



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

FACULDADE  
DE  
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOSÉ PEDRO TEIXEIRA PIMENTA

***Conhecimentos em Saúde Mental, Estigma e Barreiras no  
Acesso a Cuidados***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:  
INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO  
NUNO GONÇALO GOMES FERNANDES MADEIRA

FEVEREIRO/2020

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**CONHECIMENTOS EM SAÚDE MENTAL, ESTIGMA E BARREIRAS  
NO ACESSO A CUIDADOS**

**MENTAL HEALTH KNOWLEDGE, STIGMA AND BARRIERS IN  
ACCESS TO CARE**

**Autor:** José Pedro Teixeira Pimenta <sup>1</sup>

**Orientador:** MD PhD Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano <sup>1,2</sup>

**Co-orientador:** MD Nuno Gonçalo Gomes Fernandes Madeira <sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>2</sup> Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, Portugal

<sup>3</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

**Correio eletrónico autor:** jp.teixeira1996@gmail.com

**Correio eletrónico orientador:** inesrcs@gmail.com

**Correio eletrónico co-orientador:** nunogmadeira@gmail.com

# Índice

Resumo .....	3
Abstract.....	5
Introdução.....	7
Materiais e Métodos .....	9
➤ Desenho do Estudo .....	9
➤ Instrumento.....	9
• MAKS – <i>Mental Health Knowledge Schedule</i> .....	9
• BACE-3 – <i>Barriers to Access to Care Evaluation Scale</i> .....	10
• NEO-FFI-20 – Teste de Personalidade .....	10
• QET – Questionário de Empatia de Toronto .....	11
➤ Análise Estatística .....	11
Resultados.....	12
➤ Caracterização da amostra .....	12
➤ Análise descritiva da MAKS .....	12
➤ Relação entre conhecimentos e barreiras à procura de cuidados.....	14
➤ Relação entre personalidade, conhecimento e barreiras à procura de cuidados.....	14
➤ Relação entre empatia, conhecimentos e barreiras à procura de cuidados.....	16
➤ Relação entre as variáveis sociodemográficas e conhecimentos sobre saúde mental.....	16
Discussão .....	18
➤ Conhecimentos sobre Saúde Mental (MAKS).....	18
➤ Relação entre conhecimentos (MAKS) e barreiras à procura de cuidados (BACE).....	19
➤ Relação entre Personalidade (NEO-FFI-20), o conhecimento (MAKS) e barreiras à procura de cuidados (BACE) .....	19
➤ Relação entre empatia (QET), conhecimentos (MAKS) e barreiras à procura de cuidados (BACE).....	20
➤ Limitações.....	21
Conclusão.....	22
Agradecimentos.....	23
Bibliografia .....	24
Anexo 1.....	29
Anexo 2.....	45
Anexo 3.....	46
Anexo 4.....	49
Anexo 5.....	57
Anexo 6.....	59

## Resumo

**Introdução:** Pessoas com doença mental enfrentam frequentemente obstáculos no acesso aos cuidados profissionais, com marcado prejuízo para a sua saúde. Pensa-se que estas barreiras poderão estar relacionadas com o conhecimento sobre saúde mental.

Com base nisto, o presente estudo teve como objetivo perceber esta relação entre conhecimento sobre saúde mental e barreiras no acesso aos cuidados profissionais e ainda entender de que modo estes influenciam estigmas sociais e são influenciados pela empatia e a personalidade individual.

**Métodos:** A recolha de dados realizou-se através de um questionário de autopreenchimento, disponibilizado *online*, que permitiu abordar o nível de conhecimento sobre saúde mental (MAKS - *Mental Health Knowledge Schedule*), as barreiras no acesso aos cuidados profissionais (BACE - *Barriers to Access to Care Evaluation Scale*), a empatia (Questionário de Empatia de Toronto) e os traços de personalidade individual (teste NEO-FFI-20).

A amostra populacional era constituída por 411 participantes.

Foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* de modo a correlacionar as várias escalas. Por fim, relacionaram-se algumas características da amostra com a MAKS, usando o teste U de *Mann-Whitney*.

**Resultados:** A primeira parte do questionário de conhecimentos relacionou-se com a subescala Não Estigma da BACE ( $p=0,026$ ; Coeficiente de Correlação =  $-0,110$ ), os restantes resultados foram estatisticamente insignificantes.

Em relação aos traços de personalidade, verificámos que o “Neuroticismo” se relacionou com os conhecimentos ( $p=0,048$ ; Coeficiente de Correlação =  $0,098$ ) e com as barreiras no acesso aos cuidados profissionais ( $p<0,001$ ; Coeficiente de Correlação =  $0,271$ ). A “Abertura à Experiência” mostrou relacionar-se positivamente com os conhecimentos ( $p=0,006$ ; Coeficiente de Correlação =  $0,134$ ). A “Extroversão”, por sua vez, evidenciou uma relação inversa significativa com os conhecimentos ( $p=0,025$ ; Coeficiente de Correlação =  $-0,111$ ).

Não se encontraram correlações das variáveis em estudo com a empatia.

**Discussão:** Foram estabelecidas diversas correlações entre as variáveis, mostrando que os conhecimentos da população se relacionam com os traços de personalidade, nomeadamente com o neuroticismo, extroversão e abertura à experiência e condicionam barreiras não relacionadas com o estigma.

É importante ter em consideração algumas limitações inerentes ao método de recolha de dados, pelo que estudos futuros poderão beneficiar de uma abordagem alternativa.

**Conclusão:** O conhecimento sobre saúde mental associou-se a menos barreiras não relacionadas com o estigma no acesso aos cuidados. Estas variáveis mostraram ser influenciadas pelos traços de personalidade e pela idade dos participantes.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Estigma; Conhecimento em Saúde Mental; Barreiras; Traços de Personalidade; Empatia.

## Abstract

**Introduction:** People with mental illness often face obstacles to access professional care, with negative impact on their health. It is thought that these barriers may be related to knowledge about mental health.

Based on this, the present study aimed to understand this relationship between mental health knowledge and barriers to access professional care and to understand how they influence social stigmas and are influenced by empathy and individual personality traits.

**Methods:** Data collection was carried out through a self-report questionnaire, made available online, which assessed the level of mental health knowledge (MAKS - *Mental Health Knowledge Schedule*), barriers in access to professional care (BACE - *Barriers to Access to Care Evaluation Scale*), empathy (*Toronto Empathy Questionnaire*) and individual personality traits (NEO-FFI-20 test).

The sample consisted of 411 participants.

*Spearman's* correlation was used in order to correlate the various scales. Finally, some characteristics of the sample were related to MAKS, using the *Mann-Whitney U* test.

**Results:** The first part of the knowledge scale was related to the BACE Non-Stigma subscale ( $p=0,026$ ; Correlation Coefficient =  $-0.110$ ), the remaining results were statistically non-significant.

Regarding personality traits, we found that "Neuroticism" was related to knowledge ( $p=0,048$ ; Correlation coefficient =  $0.098$ ) and to barriers in accessing professional care ( $p<0.001$ ; Correlation coefficient =  $0.271$ ). The "Openness to Experience" trait was positively related to knowledge ( $p=0,006$ ; Correlation coefficient =  $0.134$ ). "Extroversion", in turn, showed a significant negative correlation with knowledge ( $p=0,025$ ; Correlation Coefficient =  $-0.111$ ).

No correlations were found between the studied variables and empathy.

**Discussion:** Several correlations were established between the variables, showing that the population's knowledge is related to personality traits, such as neuroticism, extraversion and openness to experience. Knowledge was also found to be associated with barriers not related to stigma.

It is important to take into account some limitations inherent to the data collection method, suggesting that future studies may benefit from an alternative approach.

**Conclusion:** Mental health knowledge was associated with fewer barriers not related to stigma in access to care. These variables were shown to be influenced by individual personality traits and age of the participants.

**Keywords:** Mental Health; Stigma; Mental Health Knowledge; Barriers; Personality Traits; Empathy.

## Introdução

Problemas de saúde mental são altamente prevalentes a nível mundial. Estima-se que, em 2017, 970 milhões de indivíduos apresentavam critérios de diagnóstico para estas patologias.<sup>1</sup>

O estigma associado a problemas de saúde mental é um fenómeno global,<sup>2</sup> que persiste ao longo do tempo,<sup>3</sup> e que apresenta um impacto significativo na saúde pública, causando grave sofrimento a indivíduos que, para além de enfrentarem os sintomas resultantes da doença, enfrentam também preconceitos e discriminação social.<sup>4</sup>

O termo estigma engloba problemas de conhecimento (ignorância), atitudes (preconceito) e comportamento (discriminação).<sup>5</sup> A literatura denuncia uma relação direta entre estas três dimensões e a qualidade de vida dos indivíduos afetados: baixos níveis de conhecimento, atitudes estigmatizantes e comportamento discriminatório estão associados a uma redução dos níveis de autoestima,<sup>6,7</sup> baixo rendimento,<sup>8</sup> diminuição das oportunidades de alojamento e emprego, e a pior situação financeira.<sup>9,10</sup> Em acréscimo, o estigma apresenta-se também como uma barreira na procura de ajuda profissional,<sup>11,12</sup> causando atrasos, menor adesão à terapêutica,<sup>13-15</sup> e maiores taxas de complicações e hospitalizações.<sup>16</sup> Por fim, há ainda alguma evidência que discriminação e estigma se associam a um aumento dos gastos relativos a cuidados de saúde.<sup>17</sup>

Estudos revelam que as atitudes de uma comunidade e o estigma perante um doente mental são altamente influenciados pelo conhecimento sobre saúde mental, que condiciona a aceitação e integração destes indivíduos na sociedade,<sup>18</sup> tendo-se verificado que baixos níveis de conhecimento associavam-se a atitudes negativas, resultando em exclusão social e discriminação.<sup>19</sup> Por outro lado, níveis elevados de conhecimento sobre saúde mental relacionavam-se com menos estigma pessoal, menos comportamentos prejudiciais e maior procura de ajuda profissional.<sup>20-22</sup>

Partindo deste princípio foi proposto que uma intervenção educacional pudesse ser benéfica na rutura do ciclo negativo de estigma, reduzindo o preconceito e facilitando a procura de ajuda profissional.<sup>18,23</sup> Neste sentido, vários países lançaram campanhas com o intuito de educar a população geral, tal como o Reino Unido com a campanha “*Time to Change*”<sup>24</sup> ou o Canadá com a campanha “*Opening Minds*”.<sup>25</sup> Em Portugal desenvolveu-se o “Movimento UPA – Unidos Para Ajudar”. Iniciado em 2007, apresenta-se como uma ferramenta de combate ao estigma, cujo principal objetivo é sensibilizar a população geral para as doenças psiquiátricas, desacreditando mitos e estereótipos associados.<sup>26</sup>

Apesar dos esforços realizados no sentido de educar a população, continuamos a detetar uma alta prevalência de doentes que não recebem ajuda profissional.<sup>27,28</sup> Estudos mostram-nos que as baixas taxas de procura de ajuda profissional, além de estarem relacionadas com o baixo conhecimento sobre saúde mental, incluindo desinformação sobre as doenças mentais, sintomas e tratamentos disponíveis,<sup>29</sup> associam-se também ao receio de preconceito e discriminação contra estes doentes,<sup>27,30</sup> relacionado com o estigma, ainda muito presente na população.<sup>31,32</sup>

Deste modo, o presente estudo tem como principais objetivos avaliar os conhecimentos sobre saúde mental na população portuguesa e perceber de que modo estes se relacionam com possíveis barreiras no acesso aos cuidados médicos profissionais. Foi objetivo secundário perceber de que forma estas duas variáveis se relacionam com a empatia e personalidade individual. Por fim, procurámos ainda analisar a relação entre variáveis sociodemográficas e os conhecimentos sobre saúde mental.

## Materiais e Métodos

### ➤ Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal.

Os dados foram obtidos de forma anónima, através de um questionário de autorresposta, disponibilizado *online*, entre Setembro e Novembro de 2019, que tinha como alvo a população portuguesa, com mais de 18 anos, que soubesse ler e que consentisse participar no estudo. O questionário foi divulgado com recurso às redes sociais e a *e-mails* enviados para algumas empresas e profissionais de saúde, apelando à sua divulgação.

Tínhamos como objetivo obter uma amostra populacional de, no mínimo, 385 participantes. A dimensão da amostra foi calculada, usando uma ferramenta eletrónica ([www.raosoft.com/samplesize.html](http://www.raosoft.com/samplesize.html)), a partir de uma população de 8.500.000 indivíduos (portugueses, com mais de 18 anos), com uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%.

### ➤ Instrumento

Foi desenvolvido um questionário, que incluía um consentimento informado, e que permitiu avaliar o nível de conhecimento sobre saúde mental (Escala MAKs), as barreiras no acesso aos cuidados médicos (Escala BACE), a empatia (Questionário de Empatia de Toronto) e os traços de personalidade individual (teste NEO-FFI-20), tendo sido também recolhidos dados sociodemográficos relativos ao sexo e idade dos participantes (Anexo 1). O consentimento informado explicava todo o processo de recolha e tratamento de dados, garantindo a sua total confidencialidade e o direito de recusar ou retirar a sua participação no estudo a qualquer momento sem qualquer penalização. O estudo obteve aprovação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Anexo 2).

#### • **MAKS – *Mental Health Knowledge Schedule***

A MAKs consiste num conjunto de 12 afirmações, divididas em duas partes: Parte I, constituída pelos itens 1 a 6 e Parte II, que inclui os itens 7 a 12, sendo cada um destes cotado de 1 a 5 pontos, correspondendo 1 ponto a “Discordo Fortemente” e 5 pontos a “Concordo Fortemente”. A opção “Não sei”, considerada uma visão neutra, equivale a 3 pontos. Os itens 6, 8 e 12 são questões invertidas, devendo ser pontuadas inversamente.<sup>33</sup> A soma dos pontos obtidos nos itens 1 a 6 dar-nos-á a pontuação total da escala (Anexo 3).

Os primeiros 6 itens, correspondentes à Parte I, são úteis na caracterização do conhecimento sobre saúde mental relacionado com o estigma, abordando temas como: procura de ajuda, apoio, reconhecimento, emprego, tratamento e recuperação. Os restantes 6 itens, correspondentes à Parte II, são úteis para determinar o nível de reconhecimento e familiaridade dos participantes com várias condições: Depressão, Stress, Esquizofrenia, Doença Bipolar, Toxicodependência e Luto, e com isto contextualizar as repostas à primeira parte.<sup>34</sup>

Encontra-se validada em Portugal, apresentando um valor de  $\alpha$  de *Cronbach* de 0.341 para a Parte I, 0.200 para a Parte II e 0.285 para a totalidade da escala.<sup>35</sup> A sua versão original apresenta um valor de  $\alpha$  de *Cronbach* de 0.65 para a Parte I, não tendo sido calculados coeficientes para a Parte II.<sup>33</sup>

A MAKS foi desenvolvida como um breve indicador de conhecimento, pelo que deve ser utilizada em associação com outras escalas relacionadas com atitude e comportamento.

- **BACE-3 – *Barriers to Access to Care Evaluation Scale***

A BACE apresenta-se como um método rápido e viável de aferir as barreiras, enfrentadas pelos doentes, no acesso aos cuidados de saúde mental, podendo também ser utilizada em amostras da população geral.<sup>36</sup>

É composta por 36 afirmações, pontuadas de 0 “Nada” a 3 “Muito”, sendo que pontuações elevadas equivalem a maiores barreiras.

Os itens 3, 5, 8, 9, 12, 14, 17, 19, 21, 24, 26 e 28 formam uma subescala específica que avalia as barreiras relacionadas com estigma (Anexo 4).

A BACE-3 foi recentemente validada em Portugal, com um valor de  $\alpha$  de *Cronbach* de 0.961, tendo-se obtido um  $\alpha$  de *Cronbach* de 0.964 para a subescala relacionada com o estigma.<sup>37</sup> Na sua versão original, o valor de  $\alpha$  de *Cronbach* para a subescala relacionada com o estigma foi de 0.89.<sup>36</sup>

- **NEO-FFI-20 – Teste de Personalidade**

O NEO-FFI-20 (*NEO-Five Factor Inventory*) consiste num teste, composto por 20 afirmações, que permite avaliar a personalidade individual. Cada uma das afirmações é pontuada de 0 “Discordo Fortemente” a 4 “Concordo Fortemente” e é agrupada, uniformemente, pelas cinco dimensões básicas da personalidade humana: Neuroticismo (afirmações 1, 6, 11 e 16);

Extroversão (afirmações 2, 7, 12 e 17); Abertura à Experiência (afirmações 3, 8, 13, 18); Amabilidade (afirmações 4, 9, 14 e 19); Conscienciosidade (afirmações 5, 10, 15 e 20).<sup>38</sup>

Os itens 1, 3, 11, 13, 14, 18 e 19 são questões invertidas, devendo ser pontuadas inversamente. A soma dos pontos obtidos nos itens de cada dimensão determina a pontuação final de cada uma das cinco dimensões da personalidade, sendo que quanto mais elevada for a pontuação, mais presente estará esse traço na personalidade (Anexo 5).

Foram calculados valores de  $\alpha$  de *Cronbach* para cada uma destas dimensões: Neuroticismo ( $\alpha=0.71$ ), Extroversão ( $\alpha=0.71$ ), Abertura à Experiência ( $\alpha=0.72$ ), Amabilidade ( $\alpha=0.70$ ), Conscienciosidade ( $\alpha=0.76$ ).<sup>38</sup>

- **QET – Questionário de Empatia de Toronto**

O QET é composto por 16 afirmações que permitem avaliar atributos comumente associados a empatia como: o contágio emocional (afirmações 1 e 4), a compreensão emocional (afirmação 8), a resposta fisiológica simpática (afirmações 3, 6, 9 e 11) e o altruísmo (itens 5, 14 e 16).<sup>39</sup>

Cada uma das afirmações é pontuada de 0 “Nunca” a 4 “Sempre”. Os itens 2, 4, 7, 10, 11, 12, 14, 15 são negativamente cotados, refletindo situações de indiferença. A soma dos pontos obtidos nas 16 afirmações dar-nos-á a pontuação total da escala (Anexo 6).

O QET, na sua versão original, apresenta um  $\alpha$  de *Cronbach* de 0.85.<sup>39</sup>

➤ **Análise Estatística**

A análise estatística descritiva e inferencial dos dados foi realizada com recurso ao *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 25.

Avaliámos a normalidade de distribuição das respostas à escala MAKS, usando o teste de *Kolmogorov-Smirnov* ( $p<0.001$ ) logo, não se verificou normalidade na distribuição.

Com base nesta informação, utilizámos o coeficiente de correlação de *Spearman* (teste não paramétrico) para correlacionar os valores obtidos nas várias escalas e a variável idade. Foi também utilizado o teste U de *Mann-Whitney* para relacionar o sexo dos participantes com a MAKS.

## Resultados

### ➤ **Caracterização da amostra**

A amostra foi constituída por 411 pessoas, sendo 80% do sexo feminino.

A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 71 anos, estando a média de idades nos 22,91 ( $\pm 8,09$ ) anos.

### ➤ **Análise descritiva da MAKs**

Realizámos a análise estatística descritiva da totalidade da MAKs, verificando-se uma pontuação mínima de 28 pontos, máxima de 59 pontos e uma média de pontuações de 48,21 pontos. A Parte I apresentou uma média de 23,61 pontos, ligeiramente inferior à média de pontuações encontrada para a Parte II, que foi de 24,60 pontos.

A distribuição das respostas a cada questão e a respetiva média encontram-se individualizadas na tabela I.

As questões com melhor média de classificação foram a 10 “Doença bipolar (doença maníaco-depressiva)”, 9 “Esquizofrenia” e 7 “Depressão”. Por sua vez, os piores resultados verificaram-se nas questões 8, 5 e 12, respetivamente, “Stress”, “Pessoas com problemas de saúde mental graves podem recuperar totalmente” e “Luto”.

**Tabela I: Distribuição de respostas na MAKs e média de classificação**

Questão	Concordo Fortemente	Concordo um pouco	Não concordo, nem discordo/ Não sei	Discordo um pouco	Discordo Fortemente	Média das classificações
1. A maioria das pessoas com problemas de saúde mental deseja ter um emprego remunerado.	<b>184</b> (44,8%)	<b>112</b> (27,2%)	<b>80</b> (19,5%)	<b>23</b> (5,6%)	<b>12</b> (2,9%)	<b>4,05 ± 1,06</b>
2. Se um amigo tivesse um problema de saúde mental, eu saberia o que aconselhar para que obtivesse ajuda profissional.	<b>110</b> (26,8%)	<b>205</b> (49,9%)	<b>37</b> (9,0%)	<b>47</b> (11,4%)	<b>12</b> (2,9%)	<b>3,86 ± 1,03</b>
3. Medicação pode ser um tratamento eficaz para pessoas com problemas de saúde mental.	<b>162</b> (39,4%)	<b>173</b> (42,1%)	<b>37</b> (9,0%)	<b>31</b> (7,5%)	<b>8</b> (1,9%)	<b>4,09 ± 0,98</b>
4. A psicoterapia (como o aconselhamento psicológico) pode ser um tratamento eficaz para pessoas com problemas de saúde mental.	<b>270</b> (65,7%)	<b>119</b> (29,0%)	<b>13</b> (3,2%)	<b>7</b> (1,7%)	<b>2</b> (0,5%)	<b>4,58 ± 0,68</b>
5. Pessoas com problemas de saúde mental graves podem recuperar totalmente.	<b>50</b> (12,2%)	<b>135</b> (32,8%)	<b>88</b> (21,4%)	<b>108</b> (26,3%)	<b>30</b> (7,3%)	<b>3,16 ± 1,16</b>
6. A maioria das pessoas com problemas de saúde mental procuram ajuda de profissionais de saúde. *	<b>9</b> (2,2%)	<b>43</b> (10,5%)	<b>49</b> (11,9)	<b>205</b> (49,9%)	<b>105</b> (25,5%)	<b>3,86 ± 0,99</b>
7. Depressão	<b>336</b> (81,8%)	<b>52</b> (12,7%)	<b>10</b> (2,4%)	<b>5</b> (1,2%)	<b>8</b> (1,9%)	<b>4,71 ± 0,75</b>
8. Stress *	<b>76</b> (18,5%)	<b>126</b> (30,7%)	<b>64</b> (15,6%)	<b>75</b> (18,2%)	<b>70</b> (17,0%)	<b>2,85 ± 1,37</b>
9. Esquizofrenia	<b>380</b> (92,5%)	<b>17</b> (4,1%)	<b>11</b> (2,7%)	<b>2</b> (0,5%)	<b>1</b> (0,2%)	<b>4,88 ± 0,47</b>
10. Doença bipolar (doença maniaco-depressiva)	<b>380</b> (92,5%)	<b>22</b> (5,4%)	<b>6</b> (1,5%)	<b>3</b> (0,7%)	<b>0</b> (0,0%)	<b>4,90 ± 0,41</b>
11. Dependência de drogas	<b>160</b> (38,9%)	<b>123</b> (29,9%)	<b>56</b> (13,6%)	<b>38</b> (9,2%)	<b>34</b> (8,3%)	<b>3,82 ± 1,27</b>
12. Luto *	<b>42</b> (10,2%)	<b>79</b> (19,2%)	<b>73</b> (17,8%)	<b>87</b> (21,2%)	<b>130</b> (31,6%)	<b>3,45 ± 1,37</b>

\*Afirmções invertidas, já pontuadas corretamente.

➤ **Relação entre conhecimentos e barreiras à procura de cuidados**

Relacionámos a totalidade da escala MAKS, e as suas partes, com a totalidade da escala BACE, e as suas subescalas: Estigma e Não Estigma.

Os resultados obtidos encontram-se na tabela II.

**Tabela II: Correlação entre conhecimentos e barreiras à procura de cuidados**

		BACE Total	BACE Estigma	BACE Não Estigma
<b>MAKS Total</b>	Coeficiente de Correlação	-0,064	-0,019	-0,096
	<i>p</i>	0,198	0,702	0,052
<b>MAKS Parte I</b>	Coeficiente de Correlação	-0,082	-0,039	<b>-0,110</b>
	<i>p</i>	0,095	0,434	<b>0,026</b>
<b>MAKS Parte II</b>	Coeficiente de Correlação	-0,038	-0,021	-0,054
	<i>p</i>	0,445	0,669	0,270

Pudemos observar que a correlação entre a parte I da MAKS e a subescala “Não Estigma” da BACE ( $p=0,026$ ) era estatisticamente significativa e inversa, ou seja, maiores pontuações na parte I da MAKS (conhecimentos) associavam-se a menores pontuações na BACE Não Estigma (barreiras). No entanto, tratava-se de uma correlação muito fraca (Coeficiente de Correlação = -0,110).

➤ **Relação entre personalidade, conhecimento e barreiras à procura de cuidados**

Procurámos compreender de que modo a personalidade individual se relacionava com o conhecimento sobre saúde mental (MAKS) e com a presença de barreiras no acesso aos cuidados profissionais (BACE). Os valores de correlação obtidos e os seus respetivos níveis de significância (valores *p*) são apresentados na tabela III.

**Tabela III: Correlação entre personalidade, conhecimento e barreiras no acesso aos cuidados**

Traço de personalidade		MAKS Total	MAKS Parte I	MAKS Parte II	BACE Total	BACE Estigma	BACE Não Estigma
Neuroticismo	Coeficiente de Correlação	<b>0,098</b>	0,083	0,096	<b>0,271</b>	<b>0,258</b>	<b>0,262</b>
	<i>p</i>	<b>0,048</b>	0,094	0,051	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
Extroversão	Coeficiente de Correlação	<b>-0,111</b>	-0,032	<b>-0,153</b>	-0,040	-0,046	-0,032
	<i>p</i>	<b>0,025</b>	0,521	<b>0,002</b>	0,424	0,357	0,524
Abertura à Experiência	Coeficiente de Correlação	<b>0,134</b>	<b>0,141</b>	0,086	-0,047	-0,041	-0,051
	<i>p</i>	<b>0,006</b>	<b>0,004</b>	0,080	0,342	0,409	0,306
Amabilidade	Coeficiente de Correlação	0,052	0,081	-0,015	-0,073	-0,056	-0,077
	<i>p</i>	0,292	0,102	0,768	0,138	0,253	0,119
Conscienciosidade	Coeficiente de Correlação	0,023	0,074	-0,039	-0,058	-0,072	-0,040
	<i>p</i>	0,642	0,133	0,434	0,241	0,145	0,421

As correlações entre o “Neuroticismo” e a totalidade da MAKS ( $p=0,048$ ; Coeficiente de Correlação = 0,098), totalidade da BACE ( $p<0.001$ ; Coeficiente de Correlação = 0,271), BACE Estigma ( $p<0.001$ ; Coeficiente de Correlação = 0,258) e BACE Não Estigma ( $p<0.001$ ; Coeficiente de Correlação = 0,262) foram estatisticamente significativas e diretas, revelando que este traço se relacionava com um maior conhecimento sobre saúde mental, mas também com maiores barreiras enfrentadas.

As correlações entre a “Extroversão” e a totalidade da MAKS ( $p=0,025$ ; Coeficiente de Correlação = -0,111) e sua segunda parte ( $p=0,002$ ; Coeficiente de Correlação = -0,153) foram estatisticamente significativas e inversas, indicando que este traço estava associado a um menor conhecimento sobre saúde mental, em especial, menor reconhecimento de perturbações. Tratam-se, no entanto, de correlações inversas muito fracas.

As correlações entre a “Abertura à Experiência” e a totalidade da MAKS ( $p=0,006$ ; Coeficiente de Correlação = 0,134) e a sua primeira parte ( $p=0,004$ ; Coeficiente de Correlação = 0,141)

foram estatisticamente significativas e diretas, evidenciando que este traço se associava a maior conhecimento em saúde mental. Tratam-se, no entanto, de correlações muito fracas.

➤ **Relação entre empatia, conhecimentos e barreiras à procura de cuidados**

Avaliámos a relação da empatia com o conhecimento sobre saúde mental (MAKS) e com a perceção de barreiras no acesso aos cuidados (BACE) (Tabela IV).

Não foram encontradas correlações significativas.

**Tabela IV: Correlações entre o Questionário de Empatia de Toronto, MAKS e BACE**

	MAKS Total	MAKS Parte I	MAKS Parte II	BACE Total	BACE Estigma	BACE Não Estigma
Coefficiente de Correlação	0,032	0,056	-0,003	-0,027	-0,019	-0,024
<i>p</i>	0,515	0,259	0,958	0,587	0,696	0,621

➤ **Relação entre as variáveis sociodemográficas e conhecimentos sobre saúde mental**

• **Sexo**

Comparámos a distribuição da classificação da MAKS em cada sexo, concluindo-se que não era significativamente diferente ( $p=0,206$ ).

A média de classificação obtida pelo sexo feminino ( $48,36 \pm 4,36$ ) foi, no entanto, ligeiramente superior à obtida pelo sexo masculino ( $47,63 \pm 4,51$ ).

• **Idade**

Verificámos uma correlação estatisticamente significativa direta entre a idade e a totalidade da MAKS ( $p=0,001$ ; Coeficiente de Correlação = 0,163). Esta correlação também se verificou para a Parte I isolada ( $p<0.001$ ; Coeficiente de Correlação = 0,183) (Tabela V).

Assim sendo, concluímos que a idade se relacionava positivamente com os conhecimentos em saúde mental.

**Tabela V: Correlação Idade – Conhecimento**

		<b>MAKS Total</b>	<b>MAKS Parte I</b>	<b>MAKS Parte II</b>
<b>Idade</b>	Coeficiente de Correlação	<b>0,163</b>	<b>0,183</b>	0,072
	<i>p</i>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	0,147

Não encontrámos correlações significativas entre a idade e a BACE.

## Discussão

O principal objetivo deste estudo foi avaliar os conhecimentos sobre saúde mental na população portuguesa e perceber de que modo estes se relacionavam com possíveis barreiras no acesso aos cuidados profissionais.

Foi objetivo secundário perceber de que forma estas duas variáveis se relacionavam com os traços de personalidade individual e empatia.

### ➤ **Conhecimentos sobre Saúde Mental (MAKS)**

Quando analisado o valor médio de pontuações obtido nas diferentes partes da MAKS, concluímos que as pessoas sabem mais sobre a classificação de diferentes condições como doença mental e menos sobre questões relativas ao emprego, procura de ajuda, tratamento e recuperação.

Estes resultados podem dever-se à prevalência de estigma na população geral, que embora consiga identificar condições compatíveis com doença mental, continua a ter dificuldade em perceber como as gerir e qual o seu impacto.

Questões como stress e luto apresentaram pontuações baixas ( $2,85 \pm 1,37$ ;  $3,45 \pm 1,37$ , respetivamente), inferiores às restantes questões, o que já havia sido presenciado em estudos prévios<sup>35</sup> pelo que será importante incorporar estas temáticas em futuras campanhas de sensibilização.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, verificámos que embora não exista correlação significativa, o sexo feminino possui, em média, maior conhecimento sobre saúde mental do que o sexo masculino, o que vai de acordo com a literatura.<sup>19,20,40</sup> A idade, por sua vez, evidencia correlação direta e significativa com a MAKS, sendo que pessoas com mais idade apresentam maior conhecimento sobre saúde mental. Isto pode ser explicado porque, à medida que envelhecemos, somos expostos a mais experiências e, consequentemente, a mais conhecimento.<sup>41</sup> Esta associação é, no entanto, fraca e oposta aos resultados encontrados noutros artigos,<sup>20,42</sup> pelo que são necessários mais estudos.

### ➤ **Relação entre conhecimentos (MAKS) e barreiras à procura de cuidados (BACE)**

Existem conclusões divergentes sobre a relação entre conhecimentos e barreiras.<sup>35</sup> Vários estudos afirmam que o conhecimento está associado a uma diminuição do estigma e das barreiras no acesso aos cuidados profissionais,<sup>4,20,43-45</sup> enquanto outros concluíram que o aumento da informação se relaciona a uma tendência estável ou crescente para o “distanciamento social”, perpetuando o estigma relativo à saúde mental.<sup>3,5,46</sup>

O presente estudo evidenciou uma relação inversa entre a Parte I da MAKS e a Subescala Não Estigma da BACE, que permitiu concluir que um maior nível de conhecimento sobre questões mais práticas relacionadas com pessoas com doença mental se associava à percepção de menos barreiras não relacionadas com estigma no acesso aos cuidados profissionais.

No entanto, quando avaliada a totalidade da MAKS, verificámos que não existiu correlação entre o conhecimento sobre saúde mental e a presença de barreiras.

Após a análise deste dados, acreditamos que, embora uma intervenção educacional, baseada nos aspetos mais práticos relacionados com pessoas com doença mental seja potencialmente benéfica, esta poderá não ser suficiente para melhorar o acesso aos cuidados profissionais se realizada de forma isolada.

Assim sendo, a associação entre campanhas de educação e sensibilização, algumas das quais já em prática,<sup>48</sup> com programas que promovam inclusão e contacto social com pessoas com doenças psiquiátricas, poderá apresentar maior eficácia na redução do estigma e discriminação,<sup>47,49,50</sup> comparativamente a qualquer intervenção isolada e meramente informativa sobre doenças mentais específicas.

### ➤ **Relação entre Personalidade (NEO-FFI-20), o conhecimento (MAKS) e barreiras à procura de cuidados (BACE)**

O presente estudo permitiu-nos explorar os efeitos dos diferentes traços de personalidade nas barreiras à procura de cuidados médicos profissionais, estabelecendo diversas conclusões.

Relativamente ao “Neuroticismo”, percebemos que este se associava a um maior conhecimento sobre saúde mental (MAKS) mas também a maior percepção de barreiras no acesso aos cuidados profissionais (BACE), afetando ambas as subescalas Estigma e Não Estigma. Uma possível explicação prende-se com a necessidade de as pessoas com marcado

traço neurótico procurarem mais informação sobre saúde mental de modo a reduzirem a incerteza, mantendo, no entanto, a tendência para o “distanciamento social”.

Esta relação entre “Neuroticismo” e barreiras no acesso aos cuidados encontra-se bem documentada em vários artigos,<sup>51,52</sup> suportando o nosso resultado. Por sua vez, a sua relação com o conhecimento em saúde mental é ainda algo controversa, com alguns autores a defender que o “Neuroticismo” se associa a menor conhecimento.<sup>53</sup>

Relativamente à “Extroversão”, constatámos que este traço se associava a menor conhecimento sobre saúde mental (MAKS), mais pronunciado na classificação de diferentes condições como doença mental.

Este resultado vai de encontro com o que já havia sido encontrado em outros artigos, nos quais foi sugerido que este traço poderá estar associado a dificuldades no reconhecimento de temas e termos médicos, o que poderia justificar esta relação.<sup>53</sup>

Relativamente à “Abertura à Experiência”, verificámos que se relacionava positivamente com o conhecimento sobre saúde mental, nomeadamente, com os conhecimentos relacionados com o estigma (emprego, tratamento, recuperação, entre outros).

Vários estudos corroboram este resultado, mostrando que este traço se associa a uma maior curiosidade e, conseqüentemente, à maior procura de conhecimento.<sup>53</sup>

Perante a escassez de publicações sobre este tema, percebemos que este tópico tem sido frequentemente ignorado em estudos e em campanhas anti-estigma. Os nossos achados vêm mostrar a importância dos traços de personalidade e a necessidade de os incorporar no planeamento de futuras iniciativas de combate ao estigma e de educação em saúde mental.

### ➤ **Relação entre empatia (QET), conhecimentos (MAKS) e barreiras à procura de cuidados (BACE)**

Procurámos perceber a influência da empatia no conhecimento sobre saúde mental e nas barreiras no acesso aos cuidados profissionais, concluindo-se que, embora se verificassem correlações entre as variáveis, estas não eram estatisticamente significativas.

Após revisão da literatura médica, percebemos que este resultado não seria concordante com outros estudos realizados sobre este tema, os quais mostraram evidência de que a empatia motivava as pessoas a comportarem-se de forma mais solidária com os outros,<sup>54</sup> diminuindo atitudes preconceituosas e discriminatórias,<sup>55</sup> e promovendo o acesso aos cuidados médicos.

Este resultado poderá ser explicado pelo facto de personalidades demasiado empáticas se focalizarem na ajuda aos outros a acederem a cuidados, “esquecendo-se” de si próprias.

Com base nisto, pensámos que poderá ser interessante a realização de estudos mais aprofundados de modo a esclarecer melhor esta relação, potencialmente útil no combate às barreiras no acesso a cuidados.

### ➤ **Limitações**

Apesar de se tratar de um estudo com uma grande amostra populacional, as observações feitas devem ser avaliadas tendo em conta algumas limitações.

Primeiro, pelo facto de a recolha de dados ter sido realizada através de um questionário de autorresposta, disponibilizado *online*, não podemos afirmar se a amostra é representativa da população geral, visto que não conhecemos a identidade dos participantes e o seu *background*. Pela mesma razão, os resultados encontrados não deverão ser generalizados à população geral, dado à amostra ser maioritariamente constituída por indivíduos mais jovens (18-25 anos), com acesso às tecnologias de informação, não abrangendo a população infoexcluída.

Por este motivo, pensamos que estudos futuros poderão beneficiar de uma abordagem diferente, como a amostragem aleatória estratificada, recolhida também por outros meios, que permitirá obter uma perspetiva muito mais completa sobre estigmas sociais e as variáveis associadas.

Por fim, temos ainda de considerar a possibilidade de viés por desejabilidade social, em que as respostas dadas pelos participantes poderão não ser compatíveis com o seu comportamento real.

## Conclusão

O presente estudo permitiu concluir que maior conhecimento sobre saúde mental se associava a menos barreiras não relacionadas com o estigma no acesso aos cuidados profissionais. Adicionalmente, verificámos que os traços de personalidade influenciavam estas variáveis, estando o neuroticismo e a abertura à experiência associados a maior conhecimento e a extroversão associada a menor conhecimento. A idade mostrou também relação positiva com os conhecimentos.

Esperamos que este estudo seja uma das bases para a investigação de novas estratégias de combate ao estigma social e que as várias conclusões obtidas promovam a sensibilização para doença mental e consequente redução das barreiras no acesso aos cuidados profissionais, em Portugal.

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Inês Rosendo e ao Doutor Nuno Madeira, pelo apoio, orientação e paciência.

À minha família por tudo, sempre.

Às amizades que foram e serão a minha família em Coimbra.

Ao amor que encontrei pelo caminho.

## Bibliografia

1. Ritchie H, Roser M. Mental Health. Our World Data. 2019;
2. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2009;373(9661):408–15.
3. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125(6):440–52.
4. Corrigan P, Watson A. The impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002;1:16–20.
5. Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius N. AUTHOR'S PROOF Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry*. 2007;190:192–3.
6. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010;71(12):2150–61.
7. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv*. 2001;52(12):1621–6.
8. Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S, de Graaf R, Haro JM, de Girolamo G, et al. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *J Affect Disord*. 2009;118(1–3):180–6.
9. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005;20(8):529–39.
10. Sharac J, Mccrone P, Clement S, Thornicroft G. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* The economic impact of mental health stigma and discrimination : A systematic review The economic impact of mental health stigma and discrimination : A systematic review. 2013;(2010):223–32.
11. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010;10(1):113.
12. Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol*

- Psichiatr Soc. 2008;17(1):14–9.
13. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry*. 2001;178(FEB.):145–53.
  14. Garcia C, Golay P, Favrod J, Bonsack C. French translation and validation of three scales evaluating stigma in mental health. *Front Psychiatry*. 2017;8(DEC).
  15. Sirey JA, Ph D, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry*. 2001;158(March):479–81.
  16. Rüsç N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Larson JE, Olschewski M, et al. Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *Br J Psychiatry*. 2009;195(6):551–2.
  17. Osumili B, Henderson C, Corker E, Hamilton S, Pinfold V, Thornicroft G, et al. The economic costs of mental health-related discrimination. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;134:34–44.
  18. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *Br J Psychiatry*. 1996;168(FEB.):191–8.
  19. Abi Doumit C, Haddad C, Sacre H, Salameh P, Akel M, Obeid S, et al. Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. *PLoS One*. 2019;14(9):e0222172.
  20. Hansson L, Stjernswärd S, Svensson B. Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009–2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;134:71–9.
  21. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry*. 2008;8:1–12.
  22. Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G. Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009–2012. *Br J Psychiatry*. 2013;202(SUPPL.55):51–8.
  23. Evans-Lacko S, Brohan E, Mojtabai R, Thornicroft G. Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychol Med*. 2012;42(8):1741–52.
  24. Henderson C, Thornicroft G. Stigma and discrimination in mental illness: Time to

- Change. *Lancet*. 2009;373(9679):1928–30.
25. Stuart H, Chen S, Christie R, Dobson K, Kirsh B, Knaak S, et al. Opening Minds in Canada Background. *CanJPsychiatry*. 2014;59.
  26. Report MU. Anti stigma campaign. 2014;
  27. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health*. 2013/03/14. 2013 May;103(5):777–80.
  28. PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt). 2017;
  29. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1).
  30. Salaheddin K, Mason B. Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK:a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. 2016;66(651):e686–92.
  31. São João R, Coelho T, Ferreira C, Castelo A, Massano M. ESTIGMA NA DOENÇA MENTAL: ESTUDO OBSERVACIONAL E PILOTO EM PORTUGAL Mental illness stigma: an observational and pilot study in Portugal. *Rev da UIIPS*. 2017;5(2):171–85.
  32. Xavier M, Paixão I, Mateus P, Goldschmidt T, Pires P, Narigão M, et al. Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Inês Pestana António Pires Preto. 2017;1–32.
  33. S. E-L, K. L, H. M, D. R, D. R, C. H, et al. Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *Can J Psychiatry*. 2010;55(7):440–8.
  34. Li J, Fan Y, Zhong H-Q, Duan X-L, Chen W, Evans-Lacko S, et al. Effectiveness of an anti-stigma training on improving attitudes and decreasing discrimination towards people with mental disorders among care assistant workers in Guangzhou, China. *Int J Ment Health Syst*. 2019;13(1):1.
  35. Camarneiro ACV. Conhecimentos sobre saúde mental-validação da versão portuguesa da MAKS.pdf. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2018.
  36. Clement S, Brohan E, Jeffery D, Henderson C, Hatch SL, Thornicroft G. Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry*. 2012;12(1).
  37. Miranda AFP. Barriers to Access to Care Evaluation : Portuguese adaptation of a mental healthcare psychometric instrument. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2018.

38. Bertoquini V, Pais-Ribeiro J. NEO-FFI: estudo psicométrico. 2004 Jan 1;
39. Spreng RN, McKinnon MC, Mar RA, Levine B. The Toronto Empathy Questionnaire: scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *J Pers Assess*. 2009 Jan;91(1):62–71.
40. Sin J, Murrells T, Spain D, Norman I, Henderson C. Wellbeing, mental health knowledge and caregiving experiences of siblings of people with psychosis, compared to their peers and parents: an exploratory study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(9):1247–55.
41. Ahmed N, Baruah A. Awareness about mental illness among the family members of persons with mental illness in a selected District of Assam. *Indian J Soc Psychiatry*. 2017;33(2):171.
42. Buizza C, Ghilardi A, Ferrari C. Beliefs and Prejudices Versus Knowledge and Awareness: How to Cope Stigma Against Mental Illness. A College Staff E-survey. *Community Ment Health J*. 2017;53(5):589–97.
43. Rüsç N. Knowledge and Attitudes as Predictors of Intentions to Seek Help for and Disclose a Mental Illness. *Psychiatr Serv*. 2011;62(6):675.
44. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The impact of beyondblue: The national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(4):248–54.
45. Henderson C, Robinson E, Evans-Lacko S, Corker E, Rebollo-Mesa I, Rose D, et al. Public knowledge, attitudes, social distance and reported contact regarding people with mental illness 2009–2015. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;134:23–33.
46. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: A trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry*. 2009 May 1;24(4):225–32.
47. Direção Geral de Saúde. Saúde Mental e Arte- Formas de Expressão pela pintura, escultura e fotografia. 2013. 80 p.
48. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. “A disease like any other”? a decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry*. 2010;167(11):1321–30.
49. Corrigan PW, River PL, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Champion J, et al. Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness. *Schizophr Bull*.

- 2001;27(2):187–95.
50. Corrigan PW. Strategic stigma change (SSC): Five principles for social marketing campaigns to reduce stigma. *Psychiatr Serv.* 2011;62(8):824–6.
  51. Yuan Q, Seow E, Abdin E, Chua BY, Ong HL, Samari E, et al. Direct and moderating effects of personality on stigma towards mental illness. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):1–10.
  52. De Julio S, Duffy K. Neuroticism and proxemic behavior. *Percept Mot Skills.* 1977;45(1):51–5.
  53. Kim H, Zhang Q, Svyrenko R. Personality Traits and Health Literacy. *J Fam Med Community Heal.* 2017;4(1):1102.
  54. Dovidio JF, Gaertner SL. Intergroup Contact: The Past , Present , and the Future. 2003;6(1):5–21.
  55. Furnham A, Sjkqvist P. Empathy and Mental Health Literacy. 2017;1(2):31–40.

## Anexo 1

### Questionário sobre Conhecimentos em Saúde Mental

#### Conhecimentos em Saúde Mental

##### Formulário de informação e consentimento informado:

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo se souber ler português, e tiver mais de 18 anos.

A sua participação contribuirá para avaliar e melhorar o conhecimento sobre saúde mental e sobre as barreiras no acesso aos cuidados médicos.

Este estudo encontra-se aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, de modo a garantir a proteção dos direitos, privacidade e bem-estar de todos os participantes incluídos. Se aceitar participar, iremos solicitar o preenchimento de um conjunto de questionários, que demoram cerca de 8 minutos a responder, que abordam o nível de conhecimentos sobre saúde mental (MAKS), as barreiras no acesso aos cuidados médicos (BACE-3) o nível de empatia (QET) e os traços de personalidade (NEO-FFI-20). Não há respostas certas nem erradas, o que procuramos é que responda com a opção que mais se aplica a si.

Depois de compreender o estudo, é inteiramente livre de aceitar ou recusar a sua participação e pode abandonar a qualquer altura sem qualquer penalização.

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com o regulamento e leis aplicáveis.

Na presença de qualquer questão acerca do estudo, não hesite em contactar:

José Pimenta

e-mail: jp.teixeira1996@gmail.com

##### 1. Sexo

Feminino

Masculino

##### 2. Idade:

##### 3. Data de preenchimento:

## Escala de Conhecimento em Saúde Mental

**Instruções:** Para cada uma das frases, responda escolhendo uma opção apenas. Problemas de saúde mental referem-se, por exemplo, a doenças pelas quais um indivíduo teria de ser visto por profissionais de saúde.

**1. A maioria das pessoas com problemas de saúde mental deseja ter um emprego remunerado.**

- Concordo fortemente
- Concordo um pouco
- Não concordo nem discordo
- Discordo um pouco
- Discordo fortemente
- Não sei

**2. Se um amigo tivesse um problema de saúde mental, eu saberia o que aconselhar para que obtivesse ajuda profissional.**

- Concordo fortemente
- Concordo um pouco
- Não concordo nem discordo
- Discordo um pouco
- Discordo fortemente
- Não sei

**3. Medicação pode ser um tratamento eficaz para pessoas com problemas de saúde mental.**

- Concordo fortemente
- Concordo um pouco
- Não concordo nem discordo
- Discordo um pouco
- Discordo fortemente
- Não sei

**4. A psicoterapia (como o aconselhamento psicológico) pode ser um tratamento eficaz para pessoas com problemas de saúde mental.**

- Concordo fortemente
- Concordo um pouco
- Não concordo nem discordo
- Discordo um pouco
- Discordo fortemente
- Não sei

**5. Pessoas com problemas de saúde mental graves podem recuperar totalmente.**

- Concordo fortemente
- Concordo um pouco
- Não concordo nem discordo
- Discordo um pouco
- Discordo fortemente
- Não sei

**6. A maioria das pessoas com problemas de saúde mental procuram ajuda de profissionais de saúde.**

- Concordo fortemente
- Concordo um pouco
- Não concordo nem discordo
- Discordo um pouco
- Discordo fortemente
- Não sei

**Instruções:** Para os seguintes itens, diga se acha que cada uma das condições abaixo é um tipo de doença mental, assinalando uma opção apenas.

### 7. Depressão

- Concordo fortemente
- Concordo um pouco
- Não concordo nem discordo
- Discordo um pouco
- Discordo fortemente
- Não sei

### 8. Stress

- Concordo fortemente
- Concordo um pouco
- Não concordo nem discordo
- Discordo um pouco
- Discordo fortemente
- Não sei

### 9. Esquizofrenia

- Concordo fortemente
- Concordo um pouco
- Não concordo nem discordo
- Discordo um pouco
- Discordo fortemente
- Não sei

### 10. Doença bipolar (doença maníaco-depressiva)

- Concordo fortemente
- Concordo um pouco
- Não concordo nem discordo
- Discordo um pouco
- Discordo fortemente
- Não sei

### 11. Dependência de drogas

- Concordo fortemente
- Concordo um pouco
- Não concordo nem discordo
- Discordo um pouco
- Discordo fortemente
- Não sei

### 12. Luto

- Concordo fortemente
- Concordo um pouco
- Não concordo nem discordo
- Discordo um pouco
- Discordo fortemente
- Não sei

## Avaliação das Barreiras no Acesso a Cuidados

**Instruções:** Em baixo poderá encontrar uma lista de situações que podem impedir, atrasar ou desencorajar a procura, ou continuação, de cuidados profissionais para um problema de saúde mental.

Por cuidados profissionais, referimo-nos a cuidados prestados por um médico de família, um membro de equipas comunitárias de saúde mental, psiquiatras, conselheiros, psicólogos ou psicoterapeutas.

Alguma destas questões já o/a impediu, atrasou ou desencorajou de procurar, ou manter, cuidados profissionais para um problema de saúde mental?

Selecione a opção que mais se aplica.

#### 1. Não ter a certeza sobre onde procurar ajuda profissional.

0	1	2	3		
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

#### 2. Querer resolver o problema sozinho(a).

0	1	2	3		
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**3. Receio de que poderia ser visto como fraco(a) por ter um problema de saúde mental.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**4. Medo de ser hospitalizado contra a minha vontade.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**5. Receio de que poderia prejudicar as minhas chances na procura de emprego.**

Se não aplicável avançar para a afirmação seguinte.

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**6. Dificuldades com transporte ou ida para as consultas.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**7. Pensar que o problema poderia resolver-se por si próprio.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**8. Receio sobre o que a minha família poderia pensar, dizer, fazer ou sentir.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**9. Sentir-se constrangido(a) ou envergonhado(a).**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**10. Preferir cuidados alternativos (p. ex. medicina tradicional, cura religiosa ou terapias alternativas/complementares).**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**11. Não ser capaz de suportar os custos financeiros envolvidos.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**12. Receio de que possa ser visto(a) como "louco(a)".**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**13. Pensar que os cuidados profissionais provavelmente não iriam ajudar.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**14. Receio de que poderia ser visto(a) como um mau(má) pai(mãe).**

Se não aplicável avançar para a afirmação seguinte.

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**15. Profissionais do meu grupo étnico ou cultural não estarem disponíveis.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**16. Sentir-me demasiado mal para pedir ajuda.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**17. Preocupação de que pessoas minhas conhecidas pudessem descobrir.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**18. Não gostar de falar sobre os meus sentimentos, emoções ou pensamentos.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**19. Receio de que as pessoas poderiam não me levar a sério se descobrissem que estava a receber cuidados profissionais.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**20. Preocupação sobre os tratamentos disponíveis (por exemplo: efeitos colaterais da medicação).**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**21. Não querer que um problema de saúde mental constasse no meu processo clínico.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**22. Experiências prévias desagradáveis com cuidados profissionais de saúde mental.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**23. Preferir receber ajuda de familiares ou amigos.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**24. Receio de que os meus filhos me pudessem ser retirados pelos Serviços Sociais ou que pudesse perder o acesso ou custódia sem o meu consentimento.**

Se não aplicável avançar para a afirmação seguinte.

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**25. Pensar que não tinha um problema.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**26. Preocupação sobre o que os meus amigos poderiam pensar, dizer ou fazer.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**27. Dificuldade em arranjar dispensa do trabalho.**

Se não aplicável avançar para a afirmação seguinte.

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**28. Preocupação sobre o que as pessoas do trabalho poderiam pensar, dizer ou fazer.**

Se não aplicável avançar para a afirmação seguinte.

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**29. Enfrentar dificuldades em cuidar dos filhos enquanto recebia cuidados profissionais.**

Se não aplicável avançar para a afirmação seguinte.

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**30. Não ter ninguém que me pudesse ajudar a obter cuidados profissionais.**

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

**Teste de Personalidade**

**Instruções:** Para cada uma das frases, responda escolhendo uma opção apenas.

Assinale Discordo Fortemente se a afirmação for definitivamente falsa ou se discordar fortemente dela.

Assinale Discordo se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se discordar dela. Assinale Neutro se a afirmação for igualmente falsa e verdadeira, se não se decidir ou se a sua posição perante o que foi dito é completamente neutra.

Assinale Concordo se a frase for, na maior parte das vezes, verdadeira ou se concordar com ela.

Assinale Concordo Fortemente se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

**1. Raramente estou triste ou deprimido(a).**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**2. Sou uma pessoa alegre e bem-disposta.**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**3. A poesia pouco ou nada me diz.**

- Discordo Fortemente

- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**4. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**5. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**6. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**7. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**8. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**9. A minha primeira reação é confiar nas pessoas.**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**10. Sou uma pessoa muito competente.**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**11. Raramente me sinto só ou abatido(a).**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**12. Sou uma pessoa muito ativa.**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**13. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**14. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**15. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**16. Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**17. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**18. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.**

- Discordo Fortemente

- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**19. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**20. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.**

- Discordo Fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo Fortemente

**Questionário de Empatia de Toronto**

**Instruções:** Em baixo irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor leia cada afirmação cuidadosamente e classifique quão frequentemente se sente ou comporta da maneira descrita. Responda assinalando apenas uma opção.

Não existem respostas certas ou erradas ou perguntas "traíçoeiras". Por favor responda a cada questão tão honestamente quanto consiga.

**1. Quando outra pessoa se sente animada, tenho tendência a sentir-me animado(a) também.**

0	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

**2. Os infortúnios dos outros não me perturbam muito.**

"Nunca" indica que não o/a perturba; "Sempre" indica que o/a perturba constantemente.

0	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

**3. Incomoda-me ver alguém ser tratado de forma desrespeitosa.**

0	1	2	3	4		
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

**4. Permaneço indiferente quanto alguém que me é próximo está feliz.**

0	1	2	3	4		
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

**5. Tenho prazer em fazer as outras pessoas felizes.**

0	1	2	3	4		
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

**6. Tenho sentimentos de compaixão e preocupação com pessoas menos afortunadas que eu.**

0	1	2	3	4		
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

**7. Quando um(a) amigo(a) começa a falar dos seus problemas, tenho dificuldade em mudar o tema da conversa.**

0	1	2	3	4		
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

**8. Consigo perceber quando outras pessoas estão tristes, mesmo quando não dizem nada.**

0	1	2	3	4		
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

**9. Perceber que estou “sintonizado(a)” com o estado de ânimo das outras pessoas.**

0	1	2	3	4		
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

**10. Não sinto simpatia por pessoas que causam as suas próprias doenças graves.**

"Nunca" indica que não sente simpatia; "Sempre" indica que sente simpatia constantemente.

0	1	2	3	4		
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

**11. Sinto-me irritado quando alguém chora.**

0	1	2	3	4		
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

**12. Não me interessa realmente pela forma como as outras pessoas se sentem.**

"Nunca" indica que não se interessa realmente; "Sempre" indica que se interessa.

0	1	2	3	4		
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

**13. Sinto um forte impulso para ajudar quanto vejo alguém em dificuldades.**

0	1	2	3	4		
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

**14. Quando vejo alguém a ser tratado(a) de forma injusta, não sinto muito pena dele(a).**

"Nunca" indica que não sente pena; "Sempre" indica que sente pena constantemente.

0	1	2	3	4		
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

**15. Acho tolo que as pessoas chorem de felicidade.**

0	1	2	3	4		
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

**16. Quando vejo alguém ser explorado(a), sinto vontade de o(a) proteger.**

0	1	2	3	4		
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

## Anexo 2

Aprovação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra



### COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref<sup>o</sup> **135-CE-2019**

Data 25/11/2019

C/C aos Exmos. Senhores  
Investigadores e co-investigadores

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro  
Director da Faculdade de Medicina de  
Universidade de Coimbra

**Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projeto de Investigação autónomo (ref<sup>o</sup> CE-135/2019).**

**Investigador(a) Principal:** José Pedro Teixeira Pimenta

**Co-Investigador(es):** Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano e Nuno Gonçalo Gomes Fernandes Madeira

**Título do Projeto:** "*Conhecimentos em Saúde Mental*".

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projeto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

**"Parecer favorável".**

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos,

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

HC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: [comissaoetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt) | [www.fmed.uc.pt](http://www.fmed.uc.pt)

## Anexo 3

### MAKS – Mental Health Knowledge Schedule

Mental Health Knowledge Schedule		MAKS					
Instructions: For each of statements 1– 6 below, respond by <b>ticking one box only</b> . Mental health problems here refer, for example, to conditions for which an individual would be seen by healthcare staff.		Agree strongly	Agree slightly	Neither agree nor disagree	Disagree slightly	Disagree strongly	Don't know
1	Most people with mental health problems want to have paid employment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	If a friend had a mental health problem, I know what advice to give them to get professional help.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Medication can be an effective treatment for people with mental health problems.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Psychotherapy (eg counseling or talking therapy) can be an effective treatment for people with mental health problems.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	People with severe mental health problems can fully recover.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Most people with mental health problems go to a healthcare professional to get help.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instructions: For items 7-12, say whether you think each condition is a type of mental illness by <b>ticking one box only</b> .							
7	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Schizophrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Bipolar disorder (manic depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Drug addiction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Grief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Thank you very much for your help.

Mental Health Knowledge Schedule MAKS 10 © 2009 Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London. Contact: Professor Graham Thornicroft. Email: graham.thornicroft@kcl.ac.uk

## **Instructions for Using the Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)**

### **Background**

The MAKS is a mental health knowledge related measure which comprises domains of relevant evidence based knowledge in relation to stigma reduction which can be used in conjunction with attitude- and behaviour-related measures with the general public. The MAKS is based on literature review and expert consultation (including stigma researchers and service users). It comprises 6 stigma-related mental health knowledge areas: help-seeking, recognition, support, employment, treatment, and recovery and 6 items which inquire about knowledge of mental illness conditions.

### ***Feasibility***

The MAKS can be self-administered either in person or online. The average time for self-completion of the MAKS is about 1-2 minutes. The MAKS should be used in accordance with Good Clinical Practice and Ethics committee approval.

### ***Scoring***

MAKS items are scored on an ordinal scale (1 to 5). Items in which the respondent strongly agrees with a correct statement have a value of 5 points while 1 point reflects a response in which the respondent strongly disagrees with a correct statement. “Don’t know” is coded as neutral (that is, 3) for the purposes of determining a total score. Items 6, 8, and 12 are reverse coded to reflect the direction of the correct response. Items 1-6 are used to determine the total score. Items 7 to 12 are designed to establish levels of recognition and familiarity with, various conditions and also to help contextualize the responses to other items. For example, it

is important to know if broadening one's conceptualization of mental illness influences participants subsequently responses to questions.

### **Conditions of use**

Permission to use the MAKS is granted on condition that:

- No changes are made to the MAKS
- The copyright information in the footer is included
- The MAKS is not passed on to a third party
- The scale should not be used for profit
- Please cite the reference below when referring to the MAKS

For additional detail on the instrument development and psychometric properties please refer to:

Evans-Lacko, S; Little K; Meltzer H; Rose D; Rhydderch D; Henderson C; Thornicroft G.

Development and Psychometric Properties of the Mental Health Knowledge Schedule

(MAKS) (Canadian Journal of Psychiatry 2010 Jul; 55, 440-448.)

## Anexo 4

### BACE-3 – Barriers to Access to Care Evaluation Scale

Barriers to Access to Care Evaluation		BACE-3			
<b>Instructions:</b>					
Below you can see a list of things which can stop, delay or discourage people from getting professional care for a mental health problem, or continuing to get help.					
By professional care, we mean care from staff such as a GP (family doctor), member of a community mental health team (e.g. care coordinator, mental health nurse or mental health social worker), psychiatrist, counsellor, psychologist or psychotherapist.					
<b>Have any of these issues ever stopped, delayed or discouraged you from getting, or continuing with, professional care for a mental health problem?</b>					
Please circle one number on each row to indicate the answer that best suits you. For 'not applicable' please cross the 'not applicable' box.		This has stopped, delayed or discouraged me:			
		not at all	a little	quite a lot	a lot
1	Being unsure where to go to get professional care.	0	1	2	3
2	Wanting to solve the problem on my own.	0	1	2	3
3	Concern that I might be seen as weak for having a mental health problem.	0	1	2	3
4	Fear of being put in hospital against my will.	0	1	2	3
5	Concern that it might harm my chances when applying for jobs. <input type="checkbox"/> not applicable	0	1	2	3
6	Problems with transport or travelling to appointments.	0	1	2	3
7	Thinking the problem would get better by itself.	0	1	2	3
8	Concern about what my family might think, say, do or feel.	0	1	2	3
9	Feeling embarrassed or ashamed.	0	1	2	3
10	Preferring to get alternative forms of care (e.g. traditional/religious healing or alternative/complementary therapies).	0	1	2	3
11	Not being able to afford the financial costs involved.	0	1	2	3
12	Concern that I might be seen as 'crazy'.	0	1	2	3
13	Thinking that professional care probably would not help.	0	1	2	3
14	Concern that I might be seen as a bad parent. <input type="checkbox"/> not applicable	0	1	2	3

Barriers to Care Evaluation (BACE-3) scale © 2011. Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London.  
 Contact: Dr Sarah Clement, sarah.clement@kcl.ac.uk, Professor Graham Thornicroft, graham.thornicroft@kcl.ac.uk  
 Clement S, Brohan E, Jeffery D, Henderson C, Hatch SL, Thornicroft G. Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. BMC Psychiatry, 2012 12:36.

## Barriers to Access to Care Evaluation

**BACE-3** page 2

Please circle one number on each row to indicate the answer that best suits you. For 'not applicable' please cross the 'not applicable' box.		This has stopped, delayed or discouraged me:			
		not at all	a little	quite a lot	a lot
15	Professionals from my own ethnic or cultural group not being available.	0	1	2	3
16	Being too unwell to ask for help.	0	1	2	3
17	Concern that people I know might find out.	0	1	2	3
18	Dislike of talking about my feelings, emotions or thoughts.	0	1	2	3
19	Concern that people might not take me seriously if they found out I was having professional care.	0	1	2	3
20	Concerns about the treatments available (e.g. medication side effects).	0	1	2	3
21	Not wanting a mental health problem to be on my medical records.	0	1	2	3
22	Having had previous bad experiences with professional care for mental health.	0	1	2	3
23	Preferring to get help from family or friends.	0	1	2	3
24	Concern that my children may be taken into care or that I may lose access or custody without my agreement. not applicable <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
25	Thinking I did not have a problem.	0	1	2	3
26	Concern about what my friends might think, say or do.	0	1	2	3
27	Difficulty taking time off work.	0	1	2	3
28	Concern about what people at work might think, say or do. not applicable <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
29	Having problems with childcare while I receive professional care. not applicable <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
30	Having no one who could help me get professional care.	0	1	2	3

Barriers to Care Evaluation (BACE-3) scale © 2011. Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London.  
 Contact: Dr Sarah Clement, sarah.clement@kcl.ac.uk, Professor Graham Thornicroft, graham.thornicroft@kcl.ac.uk  
 Clement S, Brohan E, Jeffery D, Henderson C, Hatch SL, Thornicroft G. Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. BMC Psychiatry, 2012 12:36.

**Barriers to Care Evaluation (BACE):  
A measure to assess barriers to accessing care for mental ill health**

**Manual for Researchers  
(v4, November 2012)**

**Contents**

1. Background and overview	page 2
2. How to use	page 2
3. Version	page 2
4. Translating the BACE	page 3
5. Scoring the BACE	page 4
6. Conditions of use	page 5
7. Key paper and psychometric properties	page 5
8. Contacts	page 6.

## 1. Background and overview

The BACE scale was developed and validated at the Health Services and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London. This research was commissioned by the National Institute for Health Research (NIHR) under its Programme Grants for Applied Research scheme (RP-PG-0606-1053) (SAPPHIRE Programme on Stigma and Discrimination in Mental Health). The views expressed in this publication are those of the author(s) and not necessarily those of the NHS, the NIHR or the Department of Health.

The BACE is designed to assess barriers to mental health care for people with mental health problems. It includes barriers related to, and unrelated to, stigma and discrimination. It has 30 items. It contains a 12-item subscale which measures the extent to which stigma and discrimination are barriers to care ('treatment stigma'). It encompasses both barriers to initial access and continued service use. It is suitable for use with community samples and samples already in contact with services.

## 2. How to use

The BACE scale is self-administered and usually requires about five minutes to complete. It may also be used in an interview context. Researchers may opt to use either the whole scale or the treatment stigma subscale may be used alone.

This BACE should be used in accordance with IRB / ethical committee approval. Under no circumstances should any changes be made without the authors' permission, nor should this scale be used for profit.

## 3. Versions

Versions 1 and 2 of the BACE were part of its development and are not for use by researchers. BACE v3 is the amended scale after psychometric validation. This is the version available for use by others.

The BACE may also be used as an outcome measure for help-seeking interventions, by changing the time period from 'have any of these issues ever stopped you' to 'Currently do any of these issues stop you'. A version using this wording is currently being used in a study in Switzerland.

In the SAPPHIRE MIRIAD study we are currently using a version with four extra questions (two arising from suggestions from the participants in the validation study (detailed in the BACE key paper – see section 6) and two which may be of particular use in ethnically diverse populations: 'Concern that mental health staff will not understand cultural issues that are important to me' and 'Concern that I will be treated unfairly by mental health staff or services because of my ethnic background'. The version with additional items has yet to be validated. In that study we are also using a version of the BACE for informal carers / family members of people with mental health problems, again yet to be validated.

We maintain a list of translated versions – please contact us before making any translations yourself (see section 4).

#### 4. Translating the BACE

Researchers should prepare a version of BACE in their own language following the guidance below, first checking with the BACE developers (see Contact Us section) whether a translated version has already been made in which case we will forward this to you, together with the contact details of the group who made the translation so that you can consider using the existing version.

##### *Translation stage*

Please arrange for the BACE to be translated into your local language. Ensure that the translator has the local (target) language as his/her first language, and has English as his/her second language. If feasible it may be helpful to have two translators working together. Then discuss this translation within your study team to resolve any disputed items.

If feasible, it is helpful at this stage to have bi-lingual experts read through both versions checking for coherence and cultural applicability.

##### *Back-translation stage*

Next back-translate BACE into English, using a different translator whose first language is English and whose second language is your local language. Your study team then meets to discuss this back-translated version and to compare it with the original English version, leading to any further revisions that are necessary, and a list of the remaining disputed items for discussion with the focus group.

You could contact the BACE developers at this stage for any further advice on the intended meaning of the items.

##### *Focus group stage*

Ideally you should also carry out what is called 'concept checking' (which means validating the scale items with a group of people similar to those who will be interviewed), it is necessary for you to arrange one focus group. This should include of 6-10 participants of the target group (e.g., with a clinical diagnosis of schizophrenia who meet with 2 coordinators from your study group. The coordinators need to control both the questions to be asked and the group dynamics. The coordinators need to introduce the BACE and then to discuss each BACE item in turn to ask for comments from the service users on the phrasing of the items and how far they are understandable. Tape-record the meeting and after the meeting prepare a summary outlining the most important ideas and conclusions. Then prepare your final local language version of BACE, using the information you have gathered from all these stages.

##### *References on translating scales*

For more detailed guidance on this procedure please see:

Knudsen H., Vazquez-Barquero J., Welcher B., Gaité L., Becker T., Chisholm D., Ruggeri M., Schene A., Thornicroft G., and the Epsilon Study Group (2000). Translation and cross-cultural adaption of outcome measurements for schizophrenia: EPSILON Study 2. *British Journal of Psychiatry*, 176, s39, 2/1-7.

You may also be interested in:

Sartorius, N. & Kuyken, W. (1994). Translation of Health Status Instruments. In J.Orley and W.Kuyken (Eds.). Quality of Life Assessment: International Perspectives. Springer-Verlag, Berlin.

## 5. Scoring the BACE

The BACE has response categories from 0 (not at all) to 3 (a lot) with higher scores indicating a greater barrier. For each barrier three different scores may be given:

- 1) The mean of the response scores
- 2) The percentage reporting they have experienced the barrier to any degree (i.e. the % circling 1, 2 or 3)
- 3) The percentage experiencing the barrier as a major barrier (i.e. the % circling 3)

The BACE treatment stigma subscale score is the mean of stigma-related barriers ratings for applicable items. The stigma-related barriers are items 3, 5, 8, 9, 12, 14, 17, 19, 21, 24, 26 and 28.

We have reproduced the SPSS syntax for creating the treatment stigma subscale score below for you to use if you wish (you will need to either use the same variable names as below or adapt the syntax to match your own).

```

RECODE
  BACE5
  (-8=0) (0 thru 3=1) INTO BACE5applic .
EXECUTE .
RECODE
  BACE14
  (-8=0) (0 thru 3=1) INTO BACE14applic .
EXECUTE .
RECODE
  BACE24
  (-8=0) (0 thru 3=1) INTO BACE24applic .
EXECUTE .
RECODE
  BACE28
  (-8=0) (0 thru 3=1) INTO BACE28applic .
EXECUTE .
RECODE
  BACE5
  (-8=0) (0 = 0) (1 = 1) (2 = 2) (3 = 3) INTO BACE5ts .
EXECUTE .
RECODE
  BACE14
  (-8=0) (0 = 0) (1 = 1) (2 = 2) (3 = 3) INTO BACE14ts .
EXECUTE .
RECODE
  BACE24
  (-8=0) (0 = 0) (1 = 1) (2 = 2) (3 = 3) INTO BACE24ts .
EXECUTE .
RECODE
  BACE28
  (-8=0) (0 = 0) (1 = 1) (2 = 2) (3 = 3) INTO BACE28ts .
EXECUTE .
COMPUTE Treatstigdenom = (BACE5applic + BACE14applic + BACE24applic + BACE28applic) + 8.
EXECUTE .
COMPUTE TotTreatstigma = (BACE3+BACE5ts+BACE8+BACE9+
BACE12+BACE14ts+BACE17+BACE19+BACE21+BACE24ts+BACE26+BACE28ts).

```

EXECUTE .  
 COMPUTE meanTreatstigma = (TotTreatstigma/Treatstigdenom).  
 Execute.

You may also wish to calculate an overall BACE score i.e. the mean of rating for all applicable items.

The non-stigma-related barriers may be classified, conceptually, into instrumental barriers (items 1, 6, 11, 15, 16, 27, 29, 30) and attitudinal barriers (2, 4, 7, 10, 13, 18, 20, 22, 23, 25) and a score for these types of barriers may be calculated in the same way as for the stigma-related barriers.

## 6. Conditions of use

If you work or study in a university or health setting the BACE is freely available for you subject to the conditions below. Otherwise please contact Professor Graham Thornicroft [graham.thornicroft@kcl.ac.uk](mailto:graham.thornicroft@kcl.ac.uk) to discuss its use

Permission to use the BACE is granted on condition that:

- 1) You email us (see contacts below) to let us know that you are using the BACE so that we can keep a register of users
- 2) No changes are made to the wording or format of the BACE.
- 3) Translations into different languages are done using Back Translation (see section 4 above) and a copy of the translated version is sent to us (see contacts section). to avoid unnecessary duplication of effort.
- 4) The copyright information in the footer of the scale is included.
- 5) The BACE is not passed on to a third party.

## 7. Key paper and psychometric properties

A paper describing the development and psychometric properties of the BACE scale has been published in BMC Psychiatry.

**Clement S, Brohan E, Jeffery D, Henderson C, Hatch SL, Thornicroft G.**  
 Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care  
 Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry*,  
 12: 36

The full paper is available (open access) at <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/36>

The psychometric properties of the BACE and its treatment stigma subscale have been established and it has good reliability, validity and acceptability. Full details are in the paper above.

## 8. Contacts

For queries about the BACE or requests to collaborate, please contact or Dr Sarah Clement ([sarah.clement@kcl.ac.uk](mailto:sarah.clement@kcl.ac.uk)) and / or Professor Graham Thornicroft ([graham.thornicroft@kcl.ac.uk](mailto:graham.thornicroft@kcl.ac.uk))

## Anexo 5

### NEO-FFI-20 – Teste de Personalidade

Leia cada afirmação com atenção. Para cada afirmação, nas páginas seguintes, marque com  apenas a coluna que melhor corresponde à sua opinião. Se mudar de opinião ou se se enganar apague completamente a resposta ou, no caso de isso não ser possível, preencha o  errado e assinale com um  a sua resposta final. Não existem respostas certas nem erradas. Descreva as suas opiniões rápida, espontânea e honestamente. Responda a todas as questões.

Assinale **Discordo Fortemente** se a afirmação for definitivamente falsa ou se discordar fortemente dela. Assinale **Discordo** se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se discordar dela. Assinale **Neutro** se a afirmação for igualmente falsa e verdadeira, se não se decidir ou se a sua posição perante o que foi dito é completamente neutra. Assinale **Concordo** se a frase for, na maior parte das vezes, verdadeira ou se concordar com ela. Assinale **Concordo Fortemente** se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

	Discordo Fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Fortemente
1. Raramente estou triste ou deprimido(a).	<input type="checkbox"/>				
2. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.	<input type="checkbox"/>				
3. A poesia pouco ou nada me diz.	<input type="checkbox"/>				
4. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.	<input type="checkbox"/>				
5. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.	<input type="checkbox"/>				
6. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.	<input type="checkbox"/>				
7. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.	<input type="checkbox"/>				
8. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.	<input type="checkbox"/>				
9. A minha primeira reacção é confiar nas pessoas.	<input type="checkbox"/>				
10. Sou uma pessoa muito competente.	<input type="checkbox"/>				
11. Raramente me sinto só ou abatido(a).	<input type="checkbox"/>				
12. Sou uma pessoa muito activa.	<input type="checkbox"/>				
13. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.	<input type="checkbox"/>				
14. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.	<input type="checkbox"/>				
15. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.	<input type="checkbox"/>				
16. Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.	<input type="checkbox"/>				
17. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).	<input type="checkbox"/>				
18. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.	<input type="checkbox"/>				
19. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.	<input type="checkbox"/>				
20. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>				

### Cotação

Ítems do NEO-FFI-20	Ítems do NEO-PI-R	
1	71*	
2	77	
3	128*	Neuroticismo = 1 + 6 + 11 + 16
4	184	
5	215	
6	26	
7	107	Extroversão = 2 + 7 + 12 + 17
8	188	
9	154	
10	185	
11	11*	Abertura à Experiência = 3 + 8 + 13 + 18
12	227	
13	53*	
14	74*	
15	200	Amabilidade = 4 + 9 + 14 + 19
16	186	
17	12	
18	8*	
19	4*	Conscienciosidade = 5 + 10 + 15 + 20
20	85	

Nota. A cotação é feita de 0 a 4. \*Ítems com cotação invertida

## Anexo 6

### QET – Questionário de Empatia de Toronto

ID:

#### Questionário de Empatia de Toronto

(Versão Experimental – SPM-FMUC, 2014)

Identificação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: M / F

Em baixo irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor leia cada afirmação cuidadosamente e classifique quão frequentemente se sente ou comporta da maneira descrita. Assinale a sua resposta na coluna adequada. Não existem respostas certas ou erradas ou perguntas "traícoiras". Por favor responde a cada questão tão honestamente quanto consiga.

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequente	Sempre
1. Quando outra pessoa se sente animada, tenho tendência a sentir-me animado(a) também.					
2. Os infortúnios dos outros não me perturbam muito.					
3. Incomoda-me ver alguém ser tratado de forma desrespeitosa.					
4. Permaneço indiferente quanto alguém que me é próximo está feliz.					
5. Tenho prazer em fazer as outras pessoas felizes.					
6. Tenho sentimentos de compaixão e preocupação com pessoas menos afortunadas que eu.					
7. Quando um(a) amigo(a) começa a falar dos seus problemas, tenho dificuldade em mudar o tema da conversa.					
8. Consigo perceber quando outras pessoas estão tristes, mesmo quando não dizem nada.					
9. Perceber que estou "sintonizado(a)" com o estado de ânimo das outras pessoas.					
10. Não sinto simpatia por pessoas que causam as suas próprias doenças graves.					
11. Sinto-me irritado quando alguém chora.					
12. Não me interessa realmente pela forma como as outras pessoas se sentem.					
13. Sinto um forte impulso para ajudar quanto vejo alguém em dificuldades.					
14. Quando vejo alguém a ser tratado(a) de forma injusta, não sinto muito pena dele(a).					
15. Acho tolo que as pessoas chorem de felicidade.					
16. Quando vejo alguém ser explorado(a), sinto vontade de o(a) proteger.					