a uma escala sobre a fisicalidade das relações sexuais, apresentaram maior acessibilidade a pensamentos relacionados com a morte, do que sujeitos com menor neuroticismo, sustentando as hipóteses iniciais da investigação (Goldenberg et al., 1999).

Posteriormente, outros estudos foram conduzidos que revelaram que este fenómeno não se verifica apenas em sujeitos neuróticos, estando mais relacionado com o significado que é atribuído ao sexo, independentemente do neuroticismo, isto é, quando a sexualidade é desprovida de qualquer simbolismo cultural, e vista apenas como um acto físico, próximo da sua natureza animal, a fisicalidade das relações sexuais torna-se aversiva e pensamentos sobre a morte tornam-se mais acessíveis na nossa mente (Goldenberg et al., 1999; Goldenberg et al., 2002). Quando as relações sexuais são dotadas de um significado simbólico exclusivamente humano, a fisicalidade das mesmas não aumentou pensamentos relacionados com a morte (Goldenberg et al., 1999). Birnbaum (2011) encontrou resultados semelhantes, reforçando a ideia de que lembrar a mortalidade a alguém pode aumentar ou diminuir o desejo sexual, dependendo do significado que cada indivíduo atribui às relações sexuais.

COVID-19 e medo da morte

Os tempos que estamos a viver têm sido caracterizados pela pandemia que tem suscitado um medo da COVID-19, não sendo claro até que ponto este medo estará relacionado com o medo existencial da morte.

Na literatura, já existem alguns estudos que avaliaram o funcionamento sexual durante a pandemia (e.g. confinamento), onde os participantes apresentaram pior função sexual (De Rose et al., 2021; Karakas et al., 2020; Schiavi et al., 2020; Yuksel & Ozgor, 2020). Outras investigações apresentaram resultados contraditórios com os anteriores, registando-se melhor função sexual (Sotiropoulou et al., 2021) e um aumento na frequência e desejo sexual, durante a pandemia de COVID-19 (Cocci et al., 2020; Yuksel & Ozgor, 2020). No entanto, a literatura é escassa no que diz respeito à relação entre o funcionamento sexual e o medo da COVID-19 especificamente (uma vez que a pioria do funcionamento sexual pode ser devida ao stress dos confinamentos e outras restrições sociais). Até ao momento, apenas um estudo

(Baran & Aykac, 2020) procurou compreender a relação entre a função sexual e o medo de infecção e transmissão de COVID-19 ao parceiro sexual, onde os resultados apresentaram que este medo está associado a uma diminuição na frequência de relações sexuais e pior função sexual.

Objetivos

Em suma, existem muitas teorias que se debruçam sobre o medo da morte e a sexualidade, mas a relação entre ambas não é clara. Também não é claro se o medo da COVID-19 se relaciona com o medo da morte, se o medo da COVID-19 está relacionado com a função sexual e se esta última relação é explicada pelo medo da morte. Neste sentido, torna-se pertinente fazer o presente estudo exploratório. Assim, com base no exposto na revisão bibliográfica, o presente estudo tem como objetivos examinar as intercorrelações entre medo da morte, medo do da COVID-19 e funcionamento sexual.

Método

Participantes

A amostra total desta investigação é constituída por 443 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e 88 anos ($M= 30,64$; $DP= 12,03$). Uma vez que se pretende investigar o funcionamento sexual, foi criada uma subamostra constituída por um total de 318 indivíduos com relações sexuais no mês precedente.

Tabela 1. Estatística descritiva da amostra total

	Mulheres	Homens
	N (%) ou Média (DP)	N (%) ou Média (DP)
N	306	137
Idade	30,70 (12,02)	30,50 (12,08)
Habilitações Literárias		
Ensino Básico	1 (0,3%)	2 (1,5%)
Ensino Secundário	66 (21,6%)	34 (24,8%)
Licenciatura	163 (53,3%)	62 (45,3%)
Mestrado	73 (23,9%)	36 (26,3%)
Doutoramento	3 (1%)	3 (2,2%)
Profissão		
Estudante	86 (28,1%)	29 (21,2%)
Trabalhador(a) Estudante	6 (2%)	0 (0%)
Empregado(a)	198 (64,7%)	102 (74,5%)
Desempregado(a)	12 (3,9%)	1 (0,7%)
Reformado(a)	4 (1,3%)	2 (1,5%)
Estado Civil		
Solteiro	225 (73,5%)	113 (82,5%)
Casado	59 (19,3%)	19 (13,9%)
Divorciado	20 (6,5%)	5 (3,6%)
Viúvo	2 (0,7%)	0 (0%)
Parceiro(a) Sexual		
Não	48 (15,7%)	22 (16,1%)

Incerto(a)	18 (5,9%)	15 (10,9%)
Sim	240 (78,4%)	100 (73%)
Coabitação		
Não	188 (61,4%)	95 (69,3%)
Sim	118 (38,6%)	42 (30,7%)
Orientação Sexual		
Só c/ o sexo oposto	252 (82,4%)	120 (87,6%)
Principalmente c/ o sexo oposto	24 (7,8%)	6 (4,4%)
Aproximadamente tanto com o sexo oposto como com o mesmo sexo	6 (2%)	1 (0,7%)
Principalmente com o mesmo sexo	8 (2,6%)	1 (0,7%)
Só com o sexo oposto	16 (5,6%)	9 (6,6%)

Tabela 2. Estatística descritiva da subamostra com relações sexuais no mês precedente

	Mulheres	Homens
	N (%) ou Média (DP)	N (%) ou Média (DP)
N	213	105
Idade	30,06 (11,29)	30,60 (11,64)
Habilitações Literárias		
Ensino Básico	1 (0,5%)	2 (1,9%)
Ensino Secundário	51 (23,9%)	25 (23,8%)
Licenciatura	106 (49,8%)	49 (46,7%)
Mestrado	53 (24,9%)	28 (26,7%)
Doutoramento	2 (0,9%)	1 (1%)
Profissão		
Estudante	54 (25,4%)	19 (18,1%)
Trabalhador(a) Estudante	4 (1,9%)	0 (0%)

Empregado(a)	146 (68,5%)	85 (81 %)
Desempregado(a)	7 (3,3%)	0 (0%)
Reformado(a)	2 (0,9%)	1 (1 %)
Estado Civil		
Solteiro	156 (73,2%)	84 (80 %)
Casado	44 (20,7%)	16 (15,2 %)
Divorciado	11 (5,2%)	5 (4,8 %)
Viúvo	2 (0,9%)	0 (0%)
Parceiro(a) Sexual		
Não	8 (3,8%)	5 (4,8 %)
Incerto(a)	9 (4,3%)	11 (10,5%)
Sim	196 (92%)	89 (84,8 %)
Coabitação		
Não	122 (57,3%)	68 (64,8 %)
Sim	91 (42,7%)	37 (35,2 %)
Orientação Sexual		
Só c/ o sexo oposto	188 (88,3%)	100 (95,2%)
Principalmente c/ o sexo oposto	18 (8,5%)	4 (3,8%)
Aproximadamente tanto com o sexo oposto como com o mesmo sexo	4 (1,9%)	0 (0 %)
Principalmente com o mesmo sexo	2 (0,9%)	0 (0%)
Só com o sexo oposto	1 (0,5%)	1 (1%)

Materiais

Questionário Sociodemográfico

Para a presente investigação foi desenvolvido um questionário sociodemográfico com o objetivo de recolher alguns dados gerais dos participantes, relativamente ao seu género, idade, concelho de residência, estado civil, habilitações literárias, profissão, se o participante tem parceiro/a sexual regular (no caso de ter, se coabitavam), duração da relação (meses e/ou anos), problemas de saúde, tipos de medicamentos, terminando com uma questão onde os participantes tinham as seguintes opções para descrever a sua sexualidade: a) Só com o sexo

oposto; b) Principalmente com o sexo oposto; c) Aproximadamente tanto com o sexo oposto como com o mesmo sexo; d) Principalmente com o mesmo sexo; e) Só com o mesmo sexo.

Ansiedade, Depressão e Stress

Para medir os sintomas de ansiedade, depressão e stress dos participantes foi utilizada a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) de Lovibond e Lovibond (1995), adaptada à população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), dirigindo-se a indivíduos com idade superior a 17 anos. Esta escala é constituída por um total de 21 itens, agrupados em três escalas (Ansiedade, Depressão e Stress), sendo que cada uma contém sete itens. A escala de Ansiedade é constituída por Excitação do Sistema Autónomo (itens 2, 4, 19); Efeitos Músculo Esqueléticos (item 7); Ansiedade Situacional (item 9) e Experiências Subjetivas de Ansiedade (itens 15, 20). A escala de Depressão é formada pelos conceitos de Anedonia (item 3); Inércia (item 5); Desânimo (item 10); Disforia (item 13); Falta de interesse (item 16); Auto-depreciação (item 17) e por fim Desvalorização da vida (item 21). A escala de Stress contém os conceitos de Dificuldade em relaxar (itens 1, 12); Irritação/Reações exageradas (item 6 e 11); Excitação Nervosa (item 8); Impaciência (item 14) e Facilmente chateado/sensível (item 18). Todos itens são avaliados numa escala tipo *Likert*, de 4 pontos, variando entre 0 (Não se aplicou nada a mim) e 3 (Aplicou-se a mim a maior parte das vezes), onde o indivíduo assinala a frequência e gravidade dos sintomas experimentados durante a última semana. As cotações mais elevadas revelam estados afetivos mais negativos. No que diz respeito à consistência interna da EADS-21, Pais-Ribeiro, Horando e Leal (2004) obtiveram uma boa consistência (ansiedade $\alpha = 0,74$; depressão $\alpha = 0,85$; stress $\alpha = 0,81$).

Medo da COVID-19

A Escala do Medo da COVID-19 (FCV-19S), desenvolvida por Ahorsu e colaboradores (2020), e traduzida para a língua portuguesa por Ferreira-Valente e Jarego (manuscrito em preparação) foi utilizada para avaliar o medo que cada participante tem desta doença. Este instrumento é unidimensional, organizado em sete itens (e.g. “Aquilo de que tenho mais medo é da COVID-19”; “Tenho medo de perder a minha vida por causa da COVID-19”), numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, variando entre 1 (Discordo totalmente) a 5

(Concordo totalmente). Quanto mais elevada for a pontuação, maior será o medo associado à COVID-19. O estudo original da FCV-19S (Ahorsu et al, 2020), revelou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,82$), sendo que na presente investigação se obteve resultados semelhantes ($\alpha = 0,83$).

Medo da Morte

De forma a mensurar o medo da morte, utilizou-se a Escala do Medo da Morte de Collect-Lester (Lester & Abdel-Khalek, 2010), adaptada para a população portuguesa na presente investigação. Esta escala está dividida em quatro dimensões, contudo apenas foram aplicadas as dimensões de Medo da Morte, que está associado ao que se pensa ser a morte em si (e.g. “O isolamento total da morte”; “O que se sentirá depois de morrer”) e Medo de Morrer, relacionado com o processo que conduz até à morte enquanto se está vivo (e.g. “A dor envolvida”; “A sua falta de controlo sobre o processo de morrer”). Cada dimensão organiza-se em sete itens, numa escala tipo *Likert* de 1 (Nada) a 5 (Muito), no qual o sujeito assinala o quão perturbado ou ansioso se sente perante cada afirmação. A pontuação mais elevada corresponderá a um maior medo relativamente à morte. O estudo de Lester e Abdel-Khalek (2010) apresentou uma boa consistência interna da escala (Medo da Morte: $\alpha = 0,91$; Medo de Morrer: $\alpha = 0,92$), sendo que nesta investigação obteve-se um alfa de Cronbach para a dimensão Medo da Morte de 0.89 e para a dimensão do Medo de Morrer de 0,91.

Funcionamento Sexual Feminino

Para avaliar o funcionamento sexual feminino foram utilizados dois instrumentos, o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) (Rosen et al., 2000), adaptado para a população portuguesa por Pechorro e colaboradores (2009) e a Escala de *Distress* Sexual Feminino (FSDS-R) (DeRogatis et al., 2008), traduzida para a língua portuguesa por Berenguer, Rebôlo e Costa (2019).

O FSFI (Rosen et al., 2000) é uma escala constituída por seis dimensões: Desejo (itens 1 e 2); Excitação (itens 3, 4, 5 e 6); Lubrificação (itens 7, 8, 9 e 10); Orgasmo (itens 11, 12 e 13); Satisfação (itens 14, 15 e 16) e Dor (itens 17, 18 e 19). Na versão portuguesa (Pechorro et al, 2009), as dimensões Desejo e Excitação foram sobrepostas num fator único. Contudo, na presente investigação, optou-se por manter uma diferenciação entre as duas

dimensões por relevância conceptual. Os itens são avaliados através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos. A pontuação total do FSFI é obtida pela soma dos itens de cada dimensão multiplicados pelo fator de ponderação correspondente a cada dimensão, descrito no estudo original de Rosen e colaboradores (2000). Quanto mais elevada a pontuação, melhor será a função sexual associada. O estudo original de desenvolvimento da escala (Rosen et al., 2000) apresentou uma excelente consistência interna (Desejo: $\alpha = 0,92$; Excitação: $\alpha = 0,95$; Lubrificação: $\alpha = 0,96$; Orgasmo: $\alpha = 0,94$; Satisfação: $\alpha = 0,89$; Dor: $\alpha = 0,94$). Pechorro e colaboradores (2009) obtiveram valores ligeiramente inferiores, mas reveladores de boa consistência interna (Desejo- Excitação: $\alpha = 0,90$; Lubrificação: $\alpha = 0,88$; Orgasmo: $\alpha = 0,88$; Satisfação: $\alpha = 0,90$; Dor: $\alpha = 0,89$).

A Escala de *Distress* Sexual Feminino (DeRogatis et al, 2008) é um instrumento unidimensional constituído por treze itens (e.g. “Angustiada com a sua vida sexual”; “Culpada pelas suas dificuldades sexuais”), avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, que varia entre 0 (Nunca) e 4 (Sempre), onde o participante assinala como se sentiu nas últimas quatro semanas. Quanto mais elevada for a pontuação, maior o *distress* sexual. Relativamente à consistência interna, o estudo original de DeRogatis e colaboradores (2002) apresentou um alfa de Cronbach de 0,92, sendo que Berenguer, Rebôlo e Costa (2019) obtiveram resultados semelhantes ($\alpha = 0,94$), revelando uma excelente consistência interna.

Funcionamento Sexual Masculino

De forma a avaliar o funcionamento sexual masculino, foram aplicados dois instrumentos: o Índice Internacional de Função Erétil (IIEF) (Rosen et al., 1997), traduzido para a língua portuguesa por Gomes e Nobre (2012) e o Instrumento de Diagnóstico de Ejaculação Precoce (PEDT) (Symons et al., 2007). O IIEF é um instrumento utilizado para medir várias áreas do funcionamento sexual masculino, sendo constituído, na versão portuguesa, por cinco dimensões com um total de catorze itens: Função Erétil (itens 1,2,3,4,5 e 15); Função Orgástica (itens 9 e 10); Desejo Sexual (itens 11 e 12); Satisfação com a Prática Sexual (itens 7 e 8) e Satisfação Global (itens 13 e 14). Na presente investigação optou-se por acrescentar um item associado à dor durante a ereção (“Durante as relações sexuais, com que frequência teve dor ao manter a ereção?”). Os itens são avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, variando entre 1 e 5 (com um 0 correspondendo à ausência de atividade sexual). Quanto mais elevados forem os valores, melhor função sexual. No que diz respeito à consistência interna, a investigação original (Rosen et al., 1997) apresentou valores

do alfa de Cronbach que variaram entre 0,73 e 0,99, para os estudos conduzidos, revelando, no geral, boa consistência interna. Gomes e Nobre (2012) também obtiveram boa consistência interna (Função Erétil: $\alpha = 0,86$; Função Orgástica: $\alpha = 0,79$; Desejo Sexual: $\alpha = 0,72$; Satisfação com a Prática Sexual: $\alpha = 0,74$; Satisfação Global: $\alpha = 0,86$).

O Instrumento de Diagnóstico de Ejaculação Precoce (PEDT) (Symonds et al., 2007), uma escala unidimensional que mede várias características da ejaculação precoce (e.g. controlo da ejaculação, frequência da ejaculação precoce e com estimulação mínima, sentimentos de frustração e preocupação). Este instrumento é composto por um total de cinco itens, avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, variando entre 0 e 4. Quanto mais elevada for a pontuação, maior probabilidade de ejaculação precoce. Relativamente à consistência interna, Symonds e colaboradores (2007) apresentaram um alfa de Cronbach de 0,71, revelando boa consistência do instrumento.

Procedimento

A recolha dos dados foi obtida através de um questionário online realizado na plataforma “*Google Forms*”. A secção inicial deste questionário apresentava um consentimento informado, no qual constava o objetivo principal do presente estudo, a duração do seu preenchimento, assegurando o anonimato, confidencialidade, e carácter voluntário. Para concluir o consentimento foram fornecidos os contactos dos investigadores, caso surgisse alguma dúvida. Nas secções posteriores do questionário foram introduzidas as várias escalas, organizadas por sexo feminino e sexo masculino. Os participantes acederam ao questionário através de um link partilhado por diversas redes sociais (e.g. LinkedIn, Facebook, Whatsapp, Instagram, Messenger) e foi-lhes pedido para divulgarem pelos seus contactos pessoais, constituindo-se uma amostra por conveniência, através de um processo de bola de neve. A recolha dos dados foi realizada de Dezembro de 2020 a Janeiro de 2021, decorrendo, aproximadamente, durante dois meses.

Resultados

Na Tabela 3 encontram-se os resultados obtidos na amostra total (N = 443) relativamente às intercorrelações entre as variáveis medo da COVID-19, medo da morte, medo de morrer, depressão, ansiedade e stress. Verificam-se correlações positivas entre todas as variáveis.

Tabela 3. Matriz de correlações da amostra total entre o medo da COVID-19, medo da morte, medo de morrer, depressão, ansiedade e stress

	Medo da morte ^a	Medo de morrer ^b	Medo da COVID-19	Depressão	Ansiedade	Stress
Medo da morte ^a	1					
Medo de morrer ^b	0,64***	1				
Medo da COVID-19	0,40***	0,37***	1			
Depressão	0,14**	0,15**	0,21***	1		
Ansiedade	0,23***	0,20***	0,24***	0,69***	1	
Stress	0,21***	0,21***	0,29***	0,72***	0,77***	1

*** p < 0,001

** p < 0,01

a. Medo do que se pensa ser a própria morte

b. Medo do processo de morrer enquanto se está vivo

Na tabela 4, podemos observar os resultados obtidos na amostra do sexo feminino (N = 213) relativos ao medo da COVID-19, medo da morte, medo de morrer e dimensões do funcionamento sexual feminino. Verifica-se uma correlação marginal negativa entre o desejo e o medo da COVID-19 ($r = -0,13$; $p = 0,058$), e uma correlação negativa entre a excitação e o medo da COVID-19 ($r = -0,13$; $p = 0,050$). O *distress* sexual correlaciona-se positivamente com o medo da COVID-19 ($r = 0,20$; $p = 0,004$).

Quando as participantes com mais de 45 anos são excluídas da análise, as únicas alterações registadas ocorrem nas dimensões do funcionamento sexual feminino de desejo ($r = -0,18$; $p = 0,018$), e excitação ($r = -0,16$; $p = 0,029$), onde se verificam correlações mais fortes com o medo da COVID-19.

Tabela 4. Correlações entre o medo da morte, medo de morrer, medo da COVID-19 e as dimensões do funcionamento sexual feminino

	Medo da morte ^a	Medo de morrer ^b	Medo da COVID-19
Desejo	-0,06	0,04	-0,13 [↑]
Excitação	0,02	0,10	-0,13*
Lubrificação	0,10	0,10	-0,10
Orgasmo	0,02	0,11	-0,08
Satisfação	0,08	0,11	-0,05
Dor	0,01	0,04	-0,05
Distress Sexual	0,04	-0,01	0,20**

** $p < 0,01$

* $p \leq 0,05$

[↑] $p = 0,058$

a. Medo do que se pensa ser a própria morte

b. Medo do processo de morrer enquanto se está vivo

A tabela 5 refere-se aos resultados obtidos na amostra do sexo masculino ($N = 105$), relativamente ao medo da COVID-19, medo da morte, medo de morrer e as dimensões do funcionamento sexual masculino. Verifica-se uma correlação positiva entre sintomas de ejaculação precoce e medo da morte ($r = 0,23$; $p = 0,020$).

Quando são excluídos, da análise, os participantes com uma idade superior a 45 anos, não se verificam correlações significativas entre nenhuma variável.

Tabela 5. Correlações entre o medo da COVID-19, medo da morte, medo de morrer e as dimensões do funcionamento sexual masculino

	Medo da morte ^a	Medo de morrer ^b	Medo da COVID-19
Função Erétil	-0,02	-0,004	-0,10
Função Orgástica	-0,09	-0,02	0,01
Desejo Sexual	-0,003	-0,03	-0,14
Satisfação com Prática Sexual	0,02	0,03	-0,01
Satisfação Global	0,06	-0,02	-0,11
Ejaculação Precoce	0,23*	0,01	0,03

* $p \leq 0,05$

a. Medo do que se pensa ser a própria morte

b. Medo do processo de morrer enquanto se está vivo

Como se observa na Tabela 6, o medo da morte tem como preditores independentes maior ansiedade, idade mais jovem e maior medo da COVID-19, na amostra total.

Tabela 6. Preditores do medo da morte da amostra total

	β	p	R
<i>Bloco 1</i>			
Depressão	-0,08	0,228	
Ansiedade	0,19	0,013	0,24
Stress	0,12	0,123	
<i>Bloco 2</i>			
Depressão	-0,09	0,192	
Ansiedade	0,19	0,013	0,28
Stress	0,11	0,175	
Idade	-0,15	0,002	

<i>Bloco 3</i>			
Depressão	-0,09	0,172	
Ansiedade	0,18	0,013	
Stress	0,003	0,963	0,46
Idade	-0,16	< 0,001	
Medo da COVID-19	0,38	< 0,001	

Na Tabela 7, podemos observar que, no sexo feminino, o medo da morte associou-se, independentemente, a menor depressão, maior ansiedade, idade mais jovem e maior medo da COVID-19.

Tabela 7. Preditores do medo da morte da amostra do sexo feminino

	β	p	R
<i>Bloco 1</i>			
Depressão	-0,14	0,103	
Ansiedade	0,23	0,018	0,22
Stress	0,09	0,332	
<i>Bloco 2</i>			
Depressão	-0,16	0,064	
Ansiedade	0,24	0,012	0,29
Stress	0,06	0,510	
Idade	-0,19	0,001	
<i>Bloco 3</i>			
Depressão	-0,17	0,033	
Ansiedade	0,24	0,007	
Stress	0,001	0,992	0,45
Idade	-0,16	0,002	
Medo da COVID-19	0,36	< 0,001	

Como se pode verificar na Tabela 8, idade mais jovem e maior medo da COVID-19 apresentam-se como preditores independentes do medo da morte, no sexo masculino.

Tabela 8. Preditores do medo da morte da amostra do sexo masculino

	β	p	R
<i>Bloco 1</i>			
Depressão	0,08	0,463	
Ansiedade	0,16	0,172	0,26
Stress	0,05	0,679	
<i>Bloco 2</i>			
Depressão	0,09	0,422	
Ansiedade	0,15	0,211	
Stress	0,05	0,704	0,28
Idade	-0,09	0,262	
<i>Bloco 3</i>			
Depressão	0,11	0,309	
Ansiedade	0,08	0,452	
Stress	-0,03	0,819	0,450
Idade	-0,18	0,026	
Medo da COVID-19	0,38	< 0,001	

Como se observa na Tabela 9, o medo da morte associou-se, independentemente, a mais sintomas de ejaculação precoce e maior medo da COVID-19, na subamostra do sexo masculino com relações sexuais no mês precedente.

Tabela 9. Preditores do medo da morte da subamostra do sexo masculino com relações sexuais

	β	p	R
Medo da COVID-19	0,28	0,008	
Ejaculação Precoce	0,23	0,018	
Depressão	0,10	0,401	0,42
Ansiedade	0,09	0,480	
Stress	-0,04	0,759	

Idade	-0,16	0,102
-------	-------	-------

Na tabela 10, verifica-se que o medo de morrer tem como preditor independente o medo da COVID-19, na amostra total.

Tabela 10. Preditores medo de morrer amostra total

	β	p	R
<i>Bloco 1</i>			
Depressão	-0,03	0,681	
Ansiedade	0,12	0,130	0,22
Stress	0,14	0,086	
<i>Bloco 2</i>			
Depressão	-0,03	0,687	
Ansiedade	0,12	0,129	
Stress	0,14	0,084	0,22
Idade	0,01	0,767	
<i>Bloco 3</i>			
Depressão	-,026	0,695	
Ansiedade	0,11	0,145	
Stress	0,05	0,539	0,39
Idade	0,01	0,900	
Medo da COVID-19	0,33	< 0,001	

Como se observa na Tabela 11, n amostra do sexo feminino, o medo de morrer teve como preditor independente maior medo da COVID-19.

Tabela 11. Preditores do medo de morrer da amostra do sexo feminino

	β	p	R
<i>Bloco 1</i>			
Depressão	-0,05	0,614	
Ansiedade	0,15	0,110	0,18
Stress	0,07	0,501	
<i>Bloco 2</i>			
Depressão	-0,05	0,603	
Ansiedade	0,16	0,108	
Stress	0,06	0,522	0,18
Idade	-0,02	0,775	
<i>Bloco 3</i>			
Depressão	-0,06	0,512	
Ansiedade	0,15	0,099	
Stress	0,01	0,890	0,34
Idade	0,002	0,967	
Medo da COVID-19	0,29	0,000	

Como se verifica na tabela 12, maior medo de morrer associou-se, de forma independente, a maior medo da COVID-19, no sexo masculino.

Tabela 12. Preditores medo de morrer da amostra do sexo masculino

	β	p	R
<i>Bloco 1</i>			
Depressão	0,06	0,602	
Ansiedade	0,08	0,534	0,18
Stress	0,08	0,573	
<i>Bloco 2</i>			
Depressão	0,06	0,627	
Ansiedade	0,08	0,503	
Stress	0,08	0,563	0,19
Idade	0,05	0,592	
<i>Bloco 3</i>			
Depressão	0,07	0,494	
Ansiedade	0,01	0,908	
Stress	-0,004	0,972	0,42
Idade	-0,05	0,586	
Medo da COVID-19	0,40	0,000	

Discussão

O presente estudo teve como objetivo compreender as relações entre o medo da morte e funcionamento sexual, no sexo feminino e masculino. Também procurou explorar a relação entre o medo da morte e o medo da COVID-19, se o medo da COVID-19 se relaciona com a função sexual e se esta última é explicada pelo medo da morte.

Existem várias razões pelas quais se pode pensar que o medo da morte está associado a dificuldades sexuais. Segundo Freud (1924), a vida psíquica tem no seu cerne o conflito entre a pulsão de vida e a pulsão de morte. Quando a pulsão de morte predomina, as pulsões sexuais, que fazem parte da pulsão de vida, podem ser postas ao serviço de forma a neutralizar a ação da pulsão de morte, e a impedir que o indivíduo caminhe para a sua morte (Freud, 1924). De acordo com Klein (1946) quando a pulsão de morte é muito intensa origina uma angústia de morte, um medo da desintegração psíquica, do aniquilamento da vida. Freud (1926) propôs que o medo da morte poderia resultar da angústia de castração. De acordo com Pyszczynski e colaboradores (1999), a TMT propõe que o ser humano vê a natureza animal da sexualidade como ameaçadora, uma vez que salienta a vulnerabilidade dos organismos face à morte. Desta forma, procura atribuir um significado exclusivamente humano e por isso acima do plano do mundo animal, para não encarar a mortalidade do corpo, característica de todos os animais (incluindo o ser humano), e poder aceder à sexualidade, sem que esta desencadeie uma angústia de morte. Posto isto, levantou-se a questão se o medo da morte estaria relacionado com a sexualidade. Contudo, no presente estudo, os resultados não apresentaram correlações significativas entre o medo da morte e o funcionamento sexual feminino, registando-se apenas uma correlação significativa positiva entre o medo da morte e sintomas de ejaculação precoce, na subamostra do sexo masculino com relações sexuais no mês precedente.

Relativamente à relação entre o medo da COVID-19 e a função sexual, os resultados revelam que maior medo da COVID-19 está associado a menor desejo e menor excitação sexual no sexo feminino, e de forma mais notória, na subamostra mais jovem. Também se verificou que maior medo da COVID-19 está associado a maiores níveis de *distress* sexual feminino. Através destes resultados é possível perceber que a pandemia COVID-19 não só pode afetar o funcionamento sexual, pelas circunstâncias à mesma associada (e.g. medidas de distanciamento social; confinamento) que alguns estudos demonstraram (De Rose et al., 2021; Karakas et al., 2020; Schiavi et al., 2020; Yuksel & Ozgor, 2020), mas também pela ameaça que a doença parece apresentar, para o próprio indivíduo e para as suas relações. De

salientar que este é primeiro estudo que procura compreender a relação entre o medo da COVID-19 e o funcionamento sexual; desta forma será necessária mais investigação, no sentido de replicar os resultados obtidos e ter mais evidência empírica para suportar as conclusões retiradas.

Na subamostra dos participantes do sexo masculino, não se verificaram correlações significativas entre o funcionamento sexual e o medo da COVID-19. Baran e Aykak (2021) conduziram um estudo que comparou o funcionamento sexual masculino, antes da pandemia e durante a pandemia, verificando-se uma deterioração da função sexual. O estudo de Baran e Aykak (2021) foi primeiro a relacionar a função sexual com o medo de infeção e transmissão de COVID-19, ao parceiro sexual, verificando-se que este medo está associado a uma diminuição na frequência de relações sexuais e pior função sexual. No presente estudo, a ausência de resultados estatisticamente significativos pode dever-se à dimensão reduzida da amostra masculina.

Foi possível verificar uma correlação positiva entre o medo da morte e medo da COVID-19, onde maior medo da morte se associou a maior medo da COVID-19, levantando-se a questão se o medo da COVID-19 poderá ser um catalisador do medo da morte ou o inverso. Do nosso conhecimento, não existe literatura sobre a relação entre o medo da morte e o medo da COVID-19, sendo necessário mais evidência empírica, para se poder afirmar com maior certeza as implicações dos resultados obtidos.

Congruentemente com estudos anteriores, os resultados também revelaram uma correlação positiva entre o medo da COVID-19 e depressão, ansiedade e stress (Bakioğlu et al., 2020; Rodríguez-Hidalgo et al., 2020; Servidio et al., 2021; Tsang et al. 2021) e entre o medo da morte e a depressão, ansiedade e stress, sendo congruentes com os resultados de estudos anteriores (Abdel-Khalek, 1998; Abdel-Khalek & Tomás-Sábado, 2005; Gilliland & Templer, 1986; Oker et al., 2019; Perveen et al., 2019).

Tanto na amostra total como no sexo feminino, o medo da morte teve como preditores independentes menor depressão, maior ansiedade e idade mais jovem, o que vai de encontro à literatura existente (Hintze & Templer, 1993; Russac et al., 2007; Chopik, 2017). Ainda se verificou que o medo da morte se associou, de forma independente, a maior medo da COVID-19. Na amostra total e nas amostras do sexo feminino e masculino, o medo de morrer também se associou, independentemente, a maior medo da COVID-19. Um estudo de Lee e colaboradores (2020) verificou que a ansiedade face à morte teve como preditor independente a ansiedade face à COVID-19. No entanto, é necessária mais investigação para retirar conclusões dos resultados obtidos.

Nos participantes do sexo masculino com relações sexuais no mês precedente, o medo da morte associou-se, de forma independente, a maior medo da COVID-19 e mais sintomas de ejaculação precoce. Por ser o primeiro estudo que procura investigar a relação entre o medo da COVID-19 e o funcionamento sexual, é necessária mais evidência empírica para confirmar os resultados obtidos.

As limitações da presente investigação prendem-se com o delineamento correlacional do mesmo, onde não é possível estabelecer uma relação de causa-efeito entre as variáveis estudadas. A dimensão da amostra também poderá representar uma limitação, uma vez que é reduzida e maioritariamente, constituída por participantes do sexo feminino, o que dificulta a extrapolação dos resultados obtidos para a população.

Considerações finais

No presente estudo, não se verificou uma relação entre o medo da morte e o funcionamento sexual feminino, registando-se apenas uma correlação significativa entre o medo da morte e ejaculação precoce nos homens. O medo da COVID-19 associou-se a menor desejo sexual e menor excitação sexual, de forma mais evidente, na amostra mais jovem do sexo feminino. Maior medo da morte associou-se, de forma independente, a maior disforia, idade mais jovem e maior medo da COVID-19. Maior medo de morrer associou-se a maior medo da COVID-19. Nos homens, maior medo da morte associou-se a idade mais jovens e mais sintomas de ejaculação precoce. Estes resultados vêm suportar a evidência empírica existente relativamente à relação entre o medo da morte e depressão, ansiedade e stress, abrindo ainda uma porta para a investigação sobre o medo da COVID-19 e o funcionamento sexual.

Referências

- Abdel-Khalek, A. M. (1998). Death, anxiety, and depression in Lebanese undergraduates. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 37(4), 289-302.
- Abdel-Khalek, A. M., & Tomás-Sábado, J. (2005). Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death studies*, 29(2), 157-169.
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International journal of mental health and addiction*, 1-9.
- Ariès, P. (1990). A história da morte no Ocidente (L. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1977).
- Ariès, P. (2000). O homem perante a morte. Mem Martins: Publicações Europa-América
- Arndt, J., & Vess, M. (2008). Tales from existential oceans: Terror management theory and how the awareness of our mortality affects us all. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(2), 909-928.
- Bakioğlu, F., Korkmaz, O., & Ercan, H. (2020). Fear of COVID-19 and positivity: mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *International journal of mental health and addiction*, 1-14.
- Baldwin, D. S. (2001). Depression and sexual dysfunction. *British medical bulletin*, 57(1), 81-99.
- Baran, O., & Aykac, A. (2021). The effect of fear of covid-19 transmission on male sexual behaviour: A cross-sectional survey study. *International Journal of Clinical Practice*, 75(4), e13889.
- Barros, J., (1998). Viver a Morte: Abordagem Antropológica e Psicológica. Coimbra, Almedina.
- Becker, E. (1973). The denial of death. New York: The Free Press.
- Berenguer, C., Rebôlo, C., & Costa, R. M. (2019). Interoceptive awareness, alexithymia, and sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 45(8), 729-738.

- Birnbaum, G., Hirschberger, G., & Goldenberg, J. (2011). Desire in the face of death: Terror management, attachment, and sexual motivation. *Personal Relationships, 18*(1), 1-19.
- Britto, R., & Benetti, S. P. D. C. (2010). Ansiedade, depressão e característica de personalidade em homens com disfunção sexual. *Revista da SBPH, 13*(2), 243-258.
- Çankaya, S., & Alan Dikmen, H. (2020). Effects of depression, anxiety, stress, and partner relationship satisfaction on sexual dysfunction in women in the postpartum period. *Sexual and Relationship Therapy, 1-16*.
- Chopik, W. J. (2017). Death across the lifespan: Age differences in death-related thoughts and anxiety. *Death Studies, 41*(2), 69–77.
- Cocci, A., Tellini, R., Cito, G., Minervini, A., Giunti, D., Tonioni, C., Cacciamani, G., Polloni, G., Presicce, F., Di Mauro, M., Cimino, S., & Russo, G. I. (2020). Love at the time of the Covid-19 pandemic: preliminary results of an online survey conducted during the quarantine in Italy. *International Journal of Impotence Research, 32*(5), 556–557.
- DeRose, A. F., Chierigo, F., Ambrosini, F., Mantica, G., Borghesi, M., Suardi, N., & Terrone, C. (2021). Sexuality during COVID lockdown: a cross-sectional Italian study among hospital workers and their relatives. *International Journal of Impotence Research, 33*(1), 131–136. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-00393-5>
- Dermer, M., & Pyszczynski, T. (1978). Effects of erotica upon men's loving and liking responses to women they love. *Journal of Personality and Social Psychology, 36*, 1302-1309.
- DeRogatis, L. R., Rosen, R., Leiblum, S., Burnett, A., & Heiman, J. (2002). The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sex & Marital Therapy, 28*(4), 317-330.
- DeRogatis, L., Clayton, A., Lewis-D'Agostino, D., Wunderlich, G., & Fu, Y. (2008). Validation of the female sexual distress scale-revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *The journal of sexual medicine, 5*(2), 357-364.

- Freud, S. (1915). Thoughts for the times on war and death. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement Papers and Others Words* (pp. 273-289).
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XVIII (1920-1922): Beyond the Pleasure Principle, Group Psychology and Other Works* (pp. 1-64).
- Freud, S. (1923). The Ego and the Id. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIX (1923-1925): The Ego and the Id and Other Works* (pp. 13-63).
- Freud, S. (1924). The economic problem of masochism. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIX (1923-1925): The Ego and the Id and Other Works* (pp. 157-170).
- Freud, S. (1926). Inhibitions, Symptoms and Anxiety. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XX (1925-1926): Na Autobiographical Study and Other Works* (pp. 77-175).
- Gilliland, J. C., & Templer, D. I. (1986). Relationship of death anxiety scale factors to subjective states. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 16(2), 155-167.
- Goldenberg, J. L., Cox, C. R., Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (2002). Understanding human ambivalence about sex: The effects of stripping sex of meaning. *Journal of sex research*, 39(4), 310-320.
- Goldenberg, J. L., Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (2000). Fleeing the body: A terror management perspective on the problem of human corporeality. *Personality and social psychology review*, 4(3), 200-218.
- Goldenberg, J. L., Pyszczynski, T., McCoy, S. K., Greenberg, J., & Solomon, S. (1999). Death, sex, and neuroticism: Why is sex such a problem? *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1173-1187.
- Gomes, A. L. Q., & Nobre, P. (2012). The International Index of Erectile Function (IIEF-15): Psychometric properties of the Portuguese version. *The journal of sexual medicine*, 9(1), 180-187.

- Hartmann, U. (2007). Depression and sexual dysfunction. *The Journal of Men's Health & Gender*, 4(1), 18–25.
- Hintze, J., & Templer, D. I. (1993). Death depression and death anxiety in HIV-infected males. *Death Studies*, 17(4), 333.
- Karakas, L. A., Azemi, A., Simsek, S. Y., Akilli, H., & Esin, S. (2021). Risk factors for sexual dysfunction in pregnant women during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 152(2), 226-230.
- Kastenbaum, R. (2000). *The psychology of death*. New York: Springer Publishing Company.
- Klein M (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In: Klein M. *Envy and gratitude and other works 1946–1963*, 1–24. London: Hogarth, 1975.
- Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., & Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102-268.
- Lester, D. (1990). Maslow's hierarchy of needs and personality. *Personality and Individual Differences*, 11(11), 1187-1188.
- Lester, D., & Abdel-Khalek, A. (2003). The Collett-Lester fear of death scale: A correction. *Death studies*, 27(1), 81-85.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Maranhão, J. L. (1985). *O que é morte*. São Paulo: Brasiliense.
- Mathew, R. J., & Weinman, M. L. (1982). Sexual dysfunctions in depression. *Archives of sexual behavior*, 11(4), 323-328.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Hirschberger, G. (2003). The existential function of close relationships: Introducing death into the science of love. *Personality and social psychology review*, 7(1), 20-40.
- Moreton, S. G., Szalla, L., Menzies, R. E., & Arena, A. F. (2020). Embedding existential psychology within psychedelic science: reduced death anxiety as a mediator of the therapeutic effects of psychedelics. *Psychopharmacology*, 237(1), 21-32.

- Norton, G. R., & Jehu, D. (1984). The role of anxiety in sexual dysfunctions: A review. *Archives of Sexual Behavior*, 13(2), 165-183.
- Oker, K., Schmelowszky, Á., & Reinhardt, M. (2019). Comparison of the Relationship Between Death Anxiety and Depressive and Anxiety Symptoms Among Norwegian and Turkish Female Psychology Students. *Omega*, 83(4), 816–830. <https://doi.org/10.1177/0030222819868111>
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contributos para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 229-239
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 7(1), 33-44.
- Perveen, N., Batool, I., Asghar, M., & Malik, G. (2019). Quality of life, psychological stress and death anxiety among liver and renal transplant recipients. *Stress*, 1(31), 21.
- 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
- Rodríguez-Hidalgo, A. J., Pantaleón, Y., Dios, I., & Falla, D. (2020). Fear of COVID-19, stress, and anxiety in university undergraduate students: a predictive model for depression. *Frontiers in Psychology*, 11, 3041.
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 191-208.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.
- Ruffié, J. (1987). O sexo e a morte. *Lisboa: Publicações Dom Quixote*.

- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death Anxiety across the Adult Years: An Examination of Age and Gender Effects. *Death Studies*, 31(6), 549–561.
- Schiavi, M. C., Spina, V., Zullo, M. A., Colagiovanni, V., Luffarelli, P., Rago, R., & Palazzetti, P. (2020). Love in the time of COVID-19: sexual function and quality of life analysis during the social distancing measures in a group of Italian reproductive-age women. *The journal of sexual medicine*, 17(8), 1407-1413.
- Servidio, R., Bartolo, M. G., Palermiti, A. L., & Costabile, A. (2021). Fear of COVID-19, depression, anxiety, and their association with Internet addiction disorder in a sample of Italian students. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100097.
- Śmieja, M., Kałaska, M., & Adamczyk, M. (2006). Scared to death or scared to love? Terror management theory and close relationships seeking. *European Journal of Social Psychology*, 36(2), 279-296.
- Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 24, pp. 93-159). New York: Academic.
- Sotiropoulou, P., Ferenidou, F., Owens, D., Kokka, I., Minopoulou, E., Koumantanou, E., Pavlopoulou, I., Apotsos, P., Karvouni, M., Koumantarou, E., Mourikis, I., Vaidakis, N., & Papageorgiou, C. (2021). The Impact of Social Distancing Measures Due to COVID-19 Pandemic on Sexual Function and Relationship Quality of Couples in Greece. *Sexual Medicine*, 9(3). <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100364>
- Symonds, T., Perelman, M. A., Althof, S., Giuliano, F., Martin, M., May, K., Abraham, L., Crossland, A., & Morris, M. (2007). Development and Validation of a Premature Ejaculation Diagnostic Tool. *European Urology*, 52(2), 565–573.
- Taubman – Ben-Ari, O., Florian, V., & Mikulincer, M. (1999). The impact of mortality salience on reckless driving: A test of terror management mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 35–45. doi:10.1037/0022-3514.76.1.35

- Tsang, S., Avery, A. R., & Duncan, G. E. (2021). Fear and depression linked to COVID-19 exposure A study of adult twins during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 296, 113699.
- Vess, M., & Arndt, J. (2008). The nature of death and the death of nature: The impact of mortality salience on environmental concern. *Journal of Research in Personality*, 42(5), 1376-1380.
- Yuksel, B., & Ozgor, F. (2020). Effect of the COVID-19 pandemic on female sexual behavior. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150(1), 98-102.

ANEXOS

Anexo I – Consentimento Informado

O presente estudo insere-se no âmbito de uma investigação de mestrado em Psicologia Clínica, a decorrer no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, tendo como objetivo compreender as relações entre o funcionamento sexual, as suas emoções, e a forma como está a viver a presente situação de pandemia de COVID-19. As questões sobre o funcionamento sexual estão dirigidas a heterossexuais, mas se a sua orientação sexual for outra, agradecemos a sua contribuição relativa às restantes questões.

O questionário demora, aproximadamente, 15 minutos a preencher. Algumas das questões colocadas são sobre a sua intimidade sexual, sugerindo-se que responda com a maior sinceridade possível, de forma individual e em privado.

Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, utilizados apenas para fins estatísticos.

A sua participação é voluntária, podendo retirar-se da presente investigação, a qualquer momento, se assim o entender.

Para qualquer dúvida, ou informação, pode entrar em contacto com o investigador responsável, Mafalda Tavares (amgarciatavares@gmail.com), ou com o professor orientador, Rui Miguel Costa (rcosta@ispa.pt).

Anexo II – Questionário Online

Dados Sociodemográficos

Género:

- Feminino
- Masculino

Idade: _____

Concelho de residência: _____

Estado Civil:

- Solteiro
- Casado
- Divorciado
- Viúvo

Habilitações Literárias:

- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Profissão: _____

Tem parceiro/a sexual regular?

- Sim
- Não
- Incerta

Se sim, coabitam?

- Sim
- Não

Se sim, qual a duração da sua relação _____ anos e _____ meses

Tem algum problema de saúde?

- Sim

- Não

Se sim, qual(ais)? _____

Das seguintes opções, qual é a que melhor descreve a sua sexualidade?

- Só com o sexo oposto
 Principalmente com o sexo oposto
 Aproximadamente tanto com o sexo oposto como com o mesmo sexo
 Principalmente com o mesmo sexo
 Só com o mesmo sexo

Ansiedade, Depressão e Stress

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0 – não se aplicou nada a mim
1 – aplicou-se a mim algumas vezes
2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1. Tive dificuldades em me acalmar

- 0 – não se aplicou nada a mim
1 – aplicou-se a mim algumas vezes
2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

2. Senti a minha boca seca

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

2 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

4. Senti dificuldades em respirar

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

7. Senti tremores (por ex., nas mãos)

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

11. Dei por mim a ficar agitado/a

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

12. Senti dificuldade em me relaxar

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

13. Senti-me desanimado/a e melancólico/a

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

15. Senti-me quase a entrar em pânico

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

17. Senti que não tinha muito valor como pessoa

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

18. Senti que por vezes estava sensível

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

20. Senti-me assustado/a sem ter tido uma boa razão para isso

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

21. Senti que a vida não tinha sentido

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

Funcionamento Sexual

Teve relações sexuais com o sexo oposto no último mês?

- Sim
- Não

Apenas continue a responder se a sua resposta for afirmativa.

Se não, passe para a secção seguinte.

Female Sexual Function Index (FSFI)

Assinale a resposta mais adequada às suas relações sexuais com o sexo oposto nas últimas quatro semanas.

1. Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca.

2. Como classifica o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

3. Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante as relações sexuais?

- Quase sempre/sempr
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

4. Como classifica o seu nível de excitação sexual durante as relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

5. Qual a sua confiança em conseguir ficar excitada durante as relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Confiança muito elevada
- Confiança elevada
- Confiança moderada
- Confiança baixa
- Confiança muito baixa/nenhuma.

6. Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante as relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto

- Quase sempre/sempr
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

7. Com que frequência ficou lubrificada (“molhada”) durante as relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Quase sempre/sempr
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

8. Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante as relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

9. Com que frequência manteve a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim das relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Quase sempre/sempr
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

10. Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação até ao fim das relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

11. Quando teve relações sexuais, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

12. Quando teve relações sexuais qual a dificuldade que teve para atingir o orgasmo (clímax)?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil

- Nenhuma dificuldade

13. Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante as relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. Qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante as relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15. Qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

16. Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

17. Com que frequência sentiu dor ou desconforto durante a penetração vaginal?

- Não tive penetração vaginal
- Quase sempre/sempr
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

18. Com que frequência sentiu dor ou desconforto após a penetração vaginal?

- Não tive penetração vaginal
- Quase sempre/sempr
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

19. Como classifica o seu nível (grau) de dor ou desconforto durante ou após a penetração vaginal?

- Não tive penetração vaginal
- Muito elevado

- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

20. Durante a penetração vaginal, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax) sem estimulação direta do clítoris?

- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Quase sempre/sempre

Female Sexual Distress Scale (FSDS-R)

Utilizando a seguinte escala, de 0 (nunca) a 4 (sempre), indique como se sentiu nas últimas quatro semanas.

	0 Nunca	1 Raram ente	2 Ocasionalmen te	3 Frequenteme nte	4 Semp re
Angustiada com a sua vida sexual.					
Infeliz com o seu relacionamento sexual					
Culpada pelas suas dificuldades sexuais.					
Frustrada pelos seus problemas sexuais.					
Stressada com o sexo.					
Inferior por causa dos					

seus problemas sexuais.					
Preocupada com o sexo.					
Sexualmente problemática					
Arrependida com a sua sexualidade.					
Envergonhada com os seus problemas sexuais.					
Insatisfeita com a sua vida sexual.					
Irritada com a sua vida sexual.					
Incomodada por baixo desejo sexual					

International Index of Erectile Function (IIEF)

Indique a resposta mais adequada às suas relações sexuais com o sexo oposto nas últimas quatro semanas.

1. Com que frequência foi capaz de conseguir uma ereção durante a sua atividade sexual?

- Não tive atividade sexual com o sexo oposto
- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Quase sempre/sempre

2. Quando teve ereções com estimulação sexual, qual a frequência em que estas ereções foram suficientemente rígidas para permitir a penetração?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- Quase sempre/sempre

3. Quando tentou ter relações sexuais, quantas vezes foi capaz de penetrar a sua companheira?

- Não tentei ter relações sexuais com o sexo oposto
- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Quase sempre/sempre

4. Durante as relações sexuais, quantas vezes foi capaz de manter a sua ereção depois de ter penetrado a sua companheira?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Quase sempre/sempre.

5. Durante as relações sexuais, qual a dificuldade que teve para manter a sua ereção até ao fim da relação sexual?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Extrema dificuldade
- Muita dificuldade
- Dificuldade moderada
- Ligeira dificuldade
- Nenhuma dificuldade

6. Durante as relações sexuais, com que frequência teve dor ao manter a ereção?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- Quase sempre/sempre

7. Quando tentou ter relações sexuais, qual a frequência com que se sentiu satisfeito?

- Não tentei ter relações sexuais com o sexo oposto
- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- Quase sempre/sempre

8. Qual o grau de satisfação que teve com as suas relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto

- Nenhuma satisfação
- Pouca satisfação
- Satisfação moderada
- Grande satisfação
- Muito grande satisfação

9. Quando teve relações sexuais, com que frequência ejaculou?

- Não relações sexuais com o sexo oposto
- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade vezes)
- Quase sempre/sempre

10. Quando teve relações sexuais, com que frequência teve a sensação de orgasmo ou clímax?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade vezes)
- Quase sempre/sempre

11. Com que frequência sentiu desejo sexual?

- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- A maior parte das vezes

- Quase sempre/sempre

12. Como classifica o seu desejo sexual?

- Muito baixo/nenhum
- Baixo
- Moderado
- Elevado
- Muito elevado

13. Qual a sua satisfação com a sua vida sexual em geral?

- Grande insatisfação
- Insatisfação moderada
- Igualmente satisfeito e insatisfeito
- Satisfação moderada
- Grande satisfação

14. Qual a sua satisfação com o relacionamento sexual com a sua parceira?

- Grande insatisfação
- Insatisfação moderada
- Igualmente satisfeito e insatisfeito
- Satisfação moderada
- Grande satisfação

15. Qual a confiança que tem em conseguir atingir e manter uma ereção?

- Muito baixa
- Baixa
- Moderada

- Elevada
- Muito elevada

PEDT – Premature Ejaculation Diagnostic Tool.

1. Até que ponto é difícil para si atrasar a sua ejaculação?

- Não é difícil
- Um pouco difícil
- Moderadamente difícil
- Muito difícil
- Extremamente difícil

2. Ejacula antes de querer?

- Quase nunca ou nunca (0%)
- Menos de metade das vezes (25%)
- Cerca de metade das vezes (50%)
- Mais de metade das vezes (75%)
- Quase sempre ou sempre (100%)

3. A sua ejaculação acontece com pouco estímulo?

- Quase nunca ou nunca (0%)
- Menos de metade das vezes (25%)
- Cerca de metade das vezes (50%)
- Mais de metade das vezes (75%)
- Quase sempre ou sempre (100%)

4. Sente-se frustrado por ejacular antes de querer?

- De modo nenhum
- Levemente
- Moderadamente
- Muito
- Extremamente

5. Fica preocupado por achar que o tempo que demora a ejacular deixa a sua parceira sexual insatisfeita?

- De modo nenhum
- Levemente
- Moderadamente
- Muito
- Extremamente

Medo da COVID-19

Usando uma escala de 1 a 5, em que 0 indica "Discordo totalmente" e 5 indica "Concordo totalmente", indique o quanto concorda com cada uma das afirmações.

1. Aquilo de que tenho mais medo é da COVID-19.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo
- 3- Não concordo nem discordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo totalmente

2. Pensar na COVID-19 deixa-me desconfortável.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo
- 3- Não concordo nem discordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo totalmente

3. Fico com as mãos suadas quando penso na COVID-19.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo
- 3- Não concordo nem discordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo totalmente

4. Tenho medo de perder a minha vida por causa da COVID-19.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo
- 3- Não concordo nem discordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo totalmente

5. Fico nervoso/a ou ansioso/a quando vejo as notícias e histórias sobre a COVID-19 nos meios de comunicação social.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo
- 3- Não concordo nem discordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo totalmente

6. Não consigo dormir por causa da preocupação de vir a apanhar COVID-19.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo
- 3- Não concordo nem discordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo totalmente

7. O meu coração dispara ou tenho palpitações quando penso em apanhar COVID-19.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo
- 3- Não concordo nem discordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo totalmente

8. Tenho medo de ser infetado/a com o vírus da COVID-19 por causa dos problemas de saúde que poderia colocar a outros.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo
- 3- Não concordo nem discordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo totalmente

9. O que acha das medidas de distanciamento social que têm sido implementadas para a contenção da COVID-19.

- Extremamente insuficientes
- Muito insuficientes
- Insuficientes
- Adequadas
- Exageradas
- Muito exageradas
- Extremamente exageradas

The Collett/Lester Fear of Death Scale

As seguintes questões referem-se a pensamentos que pode ter a respeito da sua própria morte. **Atenção referem-se à morte em geral, não especificamente sobre o que pensa ser a morte por COVID-19.** Indique até que ponto se sente perturbado ou ansioso com cada um desses aspetos numa escala de 1 (Nada) a 5 (Muito)

Relativamente à sua própria morte, até que ponto se sente perturbado/a ou ansioso/a com:

1. O isolamento total da morte

Não	De algum modo			Muito
1	2	3	4	5

2. A brevidade da vida

Não	De algum modo			Muito
1	2	3	4	5

3. Perder muitas oportunidades por já não estar vivo

Não	De algum modo			Muito
-----	---------------	--	--	-------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Morrer cedo

Não	De algum modo			Muito
1	2	3	4	5

5. O que se sentirá depois de morrer

Não	De algum modo			Muito
1	2	3	4	5

6. Nunca mais pensar ou experienciar nada

Não	De algum modo			Muito
1	2	3	4	5

7. A desintegração do corpo após a morte

Não	De algum modo			Muito
1	2	3	4	5

Relativamente ao processo que conduzirá à sua morte, até que ponto se sente perturbado/a ou ansioso/a com:

1. A incapacidade física envolvida

Não	De algum modo			Muito
1	2	3	4	5

2. A dor envolvida

Não	De algum modo			Muito
1	2	3	4	5

3. Perda de capacidades intelectuais devido à idade

Não	De algum modo			Muito
1	2	3	4	5

4. Limitações decorrentes das incapacidades

Não	De algum modo			Muito
1	2	3	4	5

5. A incerteza quanto à coragem a ter no processo de morrer

Não	De algum modo			Muito
1	2	3	4	5

6. A sua falta de controlo sobre o processo de morrer

Não	De algum modo			Muito
1	2	3	4	5

7. A possibilidade de morrer num hospital, longe da sua família e amigos

Não	De algum modo			Muito
1	2	3	4	5

