



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Marta Gamito Romão

**PERCEÇÕES SOBRE A MORTE E A PANDEMIA
COVID-19**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da
Saúde, área de subespecialização em Psicopatologia e
Psicoterapias Dinâmicas, orientada pelo Professor Doutor Rui
Paixão e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade de Coimbra.**

Outubro de 2021

Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade de Coimbra

Perceções sobre a morte e a pandemia COVID-19

Marta Gamito Romão

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (área de subespecialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas) orientada pelo Professor Doutor Rui Paixão e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2021

1 2  9 0

UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Rui Paixão pela orientação, disponibilidade, ajuda e partilha de conhecimentos nos últimos dois anos. Obrigada pelos conselhos e pela preparação da minha formação enquanto pessoa e psicóloga.

À minha família, principalmente aos meus pais e irmã, pelo amor, apoio incondicional e confiança, em mim e nas minhas decisões.

Aos meus amigos mais próximos, por serem um continente e um espaço de segurança e amor, onde o sentir é a palavra-chave. Obrigada pela recordação constante do que eu sou e por me ensinarem a viver, todos os dias um bocadinho mais!

Ao Dr. João Keating, pelo conhecimento e confiança que me transmitiu no último ano de estágio – um dos anos em que cresci mais. Um agradecimento especial pela oportunidade de experienciar o poder do espaço terapêutico, das palavras e de sentir o outro: “Entre nós e as palavras, os emparedados e entre nós e as palavras, o nosso dever falar”.

Resumo

Os pensamentos que temos em relação à morte têm sido alvo de estudo nas últimas décadas, especialmente no que diz respeito à ansiedade face à morte e à percepção que as pessoas têm da mesma. O coronavírus e a consequente pandemia abalaram o mundo, tanto pelo número elevado de mortes em todo o mundo, como pela mudança forçada das nossas vidas. A COVID-19 trouxe às pessoas uma lembrança real da morte. Como tal, o objetivo desta investigação é estudar a relação entre a experiência vivida da COVID-19 e as percepções de morte, observadas numa amostra da população geral. Através de um protocolo de investigação composto pelo FCV-19S (*Fear of COVID-19 Scale*), o QAM (Questionário de Ansiedade face à Morte), as EBPM (Escala Breves sobre Diversas Perspetivas da Morte), o SHAI (*Short Health Anxiety Inventory*) e o BSI-18 (*Brief Symptom Inventory 18*) foram avaliados 293 sujeitos (217 do género feminino e 74 do género masculino) com idades entre os 18 e 71. Os resultados da investigação mostram que o medo da COVID-19 se correlaciona positivamente com a ansiedade face à morte, a ansiedade enquanto sintoma psicopatológico e a ansiedade na saúde. Relativamente à ansiedade face à morte, ela correlaciona-se positivamente com a depressão e a ansiedade na saúde, é mais elevada em mulheres e jovens adultos (<35 anos). Verificou-se, ainda, que a idade e o medo da COVID-19 predizem a ansiedade face à morte. Nas duas perspetivas da morte analisadas, o medo da COVID-19 e a ansiedade na saúde mostraram ser preditores. Em conclusão, constata-se que para a amostra do presente estudo, o medo da COVID-19 é relativamente baixo, a ansiedade face à morte é ligeiramente elevada, mais alta nas mulheres e jovens adultos, e a idade e o medo da COVID-19 são dois preditores da mesma.

Palavras-chave: Ansiedade face à morte, perspetivas de morte, medo da COVID-19, psicopatologia, ansiedade na saúde

Abstract

In the last recent decades, what we think and feel about death has been subject of study, specifically death anxiety and death perspectives. The coronavirus and the consequent pandemic shook the world, not only because of the high rate of deaths around the world, but also because we were forced to see our lives change. COVID-19 came to people as a real reminder of death (i.e. mortality salience). As such, the main goal of this investigation is to study the relationship between the experience of COVID-19 and the perceptions of death, observed in a sample of the general population. From an investigation protocol containing the FCV-19S (Fear of COVID-19 Scale), the Death Anxiety Questionnaire (DAQ), the Death Perspectives Scale (DPS), the SHAI (Short Health Anxiety Inventory) and the BSI-18 (Brief Symptom Inventory 18) 293 subjects were evaluated (217 females and 74 males), with ages between 18 and 71. The research results obtained show that anxiety, death anxiety and health anxiety are all positively correlated with fear of COVID-19. Concerning death anxiety, the results show that it is positively correlated with depression and health anxiety and it is higher in women and young adults (<35 years). It was also found that age and fear of COVID-19 are predictors of death anxiety. In the two death perspectives studied, fear of COVID-19 and health anxiety are both predictors of death as suffering and death as abandonment. In conclusion, considering the present sample, fear of COVID-19 is relatively low, death anxiety is considerably high and higher in women and young adults, and it is predicted by age and fear of COVID-19.

Key words: Death anxiety, death perspectives, fear of COVID-19, psychopathology, health anxiety

Índice

Introdução.....	1
1. O medo da morte.....	3
2. COVID-19 e o medo da morte.....	6
3. Objetivos.....	9
4. Hipóteses de investigação.....	10
5. Metodologia.....	11
5.1 Instrumentos utilizados.....	11
5.1.2 Questionário Sociodemográfico.....	11
5.1.3 <i>Fear of COVID-19 Scale</i> (FCV-19S).....	11
5.1.4 Questionário de Ansiedade face à Morte (QAM).....	12
5.1.5 Escalas Breves sobre Diversas Perspetivas da Morte (EBPM).....	12
5.1.6 <i>Short Health Anxiety Inventory</i> (SHAI).....	13
5.1.7 <i>Brief Symptom Inventory 18</i> (BSI -18).....	14
5.2 Amostra.....	14
5.3 Procedimentos de investigação.....	15
5.4 Procedimentos estatísticos.....	16
6. Resultados.....	17
6.1 Estatísticas descritivas.....	17
6.2 Correlações entre as diversas perspetivas da morte, a depressão, a ansiedade, a somatização, o medo da COVID-19, a ansiedade face à morte e a ansiedade na saúde.....	18
6.3 Ansiedade face à morte e perspetivas sobre a morte: estudos diferenciais considerando o género e a idade.....	19
6.4 Preditores da ansiedade face à morte.....	21
6.5 Preditores da perspetiva da morte como sofrimento e solidão.....	22
6.6 Preditores da perspetiva da morte como abandono.....	23
7. Discussão.....	24
Conclusão.....	27
Bibliografia.....	28

Introdução

A morte nunca acaba. No prefácio do livro *“História da Morte no Ocidente”* (2012) Philippe Ariès refere que este é “um livro que não tem fim”. Numa perspetiva antropológica e histórica, o autor descreve e localiza as atitudes do ser humano perante a morte, desde a “morte domesticada” dos primeiros tempos na Idade Média, até à “morte proibida” na Idade Moderna.

Na época da morte domesticada, a morte chega como um aviso que é recebido no sujeito, através de sinais naturais ou de uma convicção íntima, sendo assim “esperada no leito” (Ariès, 2012, p.39). Se por um lado, a atitude perante a morte desta época é caracterizada pela familiaridade, há que ter em conta que os antigos temiam a proximidade dos mortos, aliás, “o mundo dos vivos deveria ser separado do mundo dos mortos” (Ariès, 2012, p.41).

Enquanto que na segunda fase da Idade Média (séculos XI e XII) aparece a particularidade de cada indivíduo e da própria existência, esta situação tende a inverter-se novamente a partir do séc. XVII, voltando a dominar a “morte do outro”, chorada e dramatizada, para assim se afugentar o pensamento da própria morte, seguindo-se o novo culto dos túmulos e dos cemitérios, considerando-se de novo a morte como transgressão e rutura brutal com a vida, coisa impensável e interdita (Oliveira, 1998, p.114). É então a partir da segunda metade do século XIX que “a morte, outrora tão presente (...) torna-se vergonha e objeto de um interdito” – a “morte proibida” (Ariès, 1998, p. 84).

Robert Elias, outro grande autor na matéria da morte, descreve na sua obra *“A Solidão dos Moribundos”* (2001) as atitudes face à morte, dividindo-as em sociedades tradicionais e modernas. A vida na sociedade medieval era mais curta; os perigos, menos controláveis; a morte, muitas vezes mais dolorosa; o sentido da culpa e o medo da punição depois da morte, a doutrina oficial (Elias, 2001, p.4). Nas sociedades modernas, a vida é mais longa e a morte é adiada e “recalcada”, tanto no sentido individual (referente ao conceito de recalçamento de Freud), como no sentido social (Elias, 2001, p.16).

Segundo Morin (1976), a partir da segunda metade do século XIX assiste-se a uma “crise de morte” – com tudo o que Kant e Hegel já tinham dito a respeito da morte. Na impotência da razão perante a morte, o clima de angústia, nevrose e niilismo culminam numa crise de individualidade perante a morte (Morin, 1976, p.261).

Para Heidegger, a morte assenta na individualidade: “cada presença deve, ela mesma e a cada vez, assumir a sua própria morte. Na medida em que “é”, a morte é essencialmente e cada vez, minha” (Heidegger, 2005, p.20). Ao contrário de

Heidegger, em que a presença (e existência) humana é um ser-para-a-morte (Heidegger, 2005, pg.41), Sartre afirma que se pode esperar *uma* morte em particular, mas não *a* morte (Sartre, 1997, p.654). Para além disso, para Sartre, a morte é a rutura com a vida – é o absurdo: “a morte jamais é aquilo que dá à vida o seu sentido: pelo contrário, é aquilo que, por princípio, suprime da vida toda significação” (Sartre, 1997, p. 661).

Relativamente à psicanálise, ao perguntar-se como se comporta o inconsciente ao problema da morte, Freud afirma que o inconsciente não crê na própria morte, e portanto, comporta-se como se fosse imortal: “ O que denominamos “inconsciente” – os estratos mais profundos da nossa alma, constituídos por moções pulsionais – não conhece, em geral, nada de negativo, nenhuma negação – as contradições fundem-se nele – e, portanto, também não conhece a própria morte, à qual só podemos dar um conteúdo negativo” (Freud, 2019, p.47).

Na introdução ao seu livro “Vida e Morte em Psicanálise” (1985), J. Laplanche enfatiza o carácter enigmático da cena da morte no freudismo: “de início, como todas as modalidades do negativo, ela é radicalmente excluída do campo do inconsciente. Mais tarde, em 1920, eis que ela aparece no centro do sistema, como uma das duas forças fundamentais e talvez mesmo como a única força primordial no centro do psiquismo, do ser vivo e até mesmo da matéria” (Laplanche, 1985, p.13).

É em “Para Além do Princípio do Prazer” (1920) que Freud introduz a pulsão de morte, que o próprio atualiza a conceção psicanalista, afirmando que desde o início esta conceção foi dualista, porém, a partir de 1920, faz uma oposição não entre os instintos do ego e os instintos sexuais, mas entre instintos vitais e instintos de morte (Freud, 2009, p.49).

Em conclusão, a vida em Freud é a morte da morte e vive para se extinguir - assim como cada ser vivo é finito, também a vida no seu próprio conceito é finita e, ao concretizar-se na sua potência máxima, deixa de ser aquilo que ela é (Souza, 2020, p.18). No seu sentido absoluto, a vida é prazer (i.e., jouissance), o que significa que a morte é a perda definitiva do poder de obter prazer; a perda do investimento infantil do prazer fantasmático na análoga noção infantil fantasmática que cada um tem de si mesmo e da sua própria vida (Jevremoic, 2019, p.5).

Ainda que as várias interpretações da morte acima mencionadas – histórica, filosófica e psicanalítica – assumam a sua diversidade, estas têm algo em comum: a fuga do ser humano para a sua própria finitude e o recalçamento da morte. Mas mesmo que tentemos esquecer a morte, “o que é esquecido não se extingue, mas é apenas reprimido” (Freud, 1939[1934-38], p. 52).

A pandemia COVID-19 chegou até nós como uma lembrança ativa e real da morte dos outros e da nossa própria morte, e conseqüentemente, do medo de morrer. O presente estudo pretende, então, explorar as percepções sobre a morte e o modo como os comportamentos e pensamentos vividos em relação à COVID-19 se relacionam com as mesmas; ou melhor, estudar a associação entre (o medo da) COVID-19 e o medo da morte.

O trabalho organiza-se da seguinte forma: primeiro é apresentado o enquadramento conceptual, onde são abordadas as bases essenciais para a compreensão do tema, nomeadamente o estado da arte sobre o medo da morte, e o medo da morte associado à COVID-19. De seguida, são apresentados os objetivos, a metodologia, incluindo a descrição da amostra, os instrumentos utilizados e os procedimentos estatísticos e de investigação. Segue-se, a apresentação dos resultados, a sua discussão e, finalmente, a conclusão.

1. O medo da morte

A ansiedade face à morte é um termo utilizado para conceptualizar a apreensão gerada pela consciência da morte (Abdel-Khalek, 2005). Uma vez que a morte é considerada um elemento (e evento) que é difícil de compreender ou incorporar no nosso sistema de construtos, a complexidade em conceber a nossa própria morte deverá ser acompanhada de níveis mais altos de ansiedade, o que se confirma nos estudos empíricos (Neimeyer, 1994, p.10).

No livro “The psychology of death” (2006), Kastenbaum afirma que a literatura de pesquisa raramente diferencia entre os termos “medo” e “ansiedade” quando se aborda o tema da morte, apesar de segundo Roll May (1979) existir uma diferença útil: os medos são específicos e identificáveis, enquanto que a ansiedade é um estado mais global de apreensão em que o perigo pode tomar diversas formas, vir de fontes diferentes e aparecer em qualquer momento (Kastenbaum, 2006, p.41). Remetendo para a psicanálise, também Freud distinguiu entre ansiedade realística (que seria o medo) e ansiedade neurótica, definindo a primeira como “uma reação, que nos parecia compreensível, face a um perigo - isto é, reação a um dano esperado, de fora” e a segunda como “completamente enigmática e despropositada” (Freud, 1932, p.56).

No pensamento psicanalítico clássico (que não utiliza o conceito de pulsão de morte), a ansiedade face à morte é normalmente vista como um fenómeno secundário, uma formação de compromisso ou um derivado, em que ambos dissimulam e expressam simbolicamente outros complexos infantis inconscientes – argumentos diferentes defendem que a ansiedade ou o medo da morte podem derivar do medo de

castração, do medo de separação ou perda do objeto, das dinâmicas do superego, ou ainda do medo de perda do ego (Stolorow, p.475).

Independentemente das interpretações acerca da ansiedade face à morte, ela constitui um “problema universal e inerentemente insolúvel” (Becker, 1973; Langs, 2003; Rank, 1958) e uma vez que nunca nos conseguimos defender completamente da consciência da morte, foi necessário desenvolver um mecanismo fundamental para nos defendermos contra essa consciência – nomeadamente, a negação (Langs, citado por Rodin & Zimmerman, 2008, p.183).

Sobre a negação da morte, no prefácio do livro “The denial of death” (1975), Ernest Becker afirma que a ideia de morte, e o medo que ela incita, perseguem o ser humano como nenhuma outra coisa, e este tenta evitar a fatalidade da morte e vencê-la através da negação de que ela é o destino final do ser humano. No trabalho com pacientes terminais, Elizabeth Kübler-Ross (2017) descreve os seguintes cinco estágios do processo de morrer (ou luto) observados, onde a negação ocupa o primeiro lugar: 1) negação; 2) raiva; 3) negociação; 4) depressão; e 5) aceitação.

De acordo com o modelo proposto por Tomer e Eliason (1996) existem três determinantes diretos da ansiedade da morte: arrependimento relacionado com o passado, arrependimento relacionado com o futuro e o significado que cada um tem da morte. O arrependimento relacionado com o passado refere-se à percepção de não ter realizado as aspirações básicas e o arrependimento que diz respeito ao futuro refere-se à incapacidade percebida de cumprir metas básicas no futuro. O terceiro determinante - significado da morte -, refere-se à conceptualização da morte do indivíduo como positiva ou negativa, com sentido ou sem sentido. De acordo com o modelo, uma pessoa experimentará altos níveis de ansiedade de morte quando sentir muito arrependimento face ao seu passado e futuro e/ou quando percebe a morte como algo sem sentido (Tomer & Eliason, 1996, p. 346).

Relativamente ao objeto do medo, ao falarem do medo ou ansiedade face à morte, Kastenbaum e Aisenberg (1983) mencionam que este pode ser muito diversificado: o momento da morte, medo da surpresa da morte, o facto de deixar de ser ou de desaparecer, medo do que acontecerá depois da morte, o sofrimento e angústia que precede a morte, medo só da minha morte ou então dos meus entes queridos (Oliveira & Neto, 2004, p. 356). Para além disso, é importante também saber qual a natureza do medo, que pode disfarçar-se no medo de qualquer perda, nas insónias, na depressão, em distúrbios psicossomáticos, no medo do futuro, no medo dos desastres ou das doenças (Oliveira, 1998, p.186).

Quanto à avaliação do medo da morte e de outros aspetos da morte, algumas investigações mostram-se inconclusivas, devido em grande parte à diversidade de

escalas usadas (uni ou plurifatoriais) e das amostras (Barros & Neto, 2004). Entre os diversos questionários usados, um dos principais é o de Conte et al. (1982) – *Death Anxiety Questionnaire* (DAQ) – e no caso da avaliação de diferentes atitudes referentes à morte, criaram-se outros instrumentos, como as *Death Perspective Scales* de Spilka et al. (1977).

A pesquisa feita sobre este tema tem demonstrado que a ansiedade acerca da morte é maior entre as pessoas de meia-idade, diminui durante a fase adulta posterior, e depois estabiliza na velhice (Fortner & Neimeyer, 1999). Relativamente ao género, os estudos mostraram que o género feminino está associado a maior ansiedade face à morte em populações de adolescentes e em pesquisas interculturais (Abdel-Khalek, 2004, 2005; Cotter, 2003; Pierce, 2007).

Para além disso, a ansiedade face à morte demonstrou ser significativamente maior entre homens e mulheres com perturbações de ansiedade, comparativamente a grupos não clínicos, esquizofrénicos e grupos de pessoas com adições, o que possivelmente traduz a relação próxima entre ansiedade relativa à morte e outras perturbações clínicas de ansiedade (Abdel-Khalek, 2005).

Segundo Abdel-Khalek (2005, p. 256) é seguro concluir que tanto a ansiedade geral como a ansiedade face à morte compartilham um espaço psicológico, ou seja; ambas são emoções humanas negativas, caracterizadas por sentimentos internos de preocupação, angústia e insegurança acompanhada por apreensão, tensão ou inquietação, seja direcionada para cognições, símbolos e manifestações de morte ou focada na antecipação de perigo futuro ou infortúnio em geral.

Na revisão de vários estudos acerca da ansiedade face à morte, Kastenbaum (2000) lança algumas hipóteses que mostram um padrão geral dos resultados descobertos – H1: um nível relativamente alto de ansiedade face à morte deverá estar associado a um padrão geral de sofrimento psicológico e, possivelmente, de sofrimento fisiológico; H2 (alternativa à primeira hipótese): um nível relativamente alto de ansiedade face à morte é uma resposta distinta a um conjunto distinto de circunstâncias e, portanto, o padrão de correlações não será característico de psicopatologia comum; e ainda uma terceira hipótese adicional (H3): um nível alto de consciência da morte estará associado a uma maior apreciação da vida, a criatividade intensificada e a períodos de transição e crescimento individual e cultural (Kastenbaum, 2000, p.130).

Relativamente à terceira hipótese, também autores da escola existencialista, como Frankl (1985) e Yalom (1980), salientam a importância da consciência da morte. O primeiro defende que na procura pelo sentido e significado da vida, o indivíduo tem de aceitar e encontrar significado no seu próprio sofrimento e, em última análise, na

sua morte: “a vida humana nunca deixa de ter sentido, e esse sentido de vida infinito inclui sofrimento, privação e morte” (Frankl, 1985, p.104) e o segundo autor afirma que “a consciência da morte afasta o indivíduo de preocupações triviais, providencia uma vida com mais profundidade e pungência e com uma perspectiva totalmente diferente” (Yalom, 1980, p.160).

2. Covid-19 e o medo da morte

A COVID-19, doença respiratória causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), foi primeiro identificada a dezembro de 2019 em Wuhan, na China (Latinne et al., 2020). Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional, e a 11 de março foi classificada como pandemia (Archived: WHO Timeline - COVID-19, 2020).

Segundo Ahorsu et al. (2020), uma característica única das doenças infecciosas é o medo, que está diretamente associado com o meio de propagação (rápido e invisível) e o nível de transmissão da doença, assim como a sua morbidade e mortalidade.

Neste sentido, Harper et al. (2020) exploraram os preditores psicológicos da mudança de comportamento e do medo em resposta à pandemia de COVID-19. Nos resultados deste estudo, foram encontradas relações positivas entre mudanças de comportamento e a *Fear of COVID-19 Scale* (Ahorsu et al. 2020): os participantes que apresentavam mais preocupação acerca da COVID-19 (medida pela FVC-19S) correspondiam àqueles que mais se empenhavam em comportamentos de saúde pública (i.e., lavagem regular das mãos e distanciamento social) (Harper et al., 2020). O medo da COVID-19 foi ainda relacionado com a diminuição de bem-estar físico e ambiental (Harper et al., 2020)

Considerando os impactos do medo da COVID-19, tanto na saúde física e mental, como na mudança de comportamento, é importante saber quais são os fatores que predizem a “coronofobia”.

No estudo de Lee et al. (2020), os resultados de uma série de regressões múltiplas hierárquicas demonstraram que o medo do coronavírus explicava uma variância adicional nos valores de depressão, ansiedade generalizada e ansiedade face à morte, acima de outros fatores como sociodemográficos, fatores relacionados com a COVID-19, e ansiedade face à saúde. Por outro lado, no estudo de Mertens et al. (2020), a ansiedade na saúde constituiu-se como um forte preditor do medo do coronavírus (medido neste estudo pelo *Fear of the Coronavirus Questionnaire*), o que

vai ao encontro das observações de outros estudos como, por exemplo, sobre a pandemia de gripe A relativa a 2009-2010 (Wheaton et al., 2011) e do surto de vírus Zika em 2015-2016 (Blakey & Abramowitz, 2017), em que a ansiedade face à saúde se relacionava com um medo aumentado da pandemia corrente.

Para a investigação presente, interessa-nos principalmente a relação positiva examinada entre o medo da COVID-19 e a ansiedade (ou medo) face à morte, e as diversas perspetivas (atitudes) da mesma.

Embora a ansiedade face à morte possa constituir, de certa forma, um fator determinante no comportamento humano quotidiano, esta torna-se mais relevante do que nunca no contexto pandémico, uma vez que a COVID-19 é sentida como lembrança e ameaça real e constante da nossa própria mortalidade, influenciando os nossos comportamentos, até de formas inconscientes (Menzies & Menzies, 2020, p. 4).

Segundo Menzies et al. (2020, p. 112), para além do fator mencionado acima, existem ainda outros fatores que intensificam a ansiedade relacionada com a pandemia e tornam a morte (e o luto) em tempos de COVID-19 particularmente desafiantes: (1) as perdas de morte decorrentes da COVID-19 são agravadas por perdas não mortais, como tensão financeira global, elevado desemprego e dificuldades financeiras, que estão também associadas a uma saúde mental empobrecida (Paul & Moser, 2006); (2) em contexto de pandemia, o distanciamento social e os sucessivos confinamentos limitam o contacto entre pessoas e as próprias relações, que são críticas na forma como moderam as nossas reações à morte (Mikulincer, 2018); (3) a morte causada pela doença do coronavírus pode violar as crenças fundamentais que cada um tem sobre a natureza de si mesmo, do mundo e do futuro - especificamente, as crenças de que possuímos autoeficácia, que a vida é, em certa parte, controlável e justa, e de que o futuro é previsível, estão fortemente associadas com um nível elevado de ansiedade em relação à COVID-19 (Milman, Lee, & Neimeyer, 2020).

De facto, os estudos já realizados sugerem que existe uma relação causal entre a ansiedade face à morte e o sofrimento psicológico, sendo que esta relação pode intensificar-se na pandemia atual. Para além de um estudo português realizado na fase inicial da pandemia, que revelou que 42.9% dos participantes classificou o impacto psicológico do coronavírus como moderado ou severo (Paulino et al., 2020, p. 51), na validação da escala de medo à COVID-19 para a população portuguesa, também Pereira et al. (2021, p. 346) encontram correlações positivas significativas entre o medo da COVID-19 e a ansiedade (avaliada pela BSI). Com esta correlação já

estudada, é-nos possível colocar a hipótese de que, avaliando a ansiedade face à morte, esta também se correlacione positivamente com o medo da COVID-19.

Mencionado anteriormente, no estudo de Lee et al. (2020), os resultados demonstraram que o medo do coronavírus, o neuroticismo e a ansiedade face à saúde predizem a ansiedade face à morte. Outro estudo, em que o objetivo era analisar o papel do medo que cada um tem face à sua própria morte durante a COVID-19 em relação com a personalidade e ansiedade, revelou que o género, o medo da morte, o neuroticismo, e a extroversão são todos preditores da ansiedade (Pérez-Mengual et al., 2021, p. 4)

No entanto, nesta mesma investigação, apesar de os autores medirem a ansiedade e o medo da morte em tempo de pandemia, não utilizaram uma escala que medisse o medo da COVID-19 (Pérez-Mengual et al., 2021, p. 4). Na discussão do estudo, Pérez-Mengual et al. (2020) afirmam que, ao estudar o medo da morte em contexto pandémico, o medo relativo à COVID-19 não deve ser ignorado. Com efeito, a presente investigação pretende colmatar essa limitação, avaliando especificamente a ansiedade face à morte e o medo da COVID-19, numa amostra da população portuguesa.

3. Objetivos

O objetivo central deste estudo foca-se na seguinte questão:

De que forma os comportamentos e pensamentos vividos em relação à COVID-19 se relacionam com as perceções sobre a morte?

Neste sentido, traçaram-se os seguintes objetivos específicos:

1. Estudar as circunstâncias vividas pelos sujeitos em análise durante a pandemia COVID-19.
2. Estudar a relação entre o medo da COVID-19 e as perceções sobre a morte:
 - a. Analisar a associação entre o medo da COVID-19 (medido pela *Fear of COVID-19 Scale – FCV-19S*) e a ansiedade face à morte (medida pelo Questionário de Ansiedade face à Morte - QAM);
 - b. Analisar a associação entre o medo da COVID-19 (medido pela *Fear of COVID-19 Scale – FCV-19S*) e as perspetivas da morte (medidas pelas Escalas Breves sobre Diversas Perspetivas da Morte - EBPM).
3. Estudar a relação entre o medo da COVID-19 (medido pela *Fear of COVID-19 Scale – FCV-19S*) e sintomas psicopatológicos (medidos pelo *Brief Symptom Inventory 18 – BSI 18*).
4. Estudar a relação entre o medo da COVID-19 (medido pela *Fear of COVID-19 Scale – FCV-19S*) e a ansiedade na saúde (medida pelo *Short Health Anxiety Inventory - SHAI*).
5. Estudar a relação entre a ansiedade face à morte (medida pelo Questionário de Ansiedade face à Morte - QAM) e sintomas psicopatológicos (medidos pelo *Brief Symptom Inventory 18 – BSI 18*).
6. Estudar a relação entre a ansiedade face à morte (medida pelo Questionário de Ansiedade face à Morte - QAM) e a ansiedade na saúde (medida pelo *Short Health Anxiety Inventory - SHAI*).
7. Explorar as diferenças na ansiedade face à morte (medida pelo Questionário de Ansiedade face à Morte - QAM) e nas diversas perspetivas da morte (medidas pelas Escalas Breves sobre Diversas Perspetivas da Morte – EBPM) considerando as variáveis sociodemográficas (idade e género).
8. Verificar se existe uma relação preditiva entre a ansiedade face à morte (medida pelo Questionário de Ansiedade face à Morte - QAM) e o medo da COVID-19 (medido pelo FCV-19S), sintomas psicopatológicos (medidos pelo BSI-18) e ansiedade na saúde (medida pelo SHAI).
9. Verificar se existe uma relação preditiva entre algumas perspetivas da morte (medidas pelas Escalas Breves sobre Diversas Perspetivas da Morte - EBPM), o medo da COVID-19 (medido pela FCV-19S), sintomas psicopatológicos (medidos BSI-18) e ansiedade na saúde (medida pelo SHAI).

4. Hipóteses de investigação

H1: O medo da COVID-19 (medido pela *Fear of COVID-19 Scale* – FCV-19S) correlaciona-se positivamente com a ansiedade face à morte (medida pelo Questionário de Ansiedade face à Morte - QAM) (Lee et al, 2020).

H2: O medo da COVID-19 correlaciona-se positivamente com a ansiedade (Lee et al, 2020) e com a ansiedade face à saúde (Mertens et al, 2020).

H3: A ansiedade face à morte correlaciona-se positivamente com a depressão (Abdel-Khalek, 1998; Ongider & Eyuboglu, 2013) e com a ansiedade face à saúde (Furer & Walker, 2008; Starcevic, 2005).

H4: Há diferenças na ansiedade face à morte (medida pelo Questionário de Ansiedade face à Morte) consoante o género (Abdel-Khalek, 2005; Templer et. al, 1971; Oliveira, 1998, 2002).

H5: Há diferenças na ansiedade face à morte (medida pelo Questionário de Ansiedade face à morte) consoante a idade (Gesser et al., 1988; Stevens et al., 1980; Wu et al., 2002).

H6: A idade é preditora da ansiedade face à morte (Bengtson et al., 1977; e Wu et al., 2002).

H7: O medo da COVID-19 é preditor da ansiedade face à morte (Lee et al., 2020).

5. Metodologia

5.1 Instrumentos utilizados

5.1.2 Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi elaborado de modo a caracterizar a amostra obtida, considerando as variáveis sociodemográficas como idade, género, anos de escolaridade, situação profissional e o rendimento bruto mensal do agregado familiar do sujeito. Para além destas questões, foram incluídas no questionário questões relativamente às circunstâncias da COVID-19 (infecção ou não por COVID-19, presença de doença de risco e cumprimento das medidas de prevenção e controlo da pandemia) e referentes ao período de isolamento social, que se iniciou com o primeiro estado de emergência decretado em Portugal a 18 de março de 2020. Estas questões reportaram se o sujeito esteve de quarentena (e se sim, durante quanto tempo), com quantas pessoas coabitou durante o estado de emergência e a sua situação de trabalho durante este período.

5.1.3 *Fear of COVID-19 Scale* – FCV-19S (Ahorsu et al. 2020; adaptado por Faro et al., 2020)

Desenvolvida por Ahorsu et al. (2020), a Escala de medo da COVID-19 é um instrumento unidimensional composto por 7 itens relativos a sintomas de medo em relação à COVID-19, avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, variando entre 1 (Discordo totalmente) e 5 (Concordo totalmente). A pontuação total é cotada pela soma da pontuação de cada item e quanto maior a pontuação maior é o medo da COVID-19 (Ahorsu et al., 2020).

Para o presente estudo utilizou-se a escala adaptada e validada para a população brasileira por Faro et al. (2020), com algumas alterações na tradução do português do Brasil para o português de Portugal. Relativamente à consistência interna, este estudo revelou um coeficiente de alfa de .86, o que corresponde a uma consistência boa (Faro et al., 2020). O estudo de validação para a população portuguesa, publicado numa fase posterior ao estudo presente, obteve um alfa de .88 (Magano et al., 2021).

No nosso estudo apresenta uma consistência interna elevada ($\alpha=.85$).

5.1.4 Questionário de Ansiedade face à Morte – QAM (Conte et al., 1982; adaptado por Simões & Neto, 1994; e readaptado por Barros, 1997)

O questionário de ansiedade face à morte utilizado é baseado no *Death Anxiety Questionnaire* (DAQ) de Conte, Weiner e Plutchich (1982). É composto por 11 itens, formulados na primeira pessoa (“preocupo-me...”) e apresentados numa escala tipo *Likert*, sendo que o 1 corresponde a “Totalmente em desacordo” e o 5 a “Totalmente de acordo”. A pontuação total resulta do somatório da pontuação atribuída a cada item, sendo que, quanto maior for a pontuação, maior é a ansiedade face à morte. O máximo de ansiedade face à morte é de 55 pontos e o mínimo de 11 pontos (Barros, 1998).

No estudo de Barros (1998), a consistência interna da escala na amostra global (742 sujeitos) foi verificada através do coeficiente alfa de *Cronbach*, cujo valor foi de .86. Nas amostras parciais, referente às duas amostras portuguesas (do secundário e do universitário), os valores foram de .86 e .88, respetivamente. Nas duas amostras cabo-verdianas (secundário e superior), os valores foram respetivamente .84 e .85 (Barros, 1998). O presente estudo evidencia um alfa de .85, o que revela uma consistência interna elevada.

5.1.5 Escalas Breves sobre Diversas Perspetivas da Morte – EBPM (Spilka et al., 1977; adaptado por Barros & Neto, 2004)

As escalas breves sobre diversas perspetivas da morte (Barros & Neto, 2004) são a versão portuguesa das *Death Perspective Scales* de Spilka, Stout, Minton e Sizemore (1977).

Este instrumento é composto por 42 itens distribuídos por 8 subescalas que avaliam os diferentes aspetos das reações emotivas frente à ideia da (própria) morte. Cada escala apresenta entre 4 a 6 itens, num formato tipo *Likert* (sendo que o 1 corresponde a “Totalmente em desacordo” e o 6 a “Totalmente de acordo”), e o resultado é obtido através do somatório de todos os itens, variando os resultados entre 43 a 258.

As subescalas são as seguintes; Morte como Sofrimento e Solidão (SS); Morte como Vida do Além como Recompensa (VA); Indiferença Frente à Morte (IM); Morte como Desconhecido (MD); Morte como Abandono dos que Dependem de Nós com Culpabilidade (MA); Morte como Coragem (MC); Morte como Fracasso (MF); Morte como Fim Natural (MN).

A consistência interna das escalas foi verificada através do coeficiente alfa

Cronbach, que apresentou valores que variam entre .78 para a oitava subescala (MN) e .98 para a segunda subescala, o que são valores bastante elevados, considerando que se tratam de escalas muito breves (Barros & Neto, 2004). Foram correlacionadas as oito subescalas entre si, observando-se correlações bastante significativas (Barros & Neto, 2004). No nosso estudo, a consistência interna das escalas apresentou valores do coeficiente de *Cronbach* que variaram entre .82 e .95, o que revela uma consistência interna elevada.

5.1.6 *Short Health Anxiety Inventory* - SHAI (Salkovskis et al., 2002; adaptado por Morales et al., 2016)

O *Short Health Anxiety Inventory* (SHAI), desenvolvido por Salkovskis et al. (2002), é uma versão reduzida do *Health Anxiety Inventory* que mede o medo da doença e o medo das consequências negativas de uma doença, usando uma estrutura bifatorial.

Na versão portuguesa do inventário (Morales et al., 2016), ele é constituído por 18 itens, com quatro opções de resposta dadas numa escala tipo *Likert*, de 0 (sem sintomas) a 3 (sintomas muito severos). O inventário divide-se nos seguintes fatores: Medo da Doença (itens 1-14) e Consequências Negativas de uma doença (itens 15-18) (Morales et al., 2016). As pessoas diagnosticadas com hipocondria obtêm pontuações mais altas do que as pessoas com perturbações de ansiedade, pacientes com algum tipo de doença física, ou pessoas sem qualquer perturbação de ansiedade (Morales et al., 2016).

A adaptação portuguesa do SHAI apresentou uma consistência interna adequada, com valores do coeficiente alfa de *Cronbach* de .82 (Morales et al., 2016). O presente estudo evidenciou um alfa de *Cronbach* de .83

5.1.7 *Brief Symptom Inventory 18* – BSI 18 (Derogatis, 2011; adaptado por Nazaré et al., 2017)

Originalmente desenvolvido por Derogatis (2001), o *Brief Symptom Inventory 18* (BSI 18) constitui um instrumento de rastreio do *distress* psicológico aplicável a populações comunitárias e clínicas. Os respondentes devem avaliar a intensidade numa escala tipo *Likert* (de 0 - Nada a 4 – Extremamente) com que, nos últimos sete dias, experienciaram dezoito manifestações de psicossintomatologia.

O BSI-18 contém três subescalas, cada uma composta por 6 itens, Depressão (itens 2, 5, 8, 11, 14 e 17), Ansiedade (itens 3, 6, 9, 12, 15 e 18) e Somatização (itens 1, 4, 7, 10, 13 e 16) (Nazaré et al., 2017).

Relativamente à cotação, de modo a obter a pontuação total em cada escala, soma-se os valores dos seis itens de cada uma, e somando a pontuação dos dezoito itens, obtém-se o Índice de Gravidade Global (IGG), que corresponde ao nível geral de *distress* psicológico da pessoa (Nazaré et al., 2017). Dadas as cinco alternativas da escala de resposta, que oscilam entre 0 (Nada) e 4 (Extremamente), pontuações mais elevadas refletem psicossintomatologia mais intensa (Nazaré et al., 2017).

A consistência interna das subescalas e do total do BSI-18 na adaptação para a população portuguesa apresenta alfas de *Cronbach* muito bons, com valores de .86 para a subescala Depressão; .80 para a Ansiedade e Somatização e um valor de .92 para o Índice de Gravidade Global (Nazaré et al., 2017). Neste estudo, a subescala Depressão apresentou um alfa de .89, a subescala Ansiedade um valor de .90 e a subescala Somatização .91, ou seja, valores de alfa que refletem uma consistência interna muito elevada.

5.2 Amostra

A amostra deste estudo é composta por 293 sujeitos da população geral. A média de idades é de 39.7 anos, variando entre um mínimo de 18 e um máximo de 71 anos. A maioria é do género feminino (74.1%), empregada (74.1%) e vive em agregados familiares com 3 ou mais pessoas (44.3%). A média de anos de escolaridade é de 15 anos e o rendimento médio bruto mensal do agregado familiar de 2920 euros (DP = 5159.1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica (N = 293)

	n	%	M	DP
Idade			39.7	11.7
Género				
Feminino	217	74.1		
Masculino	74	25.3		
Situação profissional				
Desempregado	16	5.5		
Empregado	217	74.1		
Estudante	40	13.7		
Reformado/Pensionista	9	3.1		
Trabalhador-estudante	11	3.8		
Nrº de pessoas do agregado				
Sozinho	32	10.9		
1 pessoa	52	17.7		

2 pessoas	79	27.0		
≥ 3 pessoas	130	44.3		
Anos de escolaridade			14.67	2.594
Rendimento agregado			2919.6	5159.1
Doença de risco				
Sim	45	15.4		
Não	246	84.6		
Infeção por COVID-19				
Sim	6	2		
Não	287	98		
Isolamento profilático e social				
Sim	118	40.3		
Não	175	59.7		
Regime de trabalho durante o Estado Emerg.				
Presencial	82	28		
Teletrabalho	106	36.2		

5.3 Procedimentos de investigação

A recolha de dados desta investigação seguiu um protocolo que se iniciou com a leitura de um consentimento informado, que contemplava informações como a natureza e os objetivos do estudo, o carácter voluntário da participação, a confidencialidade e o anonimato das informações recolhidas.

No passo a seguir, os inquiridos responderam a um pequeno questionário sociodemográfico e a questões relativas ao contexto pandémico (infeção por COVID-19; presença de doença de risco, circunstâncias relativas ao período de isolamento social voluntário ou social - que começou desde o primeiro estado de emergência a 18 de março de 2020 - e cumprimento das medidas de prevenção e controlo da COVID-19). De seguida, responderam a um conjunto de instrumentos, apresentados na seguinte ordem: 1) *Fear of COVID-19 Scale* (FCV-19S); 2) Questionário de Ansiedade face à Morte (QAM); 3) Escalas Breves sobre Diversas Perspetivas da Morte (EBPM); 4) *Short Health Anxiety Inventory* (SHAI) e 5) *Brief Symptom Inventory 18* (BSI 18).

A recolha dos dados foi realizada através de um inquérito *online*, entre o mês de novembro de 2020 e fevereiro de 2021, período em que Portugal passou por diversos estados de emergência e confinamentos. No questionário, quando se faz referência ao estado de emergência e a um possível período de quarentena por parte dos sujeitos, estamos a falar a partir de o momento que Portugal ativou o estado de emergência (a 18 de março de 2020) até à data que os inquiridos responderam.

5.4 Procedimentos estatísticos

O tratamento estatístico da amostra da presente investigação foi conduzido através do programa “Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)” versão 25 da IBM®.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. A normalidade da distribuição confirmou-se através do teorema do limite central e a consistência interna dos instrumentos utilizados foi estudada através do Alfa de Cronbach.

De forma a analisar a relação entre as diversas perspetivas da morte, a depressão, a ansiedade, a somatização, o medo da COVID-19, a ansiedade face à morte e ansiedade na saúde utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. Para comparar as variáveis género e idade na ansiedade face à morte e nas perspetivas de morte, utilizou-se o teste t de *Student* e a ANOVA *one.way* com a correção de *Welch*, respetivamente.

De seguida, foi aplicado o modelo de regressão linear múltipla para analisar os possíveis previsores da ansiedade face à morte e de algumas perspetivas de morte, controlando as variáveis género e idade. Os pressupostos da regressão linear múltipla, designadamente a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), independência de resíduos (teste de Durbin-Watson), normalidade dos resíduos (teste de Kolmogorov-Smirnov), multicolinearidade (VIF e Tolerance) e homogeneidade de variâncias (análise gráfica) foram analisados e encontravam-se genericamente satisfeitos.

6. Resultados

Cerca de 15% dos participantes indica ter uma doença de risco, sendo as mais referidas a Asma (4.1%) e a hipertensão (2.1%). Relativamente à COVID-19, 2% dos inquiridos afirma estar ou ter estado infetado com COVID-19. Uma proporção elevada (40.3%) esteve de quarentena ou em isolamento profilático e social (voluntário ou obrigatório), tendo estado pelo período de menos de 15 dias (50.4%). Perto de um terço das pessoas coabitou durante o Estado de Emergência com 3 pessoas. Uma percentagem de 28% manteve-se a trabalhar presencialmente no local de trabalho e 36.2% em regime de teletrabalho.

Quase todos os participantes (99%) afirmam terem-se mantido informados sobre as medidas de prevenção e controlo da COVID-19. De acordo com a Tabela 2, a utilização de equipamentos de proteção (utilização de máscara ou viseira) e a higiene pessoal, nomeadamente a lavagem das mãos e a etiqueta respiratória, foram as medidas de prevenção e controlo da COVID-19 mais frequentemente realizadas.

Tabela 2. Medidas de prevenção e controlo da COVID-19

	Quase nunca	Ocasionalm ente	Várias vezes	Com frequência	Quase sempre
Distanciamento	3.4%	3.8%	7.8%	29.0%	56.0%
Eq. proteção	3.1%	3.4%	1.7%	13.3%	78.5%
Higiene pessoal	3.1%	4.1%	2.0%	14.0%	76.8%
Higiene ambiental	5.5%	5.8%	11.9%	29.7%	47.1%
Automonitorização Sintomas	11.3%	8.2%	11.6%	22.2%	46.8%

6.1 Estatísticas Descritivas

Os valores das estatísticas descritivas das escalas utilizadas podem ser observados na tabela 3. Nela estão indicados os valores mínimos e máximos, médias e respetivos desvios-padrão. O medo da COVID-19 é relativamente baixo, pois o valor encontra-se significativamente abaixo do ponto médio da escala (3), $p < .001$. A ansiedade da morte é ligeiramente elevada, pois o valor encontra-se significativamente acima do ponto médio da escala (3), $p = .001$.

Tabela 3. Estatísticas descritivas relativas às EBPM, BSI 18, FCV-19S, QAM e SHAI

	M	DP
EBMP		
EBPM sofrimento/solidão	14.75	7.53
EBPM Vida do Além	14.47	7.93
EBPM Indiferença	15.75	6.10
EBPM Desconhecido	26.87	8.48
EBPM Abandono	14.03	6.23
EBPM Fracasso	14.16	6.72
EBPM Fim natural	20.67	3.95
EPPM total	120.72	27.52
BSI-18	7.74	6.16
BSI Somatização	7.74	6.16
BSI Depressão	7.66	6.04
BSI Ansiedade	7.93	5.92
Medo da COVID-19 (FCV-19S)	2.50	0.77
Ansiedade Morte (QAM)	3.16	0.81
SHAI	15.74	6.65

6.2 Correlações entre as diversas perspectivas da morte, a depressão, a ansiedade, a somatização, o medo da COVID-19, a ansiedade face à morte e ansiedade na saúde

Na tabela 4, a cinzento claro, é possível evidenciar os coeficientes das dimensões que pertencem à mesma escala (neste caso, as diferentes subescalas pertencentes às EBPM e as três dimensões do BSI 18).

Relativamente às correlações entre variáveis de escalas diferentes, a correlação mais elevada ocorre entre o medo da COVID-19 (FCV-19S) e a ansiedade face à Morte (QAM) ($r = .449$, $p < .001$). Sobre o medo da COVID-19 (FVC-19S) e as diversas perspectivas da morte (EBPM), as correlações mais elevadas ocorrem entre o medo da COVID-19 e a Morte como Sofrimento e Solidão ($r = .328$) e o medo da COVID-19 e a Morte como Fracasso ($r = .312$) e o medo da COVID-19 e a Morte como Abandono ($r = .283$). O medo da COVID-19 apresenta, ainda, uma correlação positiva com a ansiedade (BSI-18) ($r = .246$.) e com a ansiedade face à saúde (SHAI) ($r = .374$).

A ansiedade face à morte (QAM) correlaciona-se positivamente com a depressão (BSI-18) ($r = .331$) e com a ansiedade na saúde (SHAI) ($r = .365$).

Tabela 4. Correlações entre as EBPM, BSI 18, FCV-19S, QAM e SHAI

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 EBPM Sofrimento	--											
2 EBPM VidaAlém	.261**											
3 EBPM Indiferença	-.032	.092										
4 EBPM Desconh	.203**	.293**	.117*									
5 EBPM Abandono	.462**	.246**	.097	.196**								
6 EBPM Fracasso	.456**	.231**	.075	.307**	.608**							
7 EBPM Fim	.102	.116*	.243**	.327**	.069	.103						
8 BSI-18 Som	.288**	.101	-.011	.160**	.171**	.141*	.079					
9 BSI-18 Dep	.283**	.193**	-.068	.162**	.180**	.108	.071	.733**				
10 BSI-18 Ans	.311**	.176**	-.028	.201**	.190**	.107	.097	.785**	.882**			
11 FCV-19S	.328**	.199**	-.155**	.234**	.283**	.312**	-.010	.300**	.172**	.246**		
12 QAM	.376**	.122*	-.187**	.192**	.304**	.302**	.030	.310**	.331**	.329**	.449**	
13 SHAI	.354**	.056	-.148*	.181**	.253**	.234**	.057	.379**	.411**	.428**	.374**	.365**

* $p > .05$ ** $p > .01$ *** $p > .001$

6.3 Ansiedade face à morte e perspetivas sobre a morte: estudos diferenciais considerando o género e a idade

Para analisar o teste t de *Student* confirmou-se primeiro a homogeneidade de variâncias, através do teste de *Levene*. Quando comparamos os valores da ansiedade face à morte e das diversas perspetivas de morte em função do género encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 5. Teste t de *Student* para as variáveis ansiedade face à morte (QAM) e diversas perspetivas da morte (EBPM) tendo em conta o género

	Feminino		Masculino		t	d
	M	DP	M	DP		
Ansiedade Morte (QAM)	3.24	0.81	2.93	0.77	2.806**	0.392
EBPM sofrimento/solidão	14.88	7.45	14.39	7.91	.475	0.064
EBPM Vida do Além	15.67	8.08	11.08	6.44	4.943***	0.628
EBPM Indiferença	15.43	5.93	16.82	6.48	-1.702	0.224
EBPM Desconhecido	27.81	8.05	24.30	9.25	3.116**	0.405
EBPM Abandono	14.45	6.31	12.92	5.89	1.834	0.251
EBPM Fracasso	14.69	6.63	12.84	6.81	2.058*	0.276
EBPM Fim natural	20.65	3.78	20.69	4.47	-.082	0.001

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Através da análise do teste t de *Student*, na Ansiedade face à morte (QAM),

obtém-se o valor $t(289) = 2.806$, $p = .005$, concluindo que os valores são significativamente mais elevados no género feminino. Nas subescalas Morte como Vida do Além, Morte como Desconhecido e Morte como Fracasso das Escalas Breves sobre Perspetivas de Morte (EBPM) também os valores são significativamente mais elevados no género feminino: Morte como Vida do além, $t(289) = 4.943$, $p < .001$; Morte como Desconhecido, $t(289) = 3.116$, $p = .002$ e Morte como Fracasso, $t(289) = 2.058$, $p = .041$.

De modo a verificar possíveis diferenças na ansiedade face à morte e nas perspetivas de morte de acordo com a idade, utilizou-se o teste ANOVA *one way*, o que permitiu dividir a amostra em três grupos etários (até aos 35, dos 35-50, e >50 anos). Dividimos a amostra nestes três grupos específicos de idade de modo a tentar encontrar semelhanças com outros estudos realizados, em que foram encontradas diferenças na ansiedade face à morte de acordo com diferentes faixas etárias (Stevens et al., 1980).

Uma vez que o pressuposto de homogeneidade das variâncias não se verificou, optou-se pelo teste robusto de *Welch* que não pressupõe igualdade de variâncias (Zimmerman, 2004).

Quando comparamos os valores de ansiedade face à morte e de perspetivas de morte em função da idade encontramos algumas diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 6. ANOVA *one way* para os grupos de idade tendo em conta as variáveis ansiedade face à morte (QAM) e as diversas perspetivas da morte (EBPM)

	Até 35		35-50		> 50 anos		F(2,290)	d
	M	DP	M	DP	M	DP		
EBPM sofrimento/solidão	15.19	7.68	13.68	7.10	17.00	8.04	4.048*	0.4545
EBPM Vida do Além	14.40	7.95	14.53	8.03	14.42	7.76	.009	0.0228
EBPM Indiferença	15.37	5.65	16.34	6.40	14.77	5.95	1.563	0.2569
EBPM Desconhecido	27.18	7.90	26.76	8.65	26.63	9.11	.094	0.0738
EBPM Abandono	13.61	6.21	13.95	5.99	15.02	6.92	.875	0.1828
EBPM Fracasso	13.75	6.72	13.81	6.21	15.90	7.90	2.138	0.3069
EBPM Fim natural	20.75	3.88	20.84	3.70	20.04	4.73	.827	0.1467
Ansiedade Morte (QAM)	3.31	0.84	3.05	0.77	3.21	0.84	3.196*	0.1316

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

O resultado da ANOVA permitiu concluir que um dos grupos etários apresenta que a diferença significativa entre a ansiedade face à morte e a subescala Morte como Sofrimento/Solidão, com valores de $p = .018$ e $p = .042$, respetivamente. Para perceber em que grupos etários a diferença é significativa, utilizou-se o teste de *Tukey*, comparando os grupos dois a dois.

Assim, de acordo com os resultados obtidos na Ansiedade face à Morte, $F(2, 290) = 3.196, p = .042$, conclui-se que os valores são significativamente mais elevados nos sujeitos mais novos (< 35 anos) do que nos de 35-50 anos. Relativamente à perspetiva Morte como Sofrimento e Solidão, $F(2, 290) = 4.048, p = .042$, concluindo-se que os valores são significativamente mais elevados nos sujeitos com mais de 50 anos do que nos de 35-50 anos.

6.4 Preditores da ansiedade face à morte

De modo a avaliar a presença de preditores da ansiedade face à morte, recorreu-se ao modelo de regressão linear múltipla, com as variáveis do BSI 18, ansiedade na saúde (SHAI) e medo da COVID-19 (FCV-19S) como variáveis independentes (ou preditores), a idade e o género como variáveis de controlo, e a ansiedade face à morte (QAM) como variável dependente.

Os resultados do modelo 2 (onde estão contempladas as variáveis independentes) explicam 29.4% da variância na ansiedade face à morte e são estatisticamente significativos ($R^2_a = .294, F = 18.285, p < .001$), como se pode verificar na tabela 7. Analisando o valor preditivo de cada uma das variáveis presentes no modelo 2, através da análise dos coeficientes estandardizados (β), conclui-se que as variáveis idade ($\beta = -.117, p = .025$) e medo da COVID-19 ($\beta = .373, p < .01$), são preditores significativos da ansiedade face à morte. Assim, à medida que aumenta a idade diminui a ansiedade face à morte e quanto mais elevados são os valores de medo da COVID-19 mais elevados são os valores da ansiedade face à morte.

Tabela 7. Regressão linear múltipla entre a ansiedade face à morte, variáveis do BSI-18, ansiedade na saúde (SHAI) e medo da COVID-19 (FCV-19S) (VD: ansiedade face à morte)

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	R ²	R ² _a	ΔR^2	F	ΔF
	B	Std. Error	Beta					
Bloco 1				.035	.028	.035	5.232	5.232
(Constant)	3.775	.206						
Idade	-.006	.004	-.093					
Género	-.287	.108	-.154					
Bloco 2				.311	.294	.276	18.285***	22.717***
(Constant)	2.233	.230						
Idade	-.008	.004	-.117*					
Género	-.155	.094	-.83					
BSI_Som	.000	.011	.002					
BSI_Dep	.028	.014	.209					

BSI_Ans	-.003	.016	-.025
FCV-19S	.391	.059	.373*
SHAI	.018	.007	.145

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

6.5 Preditores da perspetiva da morte como sofrimento e solidão

Para avaliar os possíveis preditores da perspetiva da morte como Sofrimento e Solidão (EBPM) recorreu-se também ao modelo de regressão linear múltipla com as variáveis do BSI 18, ansiedade na saúde (SHAI) e medo da COVID-19 (FCV-19S) como variáveis independentes (ou preditores), a idade e o género como variáveis de controlo, e a morte como perspetiva de sofrimento como variável dependente.

Os resultados do modelo 2 explicam 17.6% da variância na ansiedade face à morte e são estatisticamente significativos ($R^2_a = .176$, $F = 9.862$, $p < .001$). Analisando o valor preditivo de cada uma das variáveis contempladas no modelo 2, conclui-se que as variáveis medo da COVID-19 ($\beta = .202$, $p < .001$) e ansiedade na saúde ($\beta = .200$, $p = .002$), revelaram ser preditores significativos da morte como perspetiva de sofrimento. Assim, à medida que aumenta o medo da COVID-19 e a ansiedade na saúde mais elevados são os valores de Morte como perspetiva de Sofrimento e Solidão.

Tabela 8. Regressão linear múltipla entre morte como sofrimento, variáveis do BSI 18, ansiedade na saúde (SHAI) e medo da COVID-19 (FCV-19S) (VD: morte como sofrimento)

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	R ²	R ² _a	ΔR^2	F	ΔF
	B	Std. Error	Beta					
Bloco 1				.002	-.005	.002	.289	.289
(Constant)	14.526	1.949						
Idade	.023	.038	.035					
Género	-.542	1.024	-.031					
Bloco 2				.196	.176	.194	9.862***	13.666***
(Constant)	3.013	2.313						
Idade	.026	.036	.040					
Género	.232	.945	.013					
BSI_Som	.023	.110	.019					
BSI_Dep	.064	.145	.051					
BSI_Ans	.159	.164	.123					
FCV-19S	1.971	.597	.202***					
SHAI	.227	.071	.200**					

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

6.6 Preditores da perspetiva da morte como abandono

Para avaliar a presença de um efeito preditor das variáveis BSI-18, ansiedade na saúde (SHAI) e medo da COVID-19 (FCV-19S) na perspetiva da morte como abandono (EBPM) utilizou-se novamente o modelo de regressão linear múltiplo, com as variáveis anteriores como independentes, a idade e o género como variáveis de controlo, e a morte como perspetiva de Abandono como variável dependente.

De acordo com a tabela 9, verifica-se que o modelo explica 10.7% de variância da morte como Abandono e é estatisticamente significativo ($R^2_a = .107$ $F = 5.952$, $p < .001$). A partir do valor preditivo de cada uma das variáveis, as variáveis medo da COVID-19 ($\beta = .188$, $p = .004$) e ansiedade na saúde ($\beta = .156$, $p = .018$) revelaram ser preditores significativos da morte como perspetiva de Abandono. Assim, à medida que aumenta o medo do COVID e a ansiedade na saúde, mais elevados se tornam os valores de morte como perspetiva de Abandono.

Tabela 9. Regressão linear múltipla entre morte como abandono, variáveis do BSI-18, ansiedade na saúde (SHAI) e medo da COVID-19 (FCV-19S) (VD: morte como abandono)

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	R ²	R ² _a	ΔR^2	F	ΔF
	B	Std. Error	Beta					
Bloco 1				.019	.012	.019	2.735	2.735
(Constant)	14.324	1.595						
Idade	.045	.031	.085					
Género	-1.649	.838	-.115					
Bloco 2				.128	.107	.110	5.952***	7.122***
(Constant)	6.817	1.987						
Idade	.047	.031	.088					
Género	-1.156	.812	-.081					
BSI_Som	-.069	.095	-.068					
BSI_Dep	.084	.124	.081					
BSI_Ans	.082	.141	.078					
FCV-19S	1.511	.513	.188**					
SHAI	.146	.061	.156*					

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

7. Discussão

O presente estudo focou-se nas percepções sobre a morte (considerando a ansiedade face à morte e as diferentes perspetivas sobre a morte) e na sua relação com a vivência da pandemia COVID-19.

No que diz respeito à COVID-19, as informações sociodemográficas relativas ao contexto pandémico revelam que quase todos os participantes (99%) afirmam terem-se mantido informados sobre as medidas de prevenção e controlo da COVID-19, e 40.3% teve experiência de quarentena ou em isolamento profilático e social desde o primeiro estado de emergência.

Na nossa amostra, o medo da COVID-19 é relativamente baixo e a ansiedade face à morte ligeiramente elevada. Relativamente às diversas perspetivas de morte, as duas que obtiveram uma pontuação mais elevada foram a morte como Desconhecido ($M = 26.87$) e a morte como Fim Natural ($M = 20.67$); se por um lado na primeira a morte é vista como um mistério, na segunda a morte é encarada como um aspeto inerente à vida (Barros & Neto, 2004).

Seguindo a nossa primeira hipótese, constata-se que o medo da COVID-19 se correlaciona positivamente com a ansiedade face à morte ($r = .449$), o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Lee et al. (2020). Relativamente à relação entre o medo da COVID-19 e as diversas perspetivas da morte, neste estudo as correlações mais elevadas estão entre o medo da COVID-19 e a perspetiva da morte como Sofrimento e Solidão ($r = .328$) e o medo da COVID-19 e a perspetiva da morte como Fracasso ($r = .312$). Ainda que com valores mais baixos do que no estudo de Lee et al. (2020), confirmam-se também relações positivas entre o medo da COVID-19 e a ansiedade ($r = .246$), o medo da COVID-19 e a ansiedade face à saúde ($r = .374$), o que confirma a nossa segunda hipótese. Esta última correlação também está de acordo com as evidências observadas no estudo de Mertens et al. (2020).

As próximas evidências reportadas na presente investigação dizem respeito à especificidade do estudo das percepções de morte, não sendo relativas à COVID-19.

A ansiedade face à morte correlaciona-se positivamente com a depressão ($r = .331$). O estudo de Abdel-Khalek (1998) reporta uma correlação semelhante ($r = .32$), o que vai ao encontro com a evidência de que grupos com níveis moderados a elevados de depressão têm mais ansiedade face à morte, quando comparados com um grupo de indivíduos com valores mais baixos de depressão (Ongider & Eyuboglu, 2013). A ansiedade face à morte também apresenta uma correlação positiva com a ansiedade na saúde ($r = .365$), o que era expectável, uma vez que tanto o conhecimento teórico como a observação clínica sugerem que a sensação de ameaça

sentida no corpo na hipocondria ou ansiedade face à saúde está relacionada com o medo patológico da morte (Starcevic, 2005; Furer & Walker, 2008). Assim, com estas duas correlações, a terceira hipótese do presente estudo confirma-se.

Considerando a nossa quarta hipótese - existem diferenças na ansiedade face à morte consoante o género -, concluiu-se que a ansiedade face à morte é mais elevada no género feminino, o que já se tinha verificado em estudos anteriores (Templer et. al, 1971; Abdel-Khalek, 2005; Oliveira, 1998, 2002). No estudo das diversas perspetivas da morte com a população portuguesa (EBPM de Spilka et al, 1977; adaptado por Barros & Neto, 2004) não foram estudadas as diferenças consoante o género, no entanto, no estudo presente, nas subescalas morte como Vida do Além, morte como Desconhecido e morte como Fracasso também os valores são significativamente mais elevados no género feminino.

No que diz respeito à idade, no nosso estudo, na ansiedade face à morte há uma diferença estatisticamente significativa nos sujeitos mais novos (até 35 anos) do que nos de 35-50 anos, o que confirma a nossa quinta hipótese de investigação e vai de acordo com a literatura existente, nomeadamente que os adultos mais jovens tendem a expressar níveis mais altos de ansiedade face à morte do que os adultos mais velhos (Stevens et al., 1980; Gesser et al., 1988; Wu et al., 2002). Na perspetiva morte como Sofrimento e Solidão concluiu-se que os valores são significativamente mais elevados nos sujeitos mais velhos (>50 aos) do que nos de 35-50 anos.

Relativamente à COVID-19, nos estudos atuais em que as variáveis medo da COVID-19, ansiedade face à morte e ansiedade na saúde foram consideradas, a ansiedade na saúde demonstrou ser um preditor do medo da COVID-19 (Mertens et al., 2020) e a variância na ansiedade face à morte foi explicada pela “coronofobia” (Lee et al., 2020). Uma vez que a presente investigação se centra nas perceções relativas à morte, e posteriormente, na sua relação com a COVID-19, tentámos descobrir quais eram os preditores da ansiedade face à morte e de algumas perspetivas da morte, neste caso, a perspetiva de morte como Sofrimento e Solidão e morte como Abandono.

Desta forma, a idade revelou ser um preditor da ansiedade face à morte, tal como postulado na nossa sexta hipótese: à medida que aumenta a idade a ansiedade face à morte tende a diminuir. Esta evidência é congruente com as investigações existentes (Bengtson et al., 1977; e Wu et al., 2002), que demonstram que a ansiedade face à morte estabiliza na velhice (Fortner & Neimeyer, 1999), o que pode ser justificado pela maturidade psicológica (Rasmussen & Brems, 1996) ou pelo aumento dos níveis de religiosidade com a idade (Bengtson et al., 1977). Apesar deste

último fator, no nosso estudo a variável perspectiva de morte como vida do além não revelou ser estatisticamente significativa no grupo de pessoas mais velhas (>50 anos).

A nossa sétima e última hipótese confirma-se com o resultado de que o medo da COVID-19 é também um preditor da ansiedade face à morte, assim como das duas perspectivas de morte analisadas (morte como Sofrimento e morte como Abandono). Relativamente a estas duas perspectivas de morte, para além do medo da COVID-19, a ansiedade face à saúde foi também considerada um preditor em ambas. A relação preditiva entre o medo da COVID-19 e a ansiedade face à saúde em relação a estas duas perspectivas da morte permitiu analisar em maior profundidade a correlação mais elevada que tinha sido encontrada previamente nestas duas perspectivas da morte.

Conclusão

Este estudo teve como objetivo principal estudar as percepções de morte e, mais especificamente, a sua relação com a vivência da pandemia COVID-19. Apesar das percepções acerca da morte terem sido estudadas nas últimas décadas, o coronavírus surgiu como lembrança real e fantasmática da nossa finitude e da dos outros. Desta forma, para além do interesse geral em estudar o que as pessoas sentem e pensam sobre a morte, analisar a sua relação com a COVID-19 tornou-se bastante pertinente.

No presente estudo, o medo da COVID-19 é relativamente baixo, mas a ansiedade face à morte é ligeiramente elevada. De uma forma global, a hipótese central está de acordo com o que é mostrado nos estudos recentes que concernem estas duas temáticas: a ansiedade face à morte correlaciona-se positivamente com o medo da COVID-19. Em relação aos preditores relativos às percepções sobre a morte concluímos que a idade (no sentido inverso) e o medo da COVID-19 são preditores da ansiedade face à morte e o medo da COVID-19 e a ansiedade na saúde são preditores de duas perspetivas da morte (morte como sofrimento e morte como fracasso).

Para além disso, concluiu-se que a ansiedade face à morte está positivamente relacionada com a depressão e ansiedade na saúde, e é mais elevada nas mulheres e em jovens adultos (< 35 anos).

Relativamente às limitações desta investigação, no que diz respeito à amostra, devemos considerar a disparidade entre sujeitos do género feminino e masculino e as diferentes faixas etárias representadas. Os instrumentos para o presente estudo foram pensados de acordo com os seus objetivos, no entanto, no que diz respeito à COVID-19, apenas foi estudado o medo. Para investigações futuras seria interessante considerar outros aspetos, como por exemplo a vulnerabilidade, o conhecimento ou o impacto da pandemia.

Bibliografia

- Abdel-Khalek, A. M. (1998). Death, anxiety, and depression in lebanese undergraduates. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 37(4), 289–302. <https://doi.org/10.2190/cn5k-xf4c-2npg-17e0>
- Abdel-Khalek, A. M. (2004). Does war affect death anxiety level? Seven readings of measurements (1988–2002) before and after the iraqi invasion of kuwait. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 49(4), 287–297. <https://doi.org/10.2190/r17q-gyxq-ddqj-lv8n>
- Abdel-Khalek, A. M. (2005). Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death Studies*, 29(3), 251–259. <https://doi.org/10.1080/07481180590916371>
- 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*. Published. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Archived: WHO Timeline - COVID-19. (2020, April 28). Who.Int. <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Ariès, P. (2012). *História da morte no ocidente* (ed. Especial). Nova Fronteira.
- Barros-Oliveira, J., & Neto, F. (2004). Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte. *Análise Psicológica*, 22(2), 355–367. <https://doi.org/10.14417/ap.193>
- Becker, E. (1975). *The denial of death*. The Free Press.
- Bengtson, V. L., Cuellar, J. B., & Ragan, P. K. (1977). Stratum contrasts and similarities in attitudes toward death. *Journal of Gerontology*, 32(1), 76–88. <https://doi.org/10.1093/geronj/32.1.76>
- Blakey, S. M., & Abramowitz, J. S. (2017). Psychological predictors of health anxiety in response to the zika virus. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24(3–4), 270–278. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9514-y>
- Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(4), 775–785. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.43.4.775>
- Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(4), 775–785. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.43.4.775>
- Cotter, R. P. (2003). High risk behaviors in adolescence and their relationship to death anxiety and death personifications. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 47(2), 119–137. <https://doi.org/10.2190/38ct-e5mb-12ng-yxar>
- Derogatis, L. R. (2001). *BSI 18 – Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: Pearson
- Derogatis, L. R. (2001). *BSI 18 – Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: Pearson
- Faro, A., Dos Santos Silva, L., Dos Santos, D. N., & Feitosa, A. L. B. (2020). Adaptation and validation of the fear of COVID-19 scale. *SciELO*.
- Faro, A., Dos Santos Silva, L., Dos Santos, D. N., & Feitosa, A. L. B. (2020). Adaptation and validation of the fear of COVID-19 scale. *SciELO*.
- Feifel, H., & Nagy, V. T. (1981). Another look at fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 278–286. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.49.2.278>
- Figueiredo, C., Cunha, M., Sousa, L., & Santos, E. (2020). Impacto psicológico da pandemia da covid-19 na população geral: protocolo de revisão sistemática com meta-análise. *Millenium*, 2(ed especial nº7), 11–16. <https://doi.org/10.29352/mill0207e.01.00360>
- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23(5), 387–411. <https://doi.org/10.1080/074811899200920>
- Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning: Revised and updated* (later Printing ed.). Washington Square Pr.
- Freud, S. (1996). *Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos (1937–1939)* (Vol. 23). Imago Editora.
- Freud, S. (1996b). *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos (1932–1936): Vol. XXII*. Imago Editora.
- Freud, S. (2009). *Para além do princípio do prazer*. Relógio D'Água Editores.
- Freud, S. (2019). Considerações atuais sobre a guerra (1915). Em Freud & Einstein, *Porquê a guerra? reflexões sobre o destino no mundo* (pp. 25-55). Editora 70.

- Furer, P., & Walker, J. R. (2008). Death anxiety: A Cognitive-Behavioral approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 167–182. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.167>
- Gesser, G., Wong, P. T. P., & Reker, G. T. (1988). Death attitudes across the Life-Span: The development and validation of the death attitude profile (DAP). *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 18(2), 113–128. <https://doi.org/10.2190/0dqb-7q1e-2ber-h6yc>
- Harper, C. A., Satchell, L. P., Fido, D., & Latzman, R. D. (2020). Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00281-5>
- Heidegger, M. (2005). *Ser e tempo* (13a ed.). Editora Vozes.
- Jevremović, P. (2019). Considering life and death in psychoanalysis. *The American Journal of Psychoanalysis*, 79(2), 196–211. <https://doi.org/10.1057/s11231-019-09187-1>
- Kastenbaum, R. (2006). *The psychology of death* (3rd ed.). Springer Publishing Company.
- Koecher, G., O'Malley, J., Foster, D., & Gogan, J. (1976). Death anxiety in normal children and adolescents. *Psychiatra Clinica*, 9, 220-229.
- Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. Editora Martins Fontes.
- Laplanche, J. (1985). *Vida e morte em psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Latinne, A., Hu, B., Olival, K. J., Zhu, G., Zhang, L., Li, H., Chmura, A. A., Field, H. E., Zambrana-Torrelío, C., Epstein, J. H., Li, B., Zhang, W., Wang, L. F., Shi, Z. L., & Daszak, P. (2020). Origin and cross-species transmission of bat coronaviruses in China. *Nature Communications*, 11(1), 1–15. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-17687-3>
- 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, 102268. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102268>
- Lehto, R. H., & Stein, K. F. (2009). Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice*, 23(1), 23–41. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.23.1.23>
- Magano, J., Vidal, D. G., Sousa, H. F. P. E., Dinis, M. A. P., & Leite, N. (2021). Validation and psychometric properties of the portuguese version of the coronavirus anxiety scale (CAS) and fear of COVID-19 scale (FCV-19S) and associations with travel, tourism and hospitality. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020427>
- Magano, J., Vidal, D. G., Sousa, H. F. P. E., Dinis, M. A. P., & Leite, N. (2021). Validation and psychometric properties of the portuguese version of the coronavirus anxiety scale (CAS) and fear of COVID-19 scale (FCV-19S) and associations with travel, tourism and hospitality. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020427>
- Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of COVID-19: theoretical explanations and clinical implications. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13, 1–11. <https://doi.org/10.1017/s1754470x20000215>
- Menzies, R. E., Neimeyer, R. A., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety, loss, and grief in the time of COVID-19. *Behaviour Change*, 37(3), 111–115. <https://doi.org/10.1017/bec.2020.10>
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in march 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258>
- Morales, A., Reis, S., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2016). Portuguese validation of the short health anxiety inventory: Factor structure, reliability, and factor invariance. *Journal of Health Psychology*, 23(14), 1872–1883. <https://doi.org/10.1177/1359105316669859>
- Morales, A., Reis, S., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2016). Portuguese validation of the short health anxiety inventory: Factor structure, reliability, and factor invariance. *Journal of Health Psychology*, 23(14), 1872–1883. <https://doi.org/10.1177/1359105316669859>
- Morin, E. (1976). *O homem e a morte*. Publicações Europa-América.
- Nazaré, B., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2017). Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do brief symptom inventory 18 (BSI 18). *Análise Psicológica*, 35(2), 213–230. <https://doi.org/10.14417/ap.1287>

- Nazaré, B., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2017). Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do brief symptom inventory 18 (BSI 18). *Análise Psicológica*, 35(2), 213–230. <https://doi.org/10.14417/ap.1287>
- Neimeyer, R. A. (1994). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application*. Taylor & Francis Inc.
- Oliveira, J. (2002). Ansiedade face à morte: uma abordagem diferencial. *Psychologica*, 31, 161-176.
- Oliveira, J.H. (1998). *Viver a Morte: Abordagem Antropológica e Psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Ongider, N., & Eyuboglu, S. O. (2013). Investigation of death anxiety among depressive patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 16, 34–46.
- Paulino, M., Dumas-Diniz, R., Brissos, S., Brites, R., Alho, L., Simões, M. R., & Silva, C. F. (2020). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 44–55. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1808236>
- Pérez-Mengual, N., Aragonés-Barbera, I., Moret-Tatay, C., & Moliner-Albero, A. R. (2021). The relationship of fear of death between neuroticism and anxiety during the covid-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1–6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.648498>
- Pierce, J. D., Cohen, A. B., Chambers, J. A., & Meade, R. M. (2007). Gender differences in death anxiety and religious orientation among US high school and college students. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(2), 143–150. <https://doi.org/10.1080/13694670500440650>
- Rasmussen, C. A., & Brems, C. (1996). The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *The Journal of Psychology*, 130(2), 141–144. <https://doi.org/10.1080/00223980.1996.9914996>
- Rodin, G., & Zimmermann, C. (2008). Psychoanalytic reflections on mortality: A reconsideration. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(1), 181–196. <https://doi.org/10.1521/jaap.2008.36.1.181>
- Salkovskis, P., Rimes, K., Warwick, H., & Clark, D. (2002). The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(05), 843–853. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005822>
- Salkovskis, P., Rimes, K., Warwick, H., & Clark, D. (2002). The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(05), 843–853. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005822>
- Sartre, J. P. (1997). *O ser e o nada* (20a ed.). Editora Vozes.
- Souza, P. F. D. (2020). Notas sobre o estatuto da morte na concepção freudiana de vida. *Voluntas: Revista Internacional de Filosofia*, 11(2), 152–174. <https://doi.org/10.5902/2179378647234>
- Spilka, B., Stout, L., Minton, B., & Sizemore, D. (1977). Death and personal faith: A psychometric investigation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 16, 169-178.
- Spilka, B., Stout, L., Minton, B., & Sizemore, D. (1977). Death and personal faith: A psychometric investigation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 16, 169-178.
- Starcevic, V. (2005). Fear of death in hypochondriasis: Bodily threat and its treatment implications. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(3), 227–237. <https://doi.org/10.1007/s10879-005-4317-0>
- Stevens, S. J., Cooper, P. E., & Thomas, L. E. (1980). Age norms for templer's death anxiety scale. *Psychological Reports*, 46(1), 205–206. <https://doi.org/10.2466/pr0.1980.46.1.205>
- Stolorow, R. D. (1973). Perspectives on death anxiety: A review. *The Psychiatric Quarterly*, 47(4), 473–486. <https://doi.org/10.1007/bf01572004>
- Templer, D. I., Ruff, C. F., & Franks, C. M. (1971). Death anxiety: Age, sex, and parental resemblance in diverse populations. *Developmental Psychology*, 4(1, Pt.1), 108. <https://doi.org/10.1037/h0030389>
- Tomer, A., & Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Studies*, 20(4), 343–365. <https://doi.org/10.1080/07481189608252787>
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Fabricant, L. E., & Olatunji, B. O. (2011). Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic.

- Cognitive Therapy and Research*, 36(3), 210–218. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9353-3>
- Wu, A. M., Tang, C. S., & Kwok, T. C. (2002). Death anxiety among chinese elderly people in hong kong. *Journal of Aging and Health*, 14(1), 42–56.
<https://doi.org/10.1177/089826430201400103>
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
- Zimmerman, D. W. (2004). A note on preliminary tests of equality of variances. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 57(1), 173–181.
<https://doi.org/10.1348/000711004849222>