



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

NADINE MARIA CORREIA ALMEIDA

***Relação entre Comportamento de Procura de  
Ajuda e Doença e Traços de Personalidade e  
Perturbação Psicológica***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

Trabalho realizado sob orientação de:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO FERREIRA DE MACEDO

DOUTORA ANA TELMA PEREIRA

MARÇO / 2020

***Relação entre Comportamento de Procura de Ajuda e Doença e Traços de Personalidade e Perturbação Psicológica –  
Estudo de mediação serial numa amostra clínica***

Autora: Nadine Maria Correia Almeida

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

Almeida.nadine@gmail.com

Orientador: Professor Doutor António João Ferreira de Macedo Santos

Médico Psiquiatra, Professor Catedrático da FMUC e Diretor do Serviço de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Pólo I, Rua Larga, 3004 - 504 Coimbra, Portugal

amacedo@ci.uc.pt

Coorientadora: Investigadora Doutora Ana Telma Fernandes Pereira

Psicóloga Clínica, Doutorada em Ciências Biomédicas, Investigadora Auxiliar no Serviço de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Pólo I, Rua Larga, 3004 - 504 Coimbra, Portugal

apereira@fmed.uc.pt

## Índice

<b>Abreviaturas</b> .....	<b>4</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>5</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>6</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>7</b>
<b>Métodos</b> .....	<b>9</b>
<b>Participantes</b> .....	<b>9</b>
<b>Procedimentos</b> .....	<b>10</b>
<b>Instrumentos</b> .....	<b>10</b>
• ECPAD .....	10
• EPI.....	11
• EDAS-21 .....	11
• QPP-15.....	11
• OP 2 .....	11
• ESP10.....	11
<b>Análise Estatística</b> .....	<b>11</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>13</b>
<b>Análises descritivas</b> .....	<b>13</b>
<b>Comparação entre géneros</b> .....	<b>14</b>
<b>Análises de correlações</b> .....	<b>14</b>
<b>Estudos de mediação</b> .....	<b>16</b>
Modelo de mediação I.....	16
Modelo de mediação III.....	18
Modelo de mediação IV .....	19
Modelo de mediação V .....	20
Modelo de mediação VI .....	21
Modelo de mediação VII .....	22
Modelo de mediação VIII .....	23
Modelo de mediação IX .....	24
Modelo de mediação X .....	25
Modelo de mediação XI .....	26

Modelo de mediação XII .....	27
Modelo de mediação XIII .....	28
Modelo de mediação XIV .....	29
Modelo de mediação XV .....	30
Modelo de mediação XVI .....	31
Modelo de mediação XVII .....	32
Modelo de mediação XVIII .....	33
Modelo de mediação XIX .....	34
Modelo de mediação XX .....	35
<b>Discussão e Conclusão.....</b>	<b>36</b>
<b>Agradecimentos .....</b>	<b>39</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>42</b>
<b>Anexo I 086-CE-2017 – Aprovação da Comissão de Ética e do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.....</b>	<b>43</b>
<b>Anexo II - CHUC-146-17 - Aprovação da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra .....</b>	<b>44</b>
<b>Anexo III - Questionário de autorresposta .....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO IV – Submissão Congresso Europeu de Psiquiatria 2020 .....</b>	<b>53</b>

## Abreviaturas

CD – Comportamento de Doença

CDPA - Comportamento Procura de Ajuda e Doença

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CPA – Comportamento Procura de Ajuda

ECPAD – Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e Doença

EDAS - Escala de Depressão Ansiedade e Stresse

EPI - Inventário de Personalidade de Eysenck

ESP – Escala de Stresse Percebido

ICI - Interferência Cognitiva e Improdutividade

OP2 - Optimismo-Pessimismo-2

PRN - Pensamento Repetitivo Negativo

PS – Perceção de Stress

QPP - Questionário do Pensamento Perseverativo

## Resumo

**Introdução:** O Comportamento de Doença (CD) pode ter um impacto dramático no grau em que a sintomatologia interfere com as rotinas diárias, a cronicidade do problema, a procura de cuidados de saúde apropriados e a adesão aos mesmos. O CD é influenciado por fatores biológicos, sociais e psicológicos, como traços de personalidade, estados emocionais e sua regulação<sup>1</sup>. Com este estudo pretende-se investigar, se o pensamento perseverativo negativo e a perturbação psicológica (depressão, ansiedade e stresse) são mediadores da relação entre os traços de personalidade (neuroticismo, extroversão, otimismo e pessimismo) e o Comportamento de Doença e Procura de Ajuda (CDPA).

**Métodos:** Uma amostra clínica composta por 462 doentes (78.1% mulheres; média de idade=44.49±15.588), recrutados em várias especialidades médicas (neurologia, cardiologia, oncologia, gastroenterologia, reumatologia, medicina interna e pneumologia), completaram a Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e Doença (ECPAD-11)<sup>2</sup> e outros questionários validados: Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI-12)<sup>3</sup>, a Escala da Depressão, Ansiedade e Stresse (EDAS-21)<sup>4</sup>, o Questionário do Pensamento Perseverante (QPP-15)<sup>5</sup>, medida bidimensional de Otimismo e Pessimismo (OP2)<sup>6</sup> e Escala de Perceção de Stresse (ESP-10)<sup>7</sup>.

**Resultados:** O CD correlaciona-se significativamente (todos  $p < .001$ ) e de forma moderada com as seguintes variáveis psicológicas: neuroticismo; extroversão; interferência cognitiva e improdutividade (ICI) e depressão/ ansiedade/ stresse. Todos os modelos de mediação múltipla mostraram um efeito indireto significativo do ICI e perturbação psicológica, como mediadores, da relação entre neuroticismo / extroversão / otimismo / pessimismo e o CD. Contudo, a relação entre o ICI e o CD foi de baixa magnitude, assim como a relação entre extroversão e perturbação psicológica.

**Discussão e conclusão:** O neuroticismo e (a baixa) extroversão direta e indiretamente (via ICI e perturbação psicológica) influenciam o CD. Este estudo reforça que os traços de personalidade e dos estados emocionais devem ser tidos em conta na comunicação e relação médico-doente.

**Palavras-Chave:** Comportamento Procura de Ajuda e Doença; Comportamento de Doença; Personalidade; Perturbação Psicológica.

## Abstract

**Introduction:** Illness behavior (IB) can have a dramatic impact on the extent to which symptoms interfere with usual life routines, chronicity of the problem, attainment of appropriate care and treatment adherence<sup>1</sup>. It is influenced by biological, social and psychological factors, such as personality traits, emotions and their regulation. The aim of the present study is to investigate if perseverative negative thinking and psychological distress (depression, anxiety and stress) are mediators of the relationship between personality traits (neuroticism, extroversion, optimism and pessimism) and IB.

**Methods:** A clinical sample composed of 462 outpatients (78.1% women; mean age=44.49±15.588), recruited in several medical specialties (Neurology, Cardiology, Oncology, Gastroenterology, Rheumatology, Internal medicine, Pneumology), completed the Illness and Help-Seeking Behavior Scale (IHSBS-11)<sup>2</sup> and other validated questionnaires: Eysenck Personality Inventory (EPI-12)<sup>3</sup>, Depression Anxiety and Stress Scale (DASS)<sup>4</sup>, the Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ-15)<sup>5</sup>, the Optimism and Pessimism scale (OP-2)<sup>6</sup> and the Perceived Stress Scale (PSS-10)<sup>7</sup>.

**Results:** IB significantly (all  $p < .001$ ) and moderately correlated with the psychological variables: neuroticism; extroversion; Cognitive Interference and Unproductivity (CIU) and Depression/Anxiety/Stress. All serial multiple mediation models showed a significant indirect effect of CIU and psychological distress, as mediators, in the relationship between neuroticism/extroversion and IB. However, the relationship between CIU and IB was of lower magnitude, as well as that of extroversion and psychological distress.

**Discussion and conclusion:** Neuroticism and (low) extroversion directly and indirectly (via CIU and psychological distress) influence IB. This study emphasizes that the effects of personality traits and emotional states should be taken into account in the doctor-patient communication and relationship.

**Key-words:** Help-seeking Behavior; Illness Behavior; Personality; Psychological Distress

## Introdução

Em 1962, Mechanic definiu o conceito de CD, como o modo pelo qual diferentes sintomas são percebidos, avaliados e a atuação tida perante eles, por diferentes tipos de pessoas<sup>8</sup>. A ação do indivíduo perante os sintomas inclui o Comportamento de Procura de Ajuda (CPA) que é definido como a decisão de agir em relação a uma perturbação, quer esta seja física ou mental, sentida pelo indivíduo<sup>9</sup>. O CD constitui uma resposta social e culturalmente aprendida, ou seja, o doente responde aos sintomas de acordo com a sua interpretação da situação, a qual, por sua vez, é determinada pelo seu percurso desenvolvimental e de aprendizagem, o qual é influenciado pelo contexto social e cultural. Assim o CD influencia as práticas diagnósticas e terapêuticas, no modo como se iniciam e se desenvolvem.

Uma vez definidos os conceitos de CD e CPA importa perceber quais e como os traços de personalidade ou os processos cognitivos influenciam esses comportamentos.

Segundo Friedman e Kern não existe uma necessidade de estudos adicionais que apenas correlacionem personalidade com saúde e bem-estar subjetivo ou que correlacionem felicidade e saúde ou que simplesmente prevejam a relação da personalidade com o *outcome* de saúde. O que se revela necessário, é um acréscimo de mais estudos sobre as complexas relações entre os vários constructos<sup>10</sup>. Encontra-se largamente estudada na literatura a influência do neuroticismo, do otimismo, do pessimismo, do perfeccionismo, da auto-ocultação e do pensamento repetitivo negativo sobre as dimensões do CPA e do CD por diversas vias, quer através de combinações destes traços, quer potenciando o papel da percepção de saúde<sup>9</sup>.

No que respeita ao neuroticismo e à extroversão, o primeiro corresponde ao traço mais frequentemente associado a doença, e a comportamento de doença, com correlações elevadas com queixas somáticas, uso de serviços de saúde, ansiedade em relação à saúde, hipocondria e catastrofização relativamente a sintomas percebidos<sup>11</sup>. A extroversão traduz a quantidade e intensidade das interações interpessoais, o nível de atividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria. Elevados níveis de extroversão estão associados a proteção contra doenças psiquiátricas e no caso de desenvolvimento de doença, a um melhor *outcome*<sup>9</sup>.

O otimismo corresponde a uma tendência para ter expectativas positivas relativamente aos acontecimentos futuros e à capacidade que o indivíduo acredita ter para lidar com os desafios diários. Em contraste, o pessimismo corresponde a uma perspetiva negativa do futuro e à crença que o indivíduo desenvolve de não ter capacidade para lidar com problemas. O otimismo e o pessimismo estão associados a melhores e piores *outcomes* em saúde, respetivamente<sup>12</sup>.

O Pensamento repetitivo negativo (PRN) corresponde a um processo cognitivo de natureza repetitiva, intrusiva e de difícil controlo por parte do indivíduo, sobre aspetos negativos do próprio e do mundo. Este construto inclui também a percepção de atividade cognitiva



improdutiva e que captura a capacidade mental. Este processo encontra-se associado a diversas perturbações psicológicas e consequentemente a piores *outcomes* em saúde<sup>13</sup>.

A perturbação psicológica pode ser caracterizada pela ansiedade, depressão e stresse e encontra-se também associada a piores *outcomes* em saúde<sup>9</sup>.

A história da psicologia da saúde apresenta dois pontos de grande relevo<sup>14</sup>: o primeiro refere-se à importância da avaliação das diferenças individuais e *outcomes* em saúde se encontrar devidamente fundamentadas em teorias psicológicas e em métodos válidos. Nesse sentido o surgimento da ECPAD, ajustada à população portuguesa, e com boa validade de constructo, convergente-divergente e aceitável fidelidade em amostra clínica<sup>2</sup> proporciona o instrumento que faltava para estudar este tópico.

O segundo remete para a necessidade de especificar e avaliar com precisão, as ligações e mecanismos que correlacionam as diferentes respostas individuais à saúde e à doença<sup>14</sup>. Nesta linha surge o objetivo deste trabalho, que consiste em estudar, pela primeira vez, a relação entre o CD e diversos traços de personalidade (neuroticismo, extroversão, otimismo e pessimismo), considerando o potencial papel mediador do pensamento repetitivo e da perturbação psicológica, em doentes a serem acompanhados em diferentes especialidades médicas.

## Métodos

O presente estudo insere-se no âmbito de um projeto de investigação em curso no Instituto de Psicologia Médica, intitulado “Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença, Estigma e Perturbação Psicológica”, aprovado pela Comissão de Ética e pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (referência 086-CE-2017, no Anexo I) e do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (referência CHUC-146-17, no Anexo II).

### Participantes

Os participantes da amostra clínica (n= 462) são doentes com idade superior a 18 anos de diversas especialidades médicas), que foram recrutados nos serviços de Cardiologia, Gastrenterologia, Medicina Interna, Neurologia, Oncologia Médica, Pneumologia e Reumatologia principalmente do CHUC, enquanto esperavam pela sua consulta. Alguns respondentes, por via *online* em *Google docs*, apresentavam os mesmos critérios de inclusão (idade superior a 18 anos, consentimento informado e terem tido uma consulta de especialidade há menos de seis meses), mas eram seguidos noutros hospitais. Destes, 334 (72%) preencheram o inquérito *online* e 128 (28%) em formato de papel.

Na Tabela 1, é apresentada a distribuição pelas diferentes especialidades.

*Tabela 1 - Especialidade médica em que foram recrutados - Amostra clínica.*

Especialidade	Freq.	%
Neurologia	72	15.6
Cardiologia	56	12.1
Oncologia	51	11.0
Gastroenterologia	52	11.3
Reumatologia	94	20.3
Medicina Interna	83	18.0
Pneumologia	54	11.7
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100.0</b>

*Tabela 1 - Situação profissional - Amostra clínica.*

Situação	Freq.	%
A trabalhar	221	47,8
Baixa/atestado	50	10,8
Desempregado	48	10,4
Estudante	63	13,6
Reformado	80	17,3
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100,0</b>

Cerca de 95.7% dos inquiridos tiveram a sua última consulta há menos de 6 meses. A amostra clínica é constituída por 78.1% de indivíduos do sexo feminino. A maioria dos participantes são de nacionalidade portuguesa (n=409; 88.5%), tendo as restantes pessoas um bom domínio da língua portuguesa. No que diz respeito ao estado civil, 32.0% (n=148) eram solteiros, 53.9% (n=249) encontravam-se casados ou em união de facto, 11.7% (n=54) estavam divorciados ou separados e 1.9% (n=9) eram viúvos.

A idade média foi de 44.49 anos ( $\pm 15.588$ ), variando entre 18 e 89 anos. Relativamente ao nível de escolaridade, todos os níveis se encontravam representados, havendo um predomínio do ensino secundário e superior (com 26.0% e 52.4%, respetivamente).

As categorias profissionais mais representadas, organizadas de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões, conforme o site do Instituto Nacional de Estatística, foram especialistas de atividades intelectuais e científicas, com 26.4%, estudantes com 13.2% e trabalhadores não qualificados com 12.8%. A situação profissional encontra-se descrita na Tabela 2.

### **Procedimentos**

Os participantes foram informados acerca do propósito do estudo e aceitaram contribuir voluntariamente, dando o seu consentimento informado e tendo sido garantida a confidencialidade dos seus dados. Todos preencheram um conjunto de questionários de autorresposta, em formato digital ou papel, que além de questões relacionadas com variáveis sociodemográficas e clínicas, incluíam os seguintes questionários validados para a população portuguesa: ECPAD, EPI, OP2, EDAS, QPP e ESP.

### **Instrumentos**

Foi administrado um inquérito aos participantes contendo a versão preliminar da ECPAD e outros questionários de autorresposta (Anexo III) validados para a população portuguesa:

- *ECPAD*

Desenvolvida para avaliar o comportamento de procura de ajuda e de doença. No desenvolvimento dos itens da escala de validação, foram seguidos procedimentos teóricos e analíticos, estruturados e sequenciais. Neste estudo foi utilizada a versão de 11 itens<sup>2</sup>, considerada a mais válida num estudo psicométrico desenvolvido com esta mesma amostra (também existem versões de 17 e de 15 itens). A escala de resposta é do tipo Likert com cinco pontos, desde “Discordo fortemente” (1 ponto) a “Concordo fortemente” (5 pontos)<sup>2</sup>.

- *EPI*

Usada para a avaliação das dimensões de introversão/extroversão e neuroticismo/estabilidade através de 12 questões a serem respondidas com uma escala de “Quase nunca” (1 ponto) a “Quase sempre” (4 pontos)<sup>3</sup>.

- *EDAS-21*

Este questionário inclui três sub-escalas, cujos itens (sintomas) são respondidos numa escala de 4 pontos. Cada sub-escala é composta por 7 itens, destinados a avaliar os níveis de depressão, ansiedade e stresse. A escala vai de “Não se aplicou nada a mim” (0 pontos) a “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (3 pontos)<sup>4</sup>.

- *QPP-15*

Este questionário, composto por quinze itens, categorizados numa escala ordinal de 0 (“nunca”) a 4 (“quase sempre”), avalia as características nucleares do PRN, independentemente da presença, gravidade ou natureza da perturbação psiquiátrica. Além do total, permite obter pontuações em duas subescalas: Pensamento Repetitivo e Perceção de Interferência e Improdutividade<sup>5</sup>.

- *OP 2*

Avalia o grau de otimismo/pessimismo, através de duas perguntas que pedem para assinalar o grau que melhor descreve a pessoa. A escala vai de “Nada otimista/pessimista” (1 ponto) a “Muito otimista/pessimista” (7 pontos)<sup>6</sup>.

- *ESP10*

Avalia a frequência em que um contexto geral de vida ocorreu durante o último mês, não especificando uma situação particular (“No último mês, com que frequência ...”). As respostas são assinaladas numa escala de *Likert* de cinco pontos (0 – “nunca”, 1 – “quase nunca”, 2 – “algumas vezes”, 3 – “frequentemente” e 4 – “muito frequente”). Neste estudo, esta escala foi abordada como medida unidimensional (invertendo a cotação dos quatro itens que se referem a situações positivas), sendo que as pontuações totais oscilaram entre 0-40<sup>7</sup>.

### **Análise Estatística**

O tratamento estatístico foi realizado com o programa *IBM SPSS Statistics*, versão 25 para *IOS*. Iniciou-se o tratamento de dados pela determinação das estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão, seguindo-se a comparação das pontuações médias das variáveis em estudo, entre os géneros feminino e masculino através do teste *t de Student*.

De forma a estudar a associação entre as variáveis em estudo, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*.

Usou-se a macro *PROCESS* para análise das relações de mediação, recorrendo ao modelo de mediação múltipla VI, exemplificado na figura 1.

Neste modelo de mediação serial múltipla a existência de variáveis mediadoras da relação X-Y, gera diferentes coeficientes: directo –  $c'$ ; total –  $c$  e indirectos –  $a_1b_1$ ;  $a_1d_{21}b_2$ ;  $a_2b_2$  representados na figura 1 pelas cores preto, cinzento, verde, laranja e azul respetivamente.

Nos modelos em que as variáveis com diferenças significativas por géneros foram incluídas como variável independente ou variável dependente foi controlado o efeito do género.

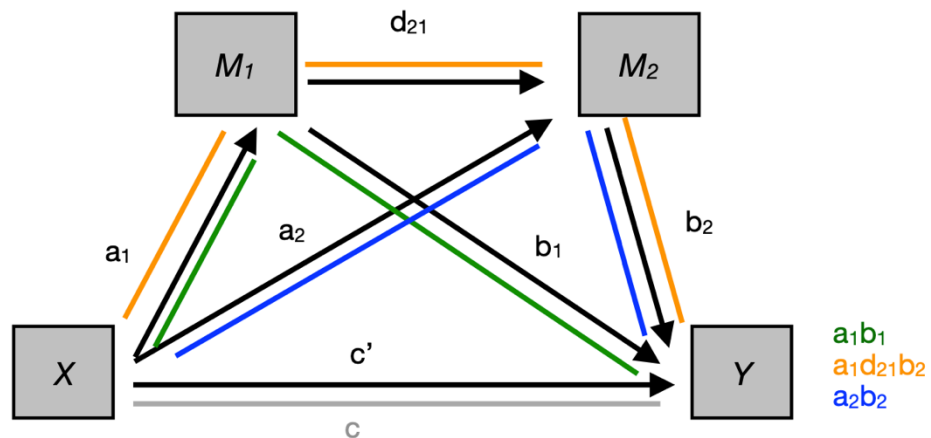


Figura 1 – Modelo de mediação múltiplas VI.

## Resultados

### Análises descritivas

Na tabela 3 encontram-se as medidas de tendência central e de dispersão das variáveis em estudo, assim como as consistências internas obtidas para as escalas, sendo que a maioria obteve um  $\alpha$  de *Cronbach* superior a 0,7, garantindo a sua fiabilidade<sup>16</sup>.

Tabela 3 - Análise descritiva e consistência interna das variáveis.

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mín	Max.	Assimetria	Erro Padrão Assimetria	Curtose	Erro Padrão Curtose	$\alpha$ Cronbach
ECPAD 11	34,872	6,257	11,000	53,000	-0,042	0,114	0,013	0,227	0,67
CPA	9,647	2,487	3,000	15,000	-0,071	0,114	-0,359	0,227	0,55
PS	9,204	2,591	3,000	15,000	0,070	0,114	-0,677	0,227	0,60
CD	8,106	3,141	3,000	15,000	0,284	0,114	-0,668	0,227	0,75
Adesão	7,916	1,765	2,000	10,000	-0,844	0,114	0,607	0,227	0,41
Neuroticismo	16,284	3,394	8,000	28,000	0,285	0,114	-0,204	0,227	0,56
Extroversão	11,736	2,887	5,000	20,000	0,130	0,114	-0,092	0,227	0,70
Otimismo	4,750	1,389	1,000	7,000	-0,496	0,114	0,217	0,227	-
Pessimismo	3,270	1,567	1,000	7,000	0,565	0,114	-0,511	0,227	-
PR	13,424	6,152	<.001	28,000	0,220	0,114	-0,257	0,227	0,94
ICI	11,392	7,037	<.001	32,000	0,611	0,114	-0,029	0,227	0,94
QPP	24,816	12,496	<.001	60,000	0,477	0,114	-0,089	0,227	0,96
Percepção Stresse	18,907	6,818	<.001	39,000	0,175	0,114	0,015	0,227	0,86
Percepção Apoio	2,710	1,226	<.001	4,000	-0,593	0,114	-0,698	0,227	-
Percepção ADP	1,420	1,019	<.001	4,000	0,509	0,114	-0,090	0,227	-
Depressão	5,437	5,716	<.001	24,000	1,159	0,114	0,568	0,227	0,917
Ansiedade	6,883	3,783	1,000	20,000	0,883	0,114	0,260	0,227	0,833
Stresse	34,872	6,257	11,000	53,000	-0,042	0,114	0,013	0,227	0,667
EDAS	9,647	2,487	3,000	15,000	-0,071	0,114	-0,359	0,227	0,549

## Comparação entre géneros

Para comparar as pontuações médias das variáveis em estudo, entre os géneros feminino e masculino foi realizado o teste *t de Student*, cujos resultados encontram-se na Tabela 4.

*Tabela 4 - Teste t de Student para comparação entre géneros das pontuações médias das variáveis em estudo. A laranja encontram-se as variáveis onde a diferença de género foi significativa.*

Variáveis	Feminino (n=361)		Masculino (n=101)		t	p
	M	DP	M	DP		
ECPAD 11	34,762	6,248	35,267	6,304	-0,717	0,473
CPA	9,532	2,472	10,059	2,509	-1,890	0,059
PS	9,033	2,549	9,812	2,660	-2,688	0,007
CD	8,252	3,194	7,584	2,899	1,894	0,059
Adesão	7,945	1,739	7,812	1,859	0,668	0,505
Neuroticismo	16,543	3,412	15,356	3,174	3,135	0,002
Extroversão	11,709	2,842	11,832	3,053	-0,377	0,707
Otimismo	4,760	1,402	4,700	1,346	0,376	0,707
Pessimismo	3,200	1,532	3,510	1,671	-1,761	0,079
PR	13,465	6,234	13,277	5,876	0,271	0,786
ICI	11,263	7,056	11,852	6,986	-0,742	0,458
QPP	24,729	12,574	25,129	12,267	-0,284	0,776
Perceção Stresse	19,510	6,827	16,753	6,365	3,640	<.001
Perceção Apoio	2,600	1,243	3,110	1,076	-4,047	<.001
Perceção ADP	1,450	1,037	1,300	0,944	1,373	0,171
Depressão	5,856	5,964	3,941	4,436	3,536	<.001
Ansiedade	7,108	3,821	6,079	3,546	2,429	0,016
Stresse	6,562	4,289	4,307	3,555	4,839	<.001
DASS	19,526	12,812	14,327	10,415	4,205	<.001

Foram encontradas diferenças significativas ( $p < .05$ ) entre géneros para as variáveis: perceção de saúde, neuroticíssimo, perceção de stresse, perceção de apoio, depressão, ansiedade, stresse e escala de ansiedade, depressão e stresse.

## Análises de correlações

De forma a estudar a associação entre as variáveis em estudo, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*, dados apresentados na Tabela 5. Verifica-se uma forte correlação entre as múltiplas variáveis.

Tabela 5 - Coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis em estudo - \*  $p < .05$  (sombreado laranja); \*\*  $p < .01$  (sombreado amarelo); \*\*\*  $p < .001$  (sombreado verde); N- neuroticismo; E – Extroversão; O – Otimismo; P – Pessimismo; N.S. – Não significativo.

	CPA	PS	CD	Adesão	N	E	O	P	PR	ICI	P. Stresse	P. Apoio	P. ADP	Depressão	Ansiedade	Stresse
CPA	-	,308***	,141**	,433***	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	,269***	N.S.
PS	,308***	-	8	170***	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
CD	,141**	0,008	-	,146**	,400***	-,324***	-,315***	,350***	,330***	,367***	,401***	-,237***	,130**	,373***	,385***	,360***
Adesão	,433***	,170***	,146**	-	N.S.	N.S.	,111*	-,098*	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
N	N.S.	N.S.	,400***	N.S.	-	-,306***	-,490***	,526***	,565***	,605***	,619***	-,229***	,312***	,588***	,532***	,558***
E	N.S.	N.S.	-,324***	N.S.	-,306***	-	,422***	-,356***	-,232***	-,294***	-,374***	,277***	N.S.	-,356***	-,244***	-,230***
O	N.S.	N.S.	-,315***	,111*	-,490***	,422***	-	-,646***	-,384***	-,465***	-,431***	,132**	-,155**	-,434***	-,317***	-,291***
P	N.S.	N.S.	,350***	-,098*	,526***	-,356***	-,646***	-	,476***	,536***	,491***	-,125**	,197***	,456***	,383***	,377***
PR	N.S.	N.S.	,330***	N.S.	,565***	-,232***	-,384***	,476***	-	,794***	,562***	-,164***	,241***	,500***	,473***	,541***
ICI	N.S.	N.S.	,367***	N.S.	,605***	-,294***	-,465***	,536***	,794***	-	,617***	-,191***	,291***	,610***	,508***	,550***
P. Stresse	N.S.	N.S.	,401***	N.S.	,619***	-,374***	-,431***	,491***	,562***	,617***	-	-,294***	,393***	,682***	,563***	,660***
P. Apoio	N.S.	N.S.	-,237***	N.S.	-,229***	,277***	,132**	-,125**	-,164***	-,191***	-,294***	-	N.S.	-,314***	-,234***	-,198***
P. ADP	N.S.	N.S.	,130**	N.S.	,312***	0,085	-,155**	,197***	,241***	,291***	,393***	N.S.	-	,334***	,298***	,345***
Depressão	N.S.	N.S.	,373***	N.S.	,588***	-,356***	-,434***	,456***	,500***	,610***	,682***	-,314***	,334***	-	,748***	,731***
Ansiedade	,269***	N.S.	,385***	N.S.	,532***	-,244***	-,317***	,383***	,473***	,508***	,563***	-,234***	,298***	,748***	-	,735***
Stresse	N.S.	N.S.	,360***	N.S.	,558***	-,230***	-,291***	,377***	,541***	,550***	,660***	-,198***	,345***	,731***	,735***	-



## Estudos de mediação

Os modelos seguintes são compostos por uma variável preditora/independente (x), que correspondeu aos constructos – neuroticismo, extroversão, otimismo e pessimismo; uma variável *outcome*/dependente (Y), o comportamento de doença; e dois mediadores, sendo o primeiro, mediador 1 (M1) a ICI e o segundo, mediador 2 (M2) os constructos – percepção de stresse, percepção de apoio, depressão, ansiedade e stresse.

### Modelo de mediação I

No modelo apresentado na figura M1, o neuroticismo representa a variável preditora, o ICI e a percepção de stresse os mediadores 1 e 2, respetivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam o neuroticismo ao CD são significativos e encontram-se descritos na tabela M1.

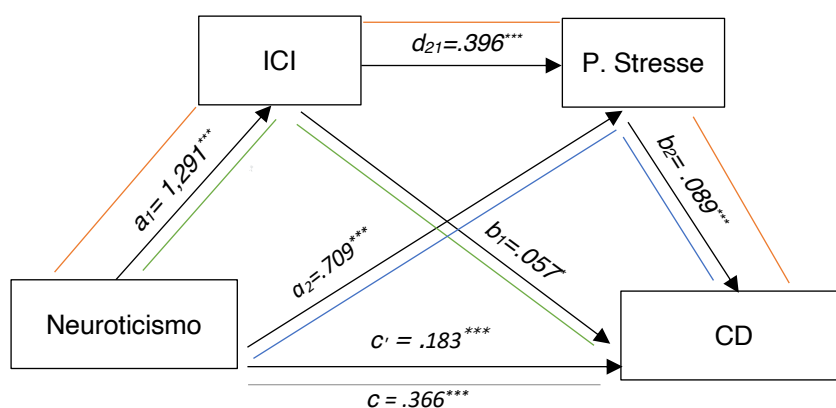


Figura M1 -Modelo de mediação múltipla serial I. Foi controlada a variável género [para neuroticíssimo ( $b = 2.121$ ,  $SE = .631$ ,  $t = 3.361$ ,  $p = .001$ )]. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M1 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação I

		Coeficiente	SE	P	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		.366	.040	<.001	.287	.444
Efeito direto		.183	.053	.001	.078	.287
Efeito indireto	total	.183	.040	-	.108	.264
	$a_1b_1$	.074	.037	-	.003	.149
	$a_1d_{21}b_2$	.046	.015	-	.019	.077
	$a_2b_2$	.063	.020	-	.025	.109

Modelo de mediação II

No modelo apresentado na figura M2, a extroversão representa a variável preditora, o ICI e a percepção de stresse os mediadores 1 e 2, respetivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam a extroversão ao CD são significativos e encontram-se descritos na tabela M2.

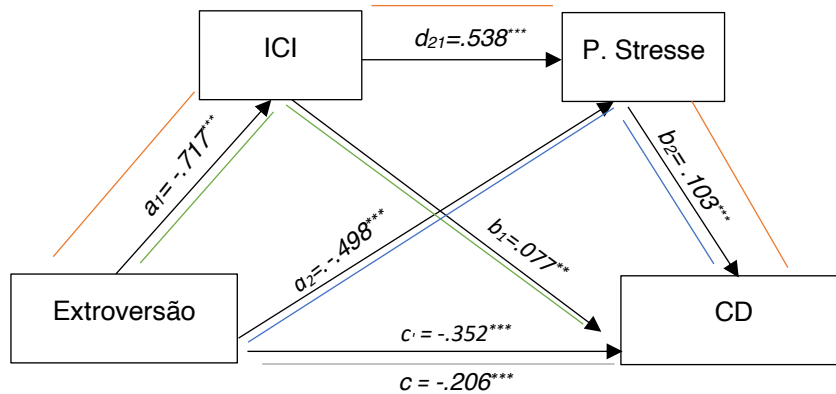


Figura M2 - Modelo de mediação múltipla serial II. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M2 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação II

		Coeficiente	SE	P	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		-.353	.048	<.001	-.447	-.258
Efeito direto		-.206	.050	<.001	-.302	-.110
Efeito indireto	total	-.146	.025	-	-.202	-.102
	$a_1 b_1$	-.055	.020	-	-.099	-.019
	$a_1 d_{21} b_2$	-.040	.019	-	-.067	-.020
	$a_2 b_2$	-.051	.015	-	-.86	-.026

### Modelo de mediação III

No modelo apresentado na figura M3, o otimismo representa a variável preditora, o ICI e a percepção de stresse os mediadores 1 e 2, respetivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam o otimismo ao CD são significativos e encontram-se descritos na tabela M3.

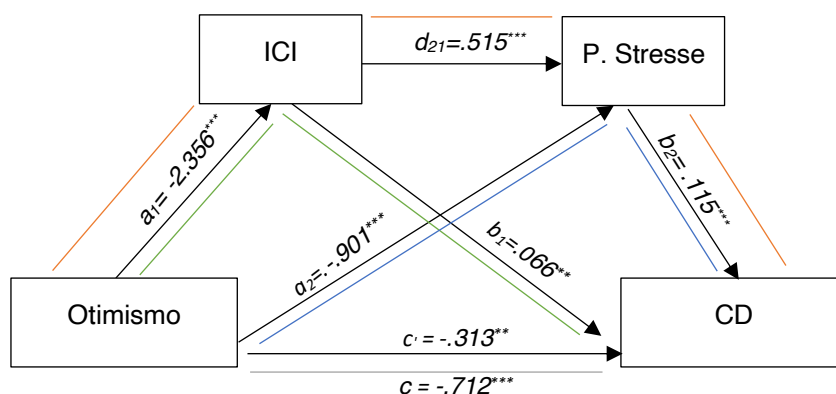


Figura M3 - Modelo de mediação múltipla serial III. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M3 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação III

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		-.712	.100	<.001	-.908	-.515
Efeito direto		-.313	.109	.004	-.527	-.098
Efeito indireto	total	-.400	.067	-	-.533	-.272
	$a_1b_1$	-.156	.066	-	-.289	-.028
	$a_1d_{21}b_2$	-.104	.036	-	-.182	-.043
	$a_2b_2$	-.140	.033	-	-.210	-.080

Modelo de mediação IV

No modelo apresentado na figura M4, o pessimismo representa a variável preditora, o ICI e a percepção de stresse os mediadores 1 e 2, respetivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam o pessimismo ao CD são significativos e encontram-se descritos na tabela M4.

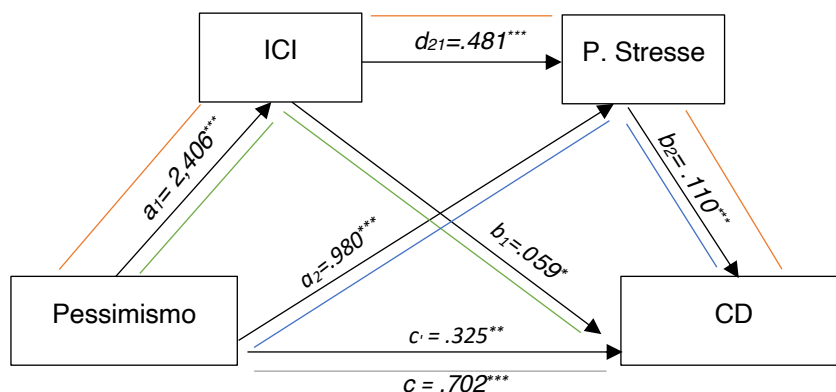


Figura M4 - Modelo de mediação múltipla serial IV. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M4 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação IV

		Coeficiente	SE	P	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		.702	.088	<.001	.530	.874
Efeito direto		.325	.102	.002	.124	.525
Efeito indireto	total	.378	.069	-	.248	.518
	$a_1 b_1$	.141	.068	-	.006	.277
	$a_1 d_{21} b_2$	.108	.034	-	.050	.180
	$a_2 b_2$	.128	.034	-	.066	.199

Modelo de mediação V

No modelo apresentado na figura M5, o neuroticismo representa a variável preditora, o ICI e a percepção de apoio os mediadores 1 e 2, respetivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam o neuroticismo ao CD são significativos, exceto o caminho neuroticismo → percepção de apoio → CD e encontram-se descritos na tabela M5.

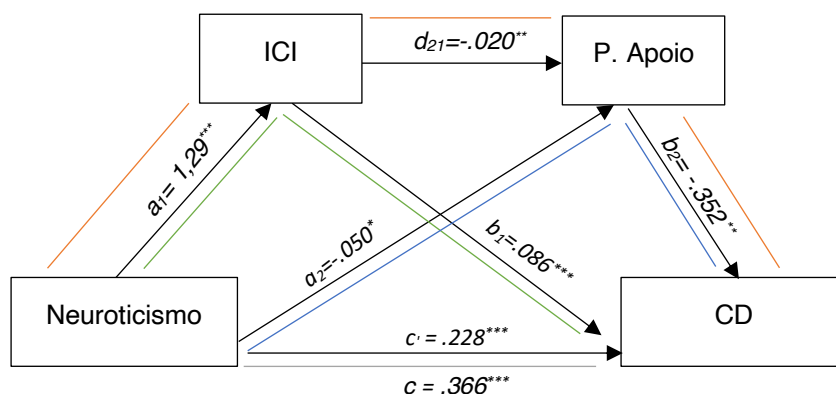


Figura M5 - Modelo de mediação múltipla serial V. Foi controlada a variável género [para neuroticismo ( $b = 2.121$ ,  $SE = .631$ ,  $t = 3.361$ ,  $p = .001$ )]. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M5 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação V

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		.366	.040	<.001	.288	.444
Efeito direto		.228	.050	<.001	.130	.326
Efeito indireto	total	.137	.035	-	.070	.210
	$a_1b_1$	.111	.034	-	.046	.180
	$a_1d_{21}b_2$	.018	.011	-	.001	.042
	$a_2b_2$	.009	.006	-	-.001	.024

Modelo de mediação VI

No modelo apresentado na figura M6, a extroversão representa a variável preditora, o ICI e a percepção de apoio os mediadores 1 e 2, respetivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam a extroversão ao CD são significativos e encontram-se descritos na tabela M6.

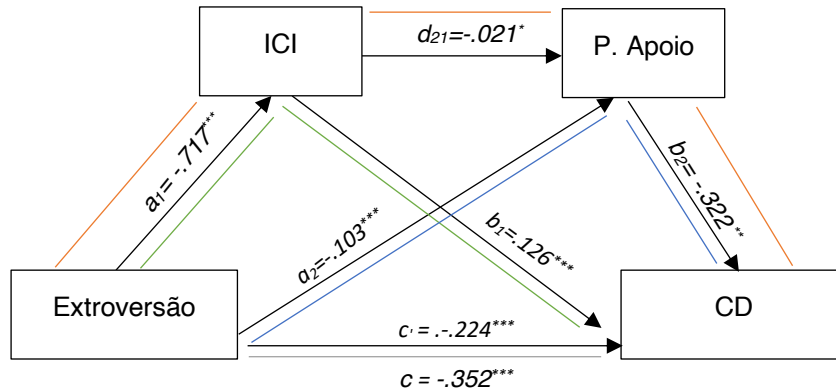


Figura M6 - Modelo de mediação múltipla serial VI. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M6 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação VI

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		-.352	.048	<.001	-.447	-.258
Efeito direto		-.224	.049	<.001	-.321	-.128
Efeito indireto	total	-.128	.025	-	-.180	-.081
	$a_1b_1$	-.090	.019	-	-.132	-.054
	$a_1d_{21}b_2$	-.033	.015	-	-.067	-.008
	$a_2b_2$	-.005	.003	-	-.012	-.001

Modelo de mediação VII

No modelo apresentado na figura M7, o otimismo representa a variável preditora, o ICI e a percepção de apoio os mediadores 1 e 2, respetivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam o otimismo ao CD são significativos, exceto o caminho otimismo → ICI → percepção de apoio → CD e encontram-se descritos na tabela M7.

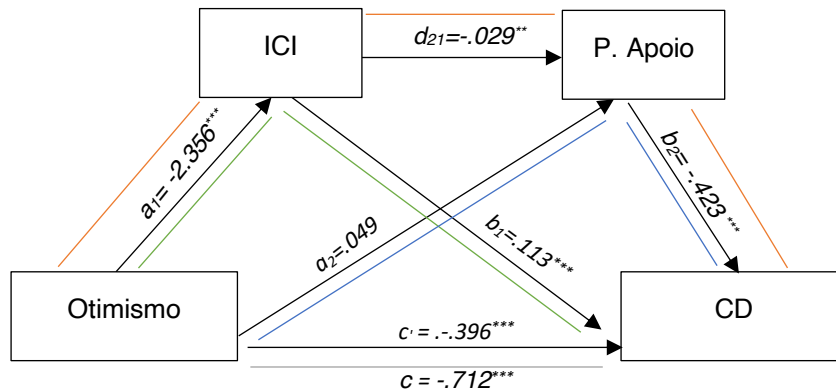


Figura M7 - Modelo de mediação múltipla serial VII. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M7 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação VII

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		-.712	.100	<.001	-.908	-.515
Efeito direto		-.396	.108	<.001	-.607	-.184
Efeito indireto	total	-.316	.064	-	-.446	-.198
	$a_1b_1$	-.267	.059	-	-.385	-.155
	$a_1d_{21}b_2$	-.021	.023	-	-.071	.020
	$a_2b_2$	-.029	.014	-	-.061	-.008

Modelo de mediação VIII

No modelo apresentado na figura M8, o pessimismo representa a variável preditora, o ICI e a percepção de apoio os mediadores 1 e 2, respetivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam o pessimismo ao CD são significativos, exceto o caminho pessimismo → ICI → percepção de apoio → CD e encontram-se descritos na tabela M8.

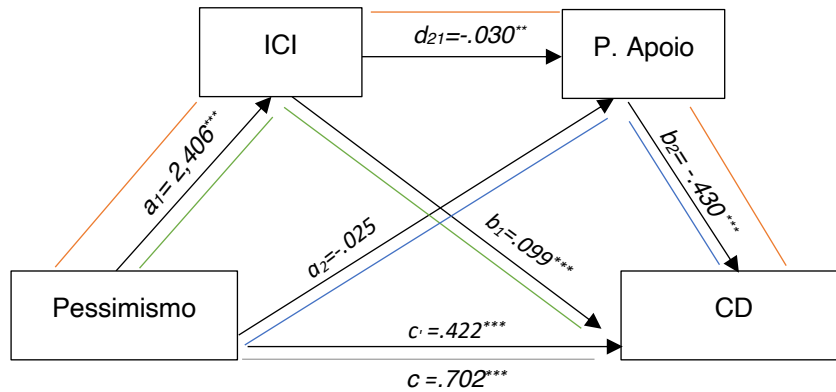


Figura M8 - Modelo de mediação múltipla serial VIII. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M8 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação VIII

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		.702	.087	<.001	.530	.874
Efeito direto		.422	.100	<.001	.226	.618
Efeito indireto	total	.280	.066	-	.153	.413
	$a_1b_1$	.238	.062	-	.120	.366
	$a_1d_{21}b_2$	.011	.020	-	-.028	.055
	$a_2b_2$	.031	.014	-	.009	.064



Modelo de mediação IX

No modelo apresentado na figura M9, o neuroticismo representa a variável preditora, o ICI e a depressão os mediadores 1 e 2, respetivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam o neuroticismo ao CD são significativos e encontram-se descritos na tabela M9.

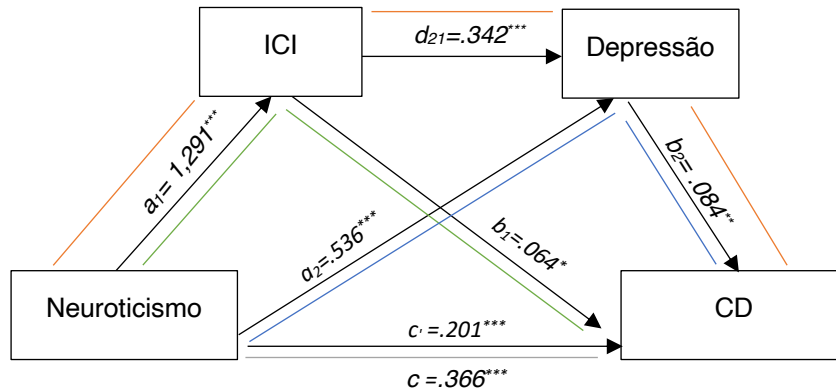


Figura M9 - Modelo de mediação múltipla serial IX. Foi controlada a variável género [para neuroticíssimo ( $b = 2.121$ ,  $SE = .631$ ,  $t = 3.361$ ,  $p = .001$ )]. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M9 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação IX

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		.366	.040	<.001	.287	.444
Efeito direto		.201	.052	<.001	.098	.304
Efeito indireto	total	.165	.040	-	.089	.246
	$a_1 b_1$	.083	.038	-	.012	.160
	$a_1 d_{21} b_2$	.045	.020	-	.010	.087
	$a_2 b_2$	.037	.016	-	.008	.071

Modelo de mediação X

No modelo apresentado na figura M10, a extroversão representa a variável preditora, o ICI e a depressão os mediadores 1 e 2, respectivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam a extroversão ao CD são significativos e encontram-se descritos na tabela M10.

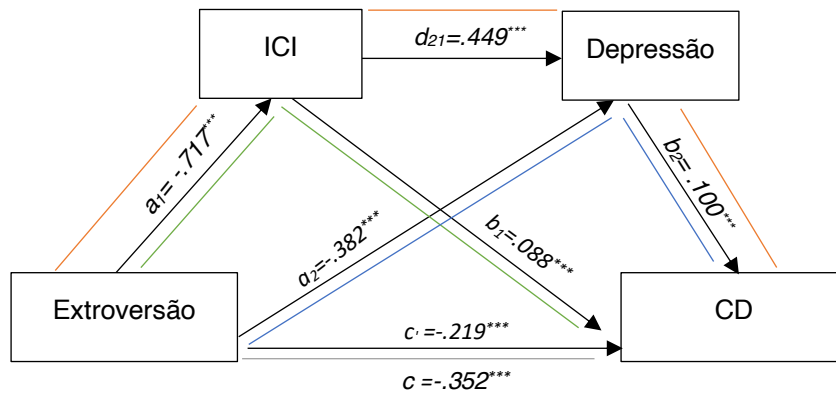


Figura M10 - Modelo de mediação múltipla serial X. Os números representam os coeficientes não padronizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M10 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação X

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		-.352	.048	<.001	-.447	-.258
Efeito direto		-.219	.049	<.001	-.315	-.123
Efeito indireto	total	-.133	.025	-	-.186	-.086
	$a_1 b_1$	-.063	.020	-	-.104	-.024
	$a_1 d_{21} b_2$	-.038	.015	-	-.071	-.013
	$a_2 b_2$	-.032	.012	-	-.058	-.011

Modelo de mediação XI

No modelo apresentado na figura M11, o otimismo representa a variável preditora, o ICI e a depressão os mediadores 1 e 2, respetivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam o otimismo ao CD são significativos e encontram-se descritos na tabela M11.

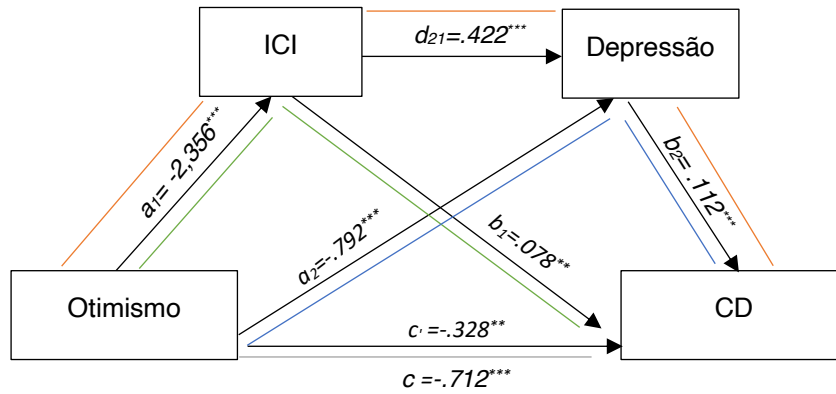


Figura M11 - Modelo de mediação múltipla serial XI. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M11 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação XI

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		-.712	.100	<.001	-.909	-.515
Efeito direto		-.328	.110	.003	-.544	-.111
Efeito indireto	total	-.384	.070	-	-.528	-.257
	$a_1b_1$	-.184	.067	-	-.318	-.053
	$a_1d_{21}b_2$	-.089	.037	-	-.175	-.031
	$a_2b_2$	-.112	.035	-	-.188	-.052

Modelo de mediação XII

No modelo apresentado na figura M12, o pessimismo representa a variável preditora, o ICI e a depressão os mediadores 1 e 2, respectivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam o pessimismo ao CD são significativos e encontram-se descritos na tabela M12.

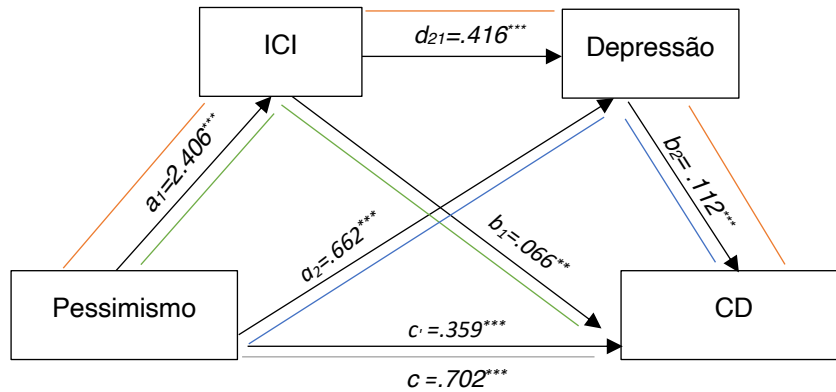


Figura M12 - Modelo de mediação múltipla serial XII. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M12 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação XII

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		.702	.087	<.001	.530	.874
Efeito direto		.359	.102	<.001	.160	.559
Efeito indireto	total	.343	.070	-	.214	.482
	$a_1b_1$	.158	.069	-	.019	.291
	$a_1d_{21}b_2$	.073	.031	-	.025	.147
	$a_2b_2$	.111	.036	-	.047	.188

Modelo de mediação XIII

No modelo apresentado na figura M13, o neuroticismo representa a variável preditora, o ICI e a ansiedade os mediadores 1 e 2, respetivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam o neuroticismo ao CD são significativos e encontram-se descritos na tabela M13.

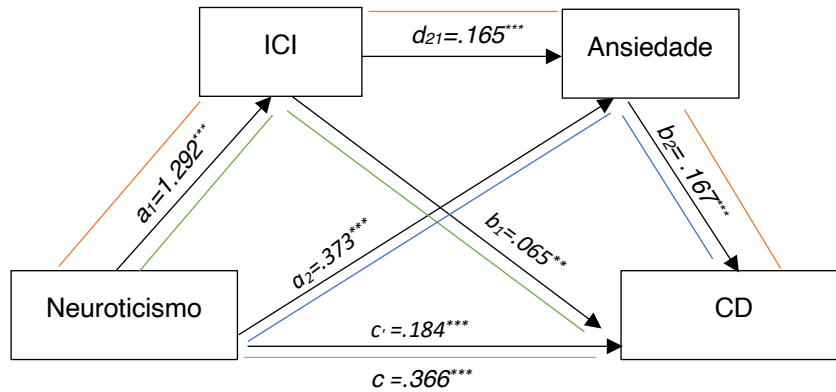


Figura M13 - Modelo de mediação múltipla serial XIII. Foi controlada a variável género [para neuroticíssimo ( $b = 2.121$ ,  $SE = .631$ ,  $t = 3.361$ ,  $p = .001$ )]. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M13 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação XIII

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		.367	.040	<.001	.287	.444
Efeito direto		.184	.052	<.001	.082	.285
Efeito indireto	total	.182	.040	-	.108	.263
	$a_1b_1$	.084	.035	-	.019	.154
	$a_1d_{21}b_2$	.062	.019	-	.028	.103
	$a_2b_2$	.036	.012	-	.015	.061

Modelo de mediação XIV

No modelo apresentado na figura M14, a extroversão representa a variável preditora, o ICI e a ansiedade os mediadores 1 e 2, respectivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam a extroversão ao CD são significativos e encontram-se descritos na tabela M14.

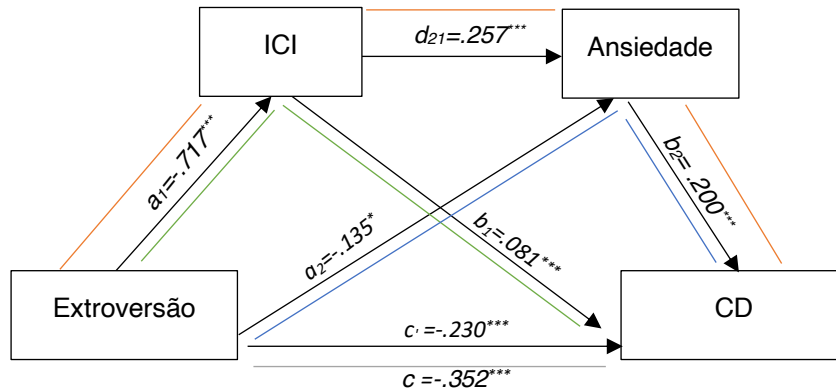


Figura M14 - Modelo de mediação múltipla serial XIV. Os números representam os coeficientes não padronizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M14 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação XIV

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		-.352	.048	<.001	-.447	-.258
Efeito direto		-.230	.047	<.001	-.323	-.138
Efeito indireto	total	-.122	.024	-	-.170	-.077
	$a_1 b_1$	-.058	.019	-	-.097	-.024
	$a_1 d_{21} b_2$	-.027	.012	-	-.053	-.005
	$a_2 b_2$	-.037	.010	-	-.059	-.019

Modelo de mediação XV

No modelo apresentado na figura M15, o otimismo representa a variável preditora, o ICI e a ansiedade os mediadores 1 e 2, respetivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam o otimismo ao CD são significativos e encontram-se descritos na tabela M15.

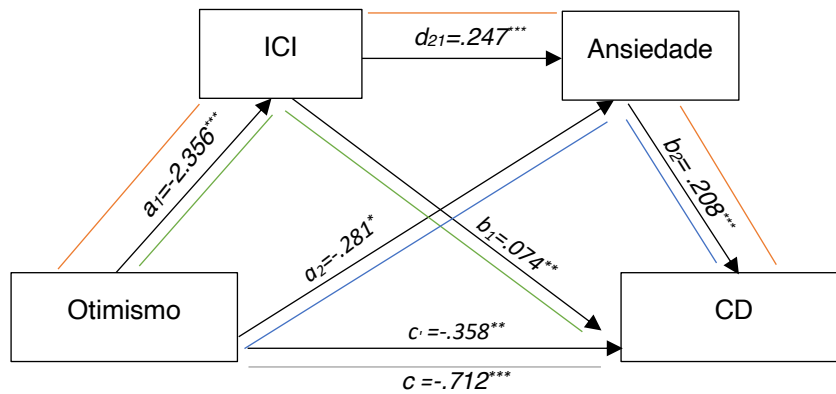


Figura M15 - Modelo de mediação múltipla serial XV. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M15 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação XV

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		- .712	.100	<.001	-.908	-.515
Efeito direto		-.358	.107	.001	-.568	-.148
Efeito indireto	total	-.354	.066	-	-.487	-.226
	$a_1b_1$	-.174	.060	-	-.292	-.059
	$a_1d_{21}b_2$	-.058	.030	-	-.123	-.003
	$a_2b_2$	-.121	.033	-	-.191	-.066

Modelo de mediação XVI

No modelo apresentado na figura M16, o pessimismo representa a variável preditora, o ICI e a ansiedade os mediadores 1 e 2, respectivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam o pessimismo ao CD são significativos e encontram-se descritos na tabela M16.

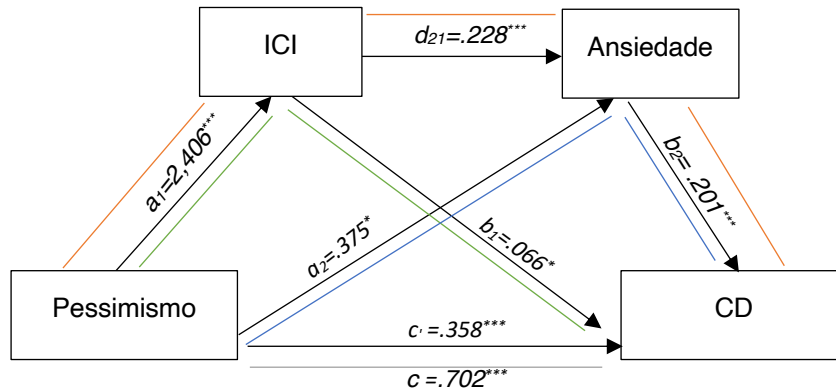


Figura M16 - Modelo de mediação múltipla serial XVI. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M16 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação XVI

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		.702	.087	<.001	.530	.874
Efeito direto		.358	.010	<.001	.161	.554
Efeito indireto	total	.345	.069	-	.215	.483
	$a_1b_1$	.159	.063	-	.034	.282
	$a_1d_{21}b_2$	.075	.030	-	.023	.140
	$a_2b_2$	.110	.030	-	.058	.176



Modelo de mediação XVII

No modelo apresentado na figura M17, o neuroticismo representa a variável preditora, o ICI e o stressse os mediadores 1 e 2, respetivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam o neuroticismo ao CD são significativos e encontram-se descritos na tabela M17.

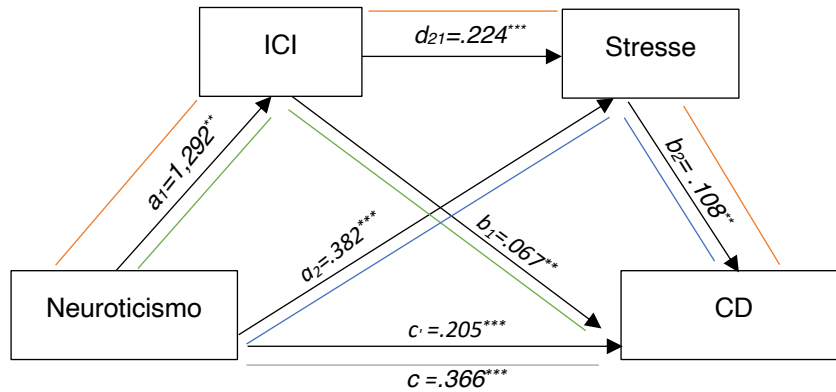


Figura M17 - Modelo de mediação múltipla serial XVII. Foi controlada a variável género [para neuroticíssimo ( $b = 2.121$ ,  $SE = .631$ ,  $t = 3.361$ ,  $p = .001$ )]. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M17 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação XVII

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		.366	.040	<.001	.287	.444
Efeito direto		.205	.052	<.001	.102	.307
Efeito indireto	total	.161	.039	-	.087	.240
	$a_1b_1$	.089	.036	-	.018	.161
	$a_1d_{21}b_2$	.041	.017	-	.011	.077
	$a_2b_2$	.031	.013	-	.008	.058

Modelo de mediação XVIII

No modelo apresentado na figura M18, a extroversão representa a variável preditora, o ICI e o stressse os mediadores 1 e 2, respetivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam a extroversão ao CD são significativos, exceto o caminho extroversão → ICI → stressse → CD e encontram-se descritos na tabela M18.

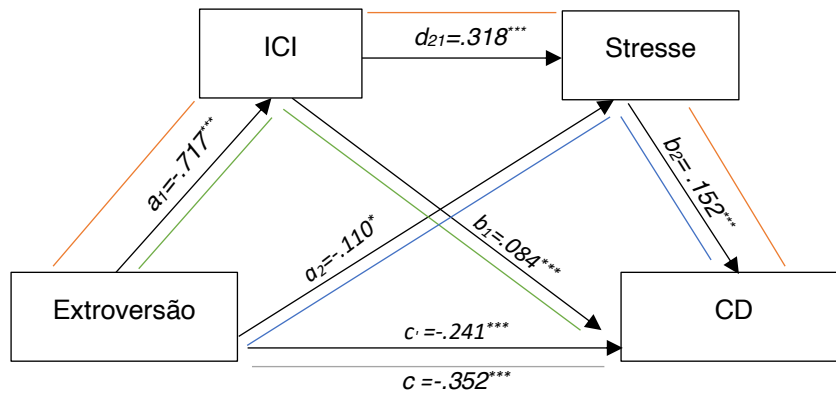


Figura M18 - Modelo de mediação múltipla serial XVIII. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M18 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação XVIII

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		-.352	.048	<.001	-.447	-.258
Efeito direto		-.241	.047	<.001	-.334	-.148
Efeito indireto	total	-.112	.023	-	-.158	-.069
	$a_1b_1$	-.060	.019	-	-.099	-.025
	$a_1d_{21}b_2$	-.017	.011	-	-.041	.002
	$a_2b_2$	-.035	.010	-	-.057	-.017

Modelo de mediação XIX

No modelo apresentado na figura M19, o otimismo representa a variável preditora, o ICI e o stresse os mediadores 1 e 2, respetivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam o Otimismo ao CD são significativos, exceto o caminho Otimismo → ICI → stresse → CD e encontram-se descritos na tabela M19.

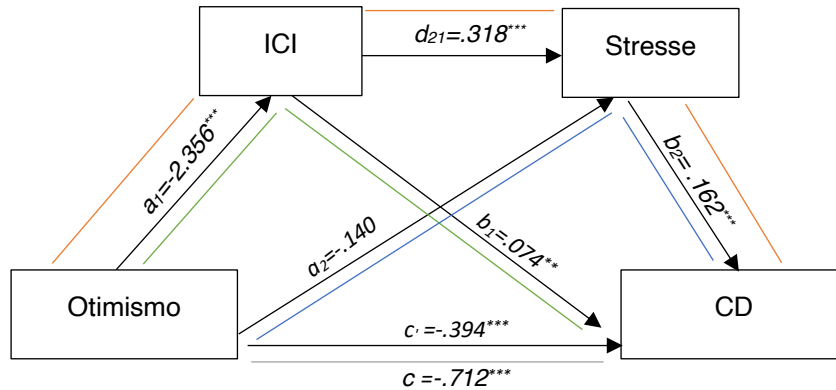


Figura M19 - Modelo de mediação múltipla serial XIX. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M19 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação XIX

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		-.712	.100	<.001	-.908	-.515
Efeito direto		-.394	.107	<.001	-.605	-.183
Efeito indireto	total	-.318	.065	-	-.448	-.196
	$a_1b_1$	-.174	.063	-	-.295	-.049
	$a_1d_{21}b_2$	-.023	.025	-	-.074	.025
	$a_2b_2$	-.121	.033	-	-.195	-.064

Modelo de mediação XX

No modelo apresentado na figura M20, o pessimismo representa a variável preditora, o ICI e o stressse os mediadores 1 e 2, respetivamente, e o CD representa a variável *outcome*. O modelo apresentou um efeito total significativo. O efeito indireto total demonstrou significância e todos os caminhos indiretos que ligam o pessimismo ao CD são significativos e encontram-se descritos na tabela M20.

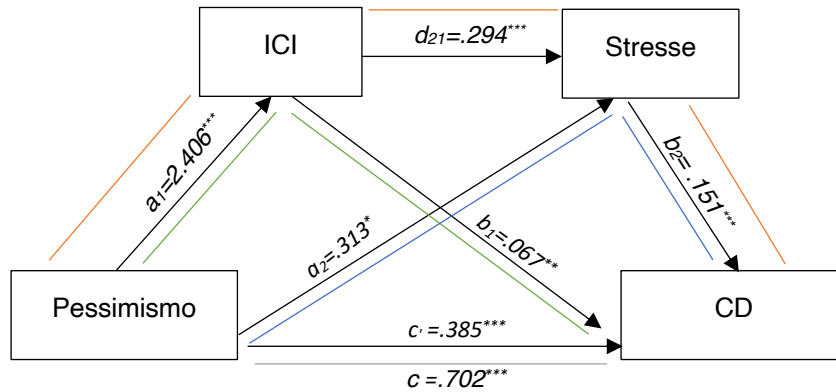


Figura M20 - Modelo de mediação múltipla serial XX. Os números representam os coeficientes não estandardizados. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela M20 - Método de bootstrapping para a análise do efeito indireto da mediação XX

		Coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
					lower	upper
Efeito total		.702	.087	<.001	.530	.874
Efeito direto		.385	.100	<.001	.189	.582
Efeito indireto	total	.317	.065	-	.197	.452
	$a_1b_1$	.162	.065	-	.038	.294
	$a_1d_{21}b_2$	.047	.024	-	.004	.099
	$a_2b_2$	.107	.032	-	.052	.175

## Discussão e Conclusão

O presente estudo foi realizado no âmbito de um projeto, em curso no Instituto de Psicologia Médica, “Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença, Estigma e Perturbação Psicológica”.

O desenvolvimento da ECPAD surgiu pela necessidade da existência de um instrumento que permitisse avaliar em simultâneo o CD e o CPA, construtos estes, relevantes para a psicologia médica<sup>15</sup>. Após a conclusão de que a ECPAD constitui uma escala adequada para fins clínicos e de investigação e sendo um instrumento útil, apropriado e válido para ser usado em amostras de doentes da população portuguesa<sup>2</sup>, recorreu-se à mesma para analisar a relação entre o CPAD e diversos traços de personalidade, com relevância na saúde: neuroticismo, extroversão, otimismo e pessimismo. Tendo-se verificado relações significativas com a dimensão de CD, avançámos para a análise da significância das potenciais vias, direta e indiretas, que ligam o traço ao comportamento, testando o efeito mediador do pensamento repetitivo negativo e dos níveis de perturbação psicológica.

De forma a atingir este objetivo, este estudo começou pela análise estatística descritiva, avaliando as medidas de tendência central e dispersão das diferentes variáveis em estudo, assim como as consistências internas obtidas para as escalas. Sendo que múltiplas variáveis obtiveram um  $\alpha$  de *Cronbach* superior ou muito próximo de 0,7, o que garantiu a sua fiabilidade<sup>16</sup>. Apesar de algumas variáveis terem apresentado coeficientes de correlação inferiores a 0,7, consideramos que tal não invalida o seu uso, pois trata-se de variáveis avaliadas através de um número reduzido de itens<sup>19</sup>. Além disso, é de salientar que, de entre as variáveis que acabaram por ser selecionadas para a análise mediacional, apenas uma, o stresse, apresentou  $\alpha$  de *Cronbach* inferior a 0,7. Os elevados níveis de fiabilidade coincidem com o descrito na literatura<sup>2</sup>.

Através das correlações de *Pearson*, obtivemos fortes correlações entre múltiplas variáveis, sendo de salientar a relação entre o CD e traços de personalidade como o neuroticismo, a extroversão, o otimismo, o pessimismo e a perturbação psicológica. A correlação de maior magnitude foi obtida entre o CD e o neuroticismo, tal como seria de esperar, e o CD e a perceção de stresse<sup>9</sup>.

Dado que a variável que obteve correlações mais expressivas e com maior número de constructos foi o CD, foi esta a selecionada para o aprofundamento da compreensão do papel dos traços de personalidade, da regulação emocional cognitiva e dos níveis de perturbação psicológica, perceção de stresse e de apoio, através do teste de modelos de mediação serial.

Todos os modelos de mediação serial múltipla apresentaram efeitos indiretos do ICI e da perceção de stresse, perceção de apoio, stresse, ansiedade e depressão na relação entre os constructos neuroticismo, extroversão, pessimismo e otimismo e o CD.

Porém, no modelo V a percepção de apoio não é mediador entre o neuroticismo e o CD. No modelo VII a percepção de apoio não é mediador entre otimismo → ICI → percepção de apoio → CD. No modelo VIII a percepção de apoio não é mediador entre pessimismo → ICI → percepção de apoio → CD. No modelo XVIII o stresse não é mediador entre extroversão → ICI → stresse → CD. No modelo XIX o stresse não é mediador entre otimismo → ICI → stresse → CD. Assim, parece, pois, que o pensamento repetitivo e os estados emocionais negativos, eles próprios bastante interligados, são mais relevantes enquanto vias de ligação entre a personalidade e o comportamento de doença.

O pensamento repetitivo, por si, é um preditor independente do *distress* psicológico<sup>13</sup>, logo era expectável que todos os caminhos de mediação apresentassem uma forte relação entre M1 e M2 (ICI e ansiedade, stresse e depressão), e superior à relação de mediação quando M2 corresponde a percepção de apoio e percepção de stresse.

Estados de ansiedade e depressão frequentemente resultam numa atenção aumentada e pessimista das sensações corporais experienciadas pelo doente<sup>17</sup>. Assim, uma vez que os doentes que sofrem de depressão ou ansiedade tendem a demonstrar mais preocupações com a doença, já era expectável que estes se apresentassem como robustos mediadores entre o neuroticismo / o pessimismo e o CD.

A percepção de stresse, avaliada neste estudo pela ESP 10<sup>7</sup>, foi utilizada como possível mediador assim como o stresse. Importa esclarecer que nem todos os estímulos de stresse, por si só provocam doença, uma vez que o seu potencial patogénico deriva da relação da pessoa com o ambiente. Assim importa valorizar a avaliação global que o individuo faz da situação e não apenas o acontecimento em si, ou seja, a percepção de stresse ocorre apenas quando a situação é avaliada como ameaçadora e o individuo acredita não dispor dos recursos adequados para lidar com ela<sup>18</sup>. Pode assim explicar-se a diferença obtida na relação de mediação em que M2 corresponde a percepção de stresse ou a stresse, avaliado pela escala EDAS<sup>4</sup>. Apesar de na generalidade os resultados serem semelhantes, ressalva-se que na relação em que o stresse corresponde a M2 (e não a percepção de stresse) no caminho constructo da personalidade → ICI → Stresse → CD, não existiu mediação.

O comportamento de doença é um dos fatores que mais influencia e diferencia o prognóstico e o tratamento entre doentes, que de outra forma poderiam ser similares dado o mesmo diagnóstico. Atualmente existem várias ferramentas que permitem avaliar o comportamento de doença e que podem ser integradas na prática clínica, sempre que necessário. No entanto estas ferramentas têm alvos parciais e devem ser parte de uma estratégia de avaliação que inclua as variações no comportamento e doença e a sua interação com stresse, ansiedade e depressão<sup>10</sup>.

Um dos maiores e mais promissores desafios da psicologia na saúde e mesmo saúde pública, é o entendimento e desenvolvimento de intervenções a nível individual, social

(interpessoal) e da comunidade para encaminhar os indivíduos para um percurso de vida saudável, mantê-los nesse percurso e ajudá-los a recuperar sempre que são forçados a sair do mesmo<sup>10</sup>. Para tal acontecer é necessário compreender a forma como diferentes traços de personalidade e processos cognitivos se relacionam. Com este trabalho, confirmou-se que o ICI é um forte mediador do papel de diversos traços de personalidade no CD. Sendo o ICI, um processo cognitivo, logo possivelmente modificável, mais do que os traços de personalidade, torna-se imperativo que o médico tenha em conta esta característica na relação médico-doente, garantindo assim que os cuidados estão a ser mais centrados no doente e que o melhor *outcome* de saúde está a ser investido.

Antes de terminar, é de salientar que, como se depreende da metodologia, a amostra, ao ter sido recrutada num meio clínico não representa todos os pacientes, mas apenas os que procuram os cuidados de saúde; todos os outros que se encontram doentes, mas não adotam esse papel, ficam de fora das possibilidades de investigação deste tópico.

Devido a vários questionários avaliarem formas habituais de ser e se comportar, a desejabilidade social, pode ter estado presente e, portanto, ser vista como uma limitação do estudo. O viés de resposta ao acaso poderá não ser significativo pois a extensão do protocolo era adequada e alguns itens encontram-se invertidos.

Como sugestão de estudo futuro, ressalva-se a pouca compreensão que este estudo permitiu obter sobre o papel da perceção de apoio como mediador na relação dos traços de personalidade com o CD, uma vez que a perceção de apoio não mediou a relação entre o neuroticismo, o otimismo e o pessimismo com o CD. No entanto, tal não era expectável, pois de acordo com a literatura, as relações interpessoais de qualidade satisfatória, onde se pode incluir a perceção de apoio constitui um fator promotor de saúde<sup>9</sup>.

Assim com este estudo conclui-se que o neuroticismo e (a baixa) extroversão direta e indiretamente (via ICI e perturbação psicológica) influenciam o CD. Este estudo reforça que os traços de personalidade e dos estados emocionais devem ser tidos em conta na comunicação e relação medico-doente.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor António Macedo e à Doutora Ana Telma Pereira pela oportunidade de participar neste projeto e por toda a atenção, dedicação, orientação e disponibilidade prestadas.

À restante equipa do Instituto de Psicologia Médica, que integraram o projeto no qual este trabalho se insere, pela colaboração dada sempre que necessário.

À Inês Proença, companheira deste projeto e de todo o percurso académico, por todo o incentivo, apoio e presença constante.

Por fim, ao Mário Matias e aos meus pais, os agradecimentos nunca serão suficientes por tudo o que fizeram, por me permitirem ter chegado até aqui e por todo o apoio, com o qual posso sempre contar.



## Bibliografia

1. Schomerus G, Appel K, Meffert PJ, Luppá M, Andersen RM, Grabe HJ, et al. Personality-related factors as predictors of help-seeking for depression: a population-based study applying the Behavioral Model of Health Services Use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2013 Nov 25;48(11):1809–17. Available from: .
2. Proença I. Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e Doença – Validação numa Amostra Clínica. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; 2020.
3. Silva, C.F., Azevedo, M.H.P., Dias, M.R.V.C. (1995). Estudo padronizado do trabalho por turnos versão portuguesa do SSI. *Psychologica*, 13, 27-36.
4. Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 2229-239.
5. Ehring T, Zetsche U, Weidacker K, Wahl K, Schonfeld S, Ehlers. A The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *J Behav Ther Exp Psychiatr*. 2011; 42, 225-32.
6. Silva, D., Pereira, A.T., Araújo, A., Soares, M.J., Macedo, A. (2014). Validação portuguesa do LOT-R como medida bidimensional de otimismo e pessimismo. Poster aceite para apresentação no V Fórum Boas Práticas em Saúde Mental, 23-25 de Outubro, Coimbra.
7. Amaral, A. P., Soares, M. J., Bos, S. C., Pereira, A. T., Marques, M., Valente, J., ... & Macedo, A. (2014). The perceived stress scale (PSS-10)-a Portuguese version. *Clínica*, 12, 187-93.
8. Mechanic D. The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. *Psychol Med* [Internet]. 1986 Feb 9;16(1):1–7. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291700002476/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291700002476/type/journal_article).
9. Macedo AF de, Pereira AT, Madeira N. *Psicologia na medicina* . Lisboa: LIDEL; 2018. 560 p.
10. Friedman, H. S., Kern, M. L., & Reynolds, C. A. (2010). Personality and health, subjective well-being, and longevity. *Journal of personality*, 78(1), 179-216.
11. Vollrath, M. E. (Ed.). (2006). *Handbook of personality and health*. John Wiley & Sons.
12. Rasmussen HN, Scheier MF, Greenhouse JB. Optimism and physical health: a meta-analytic review. *Ann Behav Med*. 2009;37(3):239–256. doi:10.1007/s12160-009-9111-x.
13. Macedo AF de, Pereira AT, Andrade J. *Perturbação Obsessivo – compulsiva – o insustentável peso da dúvida* .1st ed. Lidel. Lisboa: LIDEL; 2016. 165-179p.

14. Kern, M.L. and Friedman, H.S. (2011), Personality and Pathways of Influence on Physical Health. *Social and Personality Psychology Compass*, 5: 76-87. doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00331.x
15. Cornally N, McCarthy G. Help-seeking behaviour: A concept analysis. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2011 Jun;17(3):280–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-172X.2011.01936.x>
16. Streiner, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*. v. 80, p. 217-222. 2003.
17. Sirri L, Fava G, A, Sonino N: The Unifying Concept of Illness Behavior. *Psychother Psychosom* 2013;82:74-81. doi: 10.1159/000343508
18. Trigo, Miguel; et al. - Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stresse Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*. Nº 53 (2010) . Available from: <http://hdl.handle.net/10316.2/5540> DOI:[http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606\\_53\\_17](http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_53_17)
19. Pereira A, Marques C (2018). Fundamentos da psicometria. In, A Macedo, AT Pereira & Madeira N. (Coords.) *Psicologia na Medicina*. pp. 151-178, Lidel.

## ANEXOS

**Anexo I 086-CE-2017 – Aprovação da Comissão de Ética e do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra**



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC**

Of. Refª **086-CE-2017**

Data 24/7/2017

C/C aos Exmos. Senhores

Investigadores e co-investigadores

Exmo. Senhor

Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira

Director da Faculdade de Medicina de

Universidade de Coimbra

**Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projeto de Investigação autónomo (refª CE-076/2017).**

**Investigador(a) Principal:** António João Ferreira de Macedo e Santos

**Co-Investigador(es):** Ana Telma Fernandes Pereira, Maria João Martins, Maria João de Castro Soares, Ana Isabel Araújo e Cristiana Campos Marques

**Título do Projeto:** *"Comportamento de procura de ajuda e de doença, estigma e perturbação psicológica"*.

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 não se excluindo, no entanto, a necessidade de submissão à Comissão de Ética, caso exista, da(s) Instituição(ões) onde será realizado o Projeto"*.**

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.: +351 239 857 706 (Ext. 542706) | Fax: +351 239 823 236

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

**Anexo II - CHUC-146-17 - Aprovação da Comissão de Ética para a Saúde do  
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra**



UNIDADE DE INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Exmo Senhor  
Prof. Doutor Fernando Regateiro  
Presidente do Conselho de  
Administração  
Centro Hospitalar e Universitário de  
Coimbra, EPE

12.5  
R CA  
R  
22/3/2018

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		CHUC-146-17	27-02-2018

**ASSUNTO:** Aprovação do Projeto de Investigação CHUC-146-17

A pedido de **Prof. Doutor António João Ferreira de Macedo e Santos**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projeto de Investigação sobre **"COMPORTAMENTO DE PROCURA DE AJUDA E DE DOENÇA, ESTIGMA E PERTURBAÇÃO PSICOLÓGICA"**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer **favorável** da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex.ª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl'A Coordenadora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

Saraiva  
(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

C.H.U.C. - Conselho de Administração

António J. F. de Macedo e Santos  
4/4/2018

Prof. Doutor Fernando Regateiro (Presidente do Conselho de Administração)

Prof. Doutor António João Ferreira de Macedo e Santos (Vice-Presidente)

Prof. Doutor António João Ferreira de Macedo e Santos (Membro)

Prof. Doutor António João Ferreira de Macedo e Santos (Membro)

Prof. Doutor António João Ferreira de Macedo e Santos (Membro)

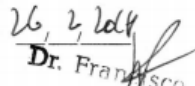
C.H.U.C. - EPE  
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
Reg. N.º 1674 PCA  
Origem  
Data 23/3/2018

C.H.U.C. - EPE  
UNIDADE DE INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO  
CENTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS  
12104/2018

Comissão de Ética para a Saúde

Visto/ À U.I.D.  
para difusão

Exmo. Senhor  
Dr. Francisco Parente  
Digmº Diretor Clínico do CHUC

  
**Dr. Francisco Parente**  
Diretor Clínico  
CHUC - E.P.E.

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 042/CES	16-02-2018
		Proc. N.º <b>CHUC-146-17</b>	

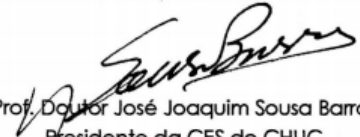
**ASSUNTO:** *Estudo Observacional "Comportamento de procura de Ajuda e de Doença, Estigma e Perturbação Psicológica."* – Prof. Doutor António João Ferreira de Macedo e Santos - Diretor do Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (estudo a ser realizado nos Serviços de Cardiologia A, CRI Psiquiatria, Medicina Interna A, Reumatologia, Pneumologia A, Neurologia, Oncologia Médica, Gastroenterologia do CHUC).  
(Entrada do processo na CES a 17.11.2017)

Cumpra informar Vossa Ex.ª de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 16 de Fevereiro de 2018, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
DO CHUC, E.P.E.

  
Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros  
Presidente da CES do CHUC

LP/CES

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Ent.ª Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Alonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Ent.ª Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

## Anexo III - Questionário de autorresposta



### I

Por favor, complete a informação seguinte:

1. Qual a sua data de nascimento? \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_ 2. Sexo: Feminino  Masculino

3. Em que país nasceu? \_\_\_\_\_

4. Qual é o seu estado civil actual? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

- Solteiro  Viúvo  
 Casado/ Em união de facto  Divorciado/Separado  
 Outro, qual? \_\_\_\_\_

5. Qual é o seu grau de escolaridade? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

- 1º Ciclo (até ao quarto ano)  2º Ciclo (até ao sexto ano)  
 3º Ciclo (até ao nono ano)  Secundário  
 Licenciatura  Mestrado  
 Doutoramento  Outro, qual? \_\_\_\_\_

5. Qual é a sua profissão? \_\_\_\_\_

5.1. Situação actual perante o trabalho:

- A trabalhar  Desempregado  
 De baixa/atestado  Outra, qual? \_\_\_\_\_

6. Está a ser seguido em que especialidade médica? Por favor, coloque uma cruz (X) na(s) opção (ões) que se aplicam:

- Cardiologia  Gastrenterologia  Pneumologia  Neurologia  
 Medicina Interna  Oncologia Médica  Psiquiatria  Reumatologia  
 Outra/s. Qual/ais?

6.1. Qual o motivo da consulta/ o seu diagnóstico? Por favor, descreva:

---

---

---

## II

1. Alguma vez teve algum **problema de saúde** que o(a) levou a procurar ajuda médica?

a. Não

b. Sim, tive problemas médicos ligeiros (não necessitaram de internamento e/ou não prejudicaram o funcionamento normal da minha vida)

**Se assinalou "sim", por favor indique:**

b1. não recorri ao médico

b2. Recorri ao médico de família

b3. Recorri a hospital ou clínica (urgência, consulta...)

c. Sim, tive problemas médicos importantes (necessitaram de internamento e/ou prejudicaram o funcionamento normal da minha vida)).

**Se assinalou "sim", por favor indique:**

c1. tratados pelo médico de família

c2. tratados em consulta de especialidade

c3. tratados em internamento

2. Actualmente, sofre de alguma doença diagnosticada pelo médico?

a. Não

b. Sim

**Se assinalou "sim", por favor indique:**

Doença: \_\_\_\_\_

Ano em que foi diagnosticada: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3. No passado, sofreu de alguma doença diagnosticada pelo médico?

a. Não

b. Sim

**Se assinalou "sim", por favor indique:**

Doença: \_\_\_\_\_

Ano em que foi diagnosticada: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## II

Os questionários que se seguem relacionam-se com o seu **MODO HABITUAL DE SER, PENSAR OU AGIR**. Por favor, coloque um círculo na resposta que melhor se aplica a si, usando as escalas de resposta indicadas. Não há respostas certas ou erradas.

### ECPAD

Para cada afirmação, faça um **círculo**, à volta do número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**. Use a seguinte escala de avaliação.

	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Nem concordo nem discordo	4 Concordo	5 Concordo fortemente
1. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente.	1	2	3	4	5
2. Sou uma pessoa que não costuma preocupar-se com doenças.	1	2	3	4	5
3. Quando ando mais “nervoso” ou “em baixo” não dou importância e espero que passe.	1	2	3	4	5
4. Quando noto algum problema de saúde preocupo-me e fico a pensar nisso.	1	2	3	4	5
5. Tenho tendência a sentir mais sintomas físicos do que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
6. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a “deixar andar”.	1	2	3	4	5
7. Considero que a minha saúde física é pior do que a das outras pessoas da minha idade.	1	2	3	4	5
8. Tenho tendência a sentir-me mais “nervoso” ou “em baixo” do que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
9. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir conselho ou ajuda a uma pessoa próxima.	1	2	3	4	5
10. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir ajuda ao médico.	1	2	3	4	5
11. Mesmo quando me sinto bem, faço consultas anuais de rotina.	1	2	3	4	5
12. Quando o médico pede exames desleixo-me a fazê-los.	1	2	3	4	5
13. Cumpro a medicação prescrita pelo médico.	1	2	3	4	5
14. Quando o médico receita uma medicação só tomo aquela que eu acho que é necessária.	1	2	3	4	5
15. No geral, penso que compreendo bem os meus problemas de saúde.	1	2	3	4	5
16. Para conhecer melhor os meus problemas de saúde e tratamentos procuro informação em muitos sítios (p.ex. médico, amigos, livros, internet...).	1	2	3	4	5
17. Costumo fazer os exames médicos aconselhados para a minha idade (ex: mamografia, nas mulheres após 40 anos) ou para seguimento de algum problema físico (ex: colesterol elevado).	1	2	3	4	5

Por favor continue na página seguinte.

**EPI**

Para cada afirmação, faça um **círculo**, à volta do número que melhor se aplica a si:

	Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Gosto de muita excitação e alarido à minha volta	1	2	3	4
2. O meu humor tem altos e baixos	1	2	3	4
3. Sou uma pessoa cheia de vida	1	2	3	4
4. Sinto-me infeliz sem ter motivos para isso	1	2	3	4
5. Gosto de me misturar com as pessoas	1	2	3	4
6. Quando me aborreço preciso de alguém amigo para conversar	1	2	3	4
7. Considero-me uma pessoa que confia na sorte	1	2	3	4
8. Sou perturbado/a por sentimentos de culpa	1	2	3	4
9. Vou e divirto-me muito numa festa animada	1	2	3	4
10. Considero-me uma pessoa tensa, muito nervosa	1	2	3	4
11. Gosto de pregar partidas	1	2	3	4
12. Sofro de insónias	1	2	3	4

**OP2**

A próxima pergunta tem a ver com optimismo. Os optimistas são pessoas que olham para o futuro com confiança e que a maioria das vezes esperam que aconteçam coisas boas.

Como é que se descreve a si mesmo?

**Em geral, em que medida é optimista?** (Por favor faça um círculo à volta da resposta que melhor o descreve).

Nada optimista						Muito optimista
1	2	3	4	5	6	7

A próxima pergunta tem a ver com pessimismo. Os pessimistas são pessoas que ficam cheias de dúvidas quando olham para o futuro e que na maioria das vezes esperam que aconteçam coisas más.

Como é que se descreve a si mesmo?

**Em geral, em que medida pessimista?** (Por favor faça um círculo à volta da resposta que melhor o descreve).

Nada pessimista						Muito pessimista
1	2	3	4	5	6	7

**Por favor continue na página seguinte.**

**QPP-15**

Neste questionário ser-lhe-á pedido que descreva a forma como habitualmente pensa sobre experiências negativas ou problemas. Por favor leia as seguintes afirmações e assinale em que medida elas se aplicam a si, quando pensa nas experiências negativas ou problemas.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Os mesmos pensamentos passam pela minha cabeça vezes sem conta.	0	1	2	3	4
2. Os pensamentos metem-se na minha cabeça.	0	1	2	3	4
3. Não consigo parar de cismar neles.	0	1	2	3	4
4. Penso em muitos problemas sem resolver nenhum deles.	0	1	2	3	4
5. Não consigo fazer mais nada enquanto penso sobre os meus problemas.	0	1	2	3	4
6. Os meus pensamentos repetem-se.	0	1	2	3	4
7. Os pensamentos vêm-me à cabeça sem que eu queira.	0	1	2	3	4
8. Fico bloqueado em certas questões e não consigo avançar.	0	1	2	3	4
9. Questiono-me continuamente sem encontrar nenhuma resposta.	0	1	2	3	4
10. Os meus pensamentos impedem-me de prestar atenção a outras coisas.	0	1	2	3	4
11. Estou continuamente a pensar na mesma coisa.	0	1	2	3	4
12. Os pensamentos surgem subitamente na minha cabeça.	0	1	2	3	4
13. Sinto-me levado a pensar na mesma coisa.	0	1	2	3	4
14. Os meus pensamentos não me ajudam muito.	0	1	2	3	4
15. Os meus pensamentos consomem toda a minha atenção.	0	1	2	3	4

**SF-SP**

Coloque um círculo à volta da resposta apropriada.

1. Em geral, como tem sido a sua saúde física?	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
2. Em geral, como tem sido a sua saúde psicológica/mental?	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa

Por favor continue na página seguinte.

### III

Os próximos questionários incidem no modo como se sentiu no **ÚLTIMO MÊS** ou na **ÚLTIMA SEMANA**.

#### ESP

As questões nesta escala dizem respeito aos seus sentimentos e pensamentos durante o **ÚLTIMO MÊS**. Para cada questão, ponha um círculo, à volta do número que melhor corresponde ao número de vezes que pensou ou sentiu dessa maneira.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Muitas vezes
1. No último mês, com que frequência se sentiu incomodado por algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. No último mês, com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?	0	1	2	3	4
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e stressado(a)?	0	1	2	3	4
4. No último mês, com que frequência se sentiu confiante quanto à sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?	0	1	2	3	4
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?	0	1	2	3	4
6. No último mês, com que frequência achou que não conseguia lidar com todas as coisas que tinha de fazer?	0	1	2	3	4
7. No último mês, com que frequência tem sido capaz de controlar as coisas que o/a irritam na sua vida?	0	1	2	3	4
8. No último mês, com que frequência sentiu que tinha tudo sob controlo?	0	1	2	3	4
9. No último mês, com que frequência ficou irritado por causa de coisas que estavam fora do seu controlo?	0	1	2	3	4
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular de tal forma que não conseguiria superá-las?	0	1	2	3	4
Pa. Sente que tem tido o apoio e ajuda de que necessita (do marido/companheiro/namorado, família, amigos, vizinhos e/ou outros)?	0	1	2	3	4
Pr. Procure recordar-se de acontecimentos de vida/problemas ocorrido(s) no último mês. Em que medida considera ter sido o causador desses acontecimentos/problemas?	0	1	2	3	4

Por favor continue na página seguinte.

## EADS-21

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **DURANTE A SEMANA PASSADA**. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. A classificação é a seguinte:

<b>0</b> Não se aplicou nada a mim	<b>1</b> Aplicou-se a mim algumas vezes	<b>2</b> Aplicou-se a mim muitas vezes	<b>3</b> Aplicou-se a mim a maior parte das vezes	
1. Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitada	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13. Senti-me desanimada e melancólica	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20. Senti-me assustada sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

**Muito obrigada pela sua colaboração. Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.**

**Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Pólo I),**

Rua Larga, 3004-504 COIMBRA; 239857759; [apereira@fmed.uc.pt](mailto:apereira@fmed.uc.pt); [cristiana.marques@uc.pt](mailto:cristiana.marques@uc.pt)



**EPA 2020**

28<sup>TH</sup> EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY

Madrid, Spain

28-31 March 2020

Parte deste trabalho e de outro realizado no âmbito do mesmo projeto de investigação foram submetidas ao **28th European Congress of Psychiatry (EPA 2020)**, que irá realizar-se em Madrid, Espanha, de 28 a 31 de Março de 2020.

Os abstracts, a serem aceites, serão publicados no *European Psychiatry*.

Referências:

Inês Proença, Nadine Almeida, Ana Telma Pereira, Ana Araújo, Cândida Coelho, Manuel Coroa, Diana Moura, Pedro Oliveira, Sofia Ferreira, Maria João Soares, António Macedo (2020) Illness and Help-Seeking Behaviour Scale – Validation in a clinical sample. *European Psychiatry* (submetido).

Nadine Almeida, Inês Proença, Ana Telma Pereira, Ana Araújo, Diana Moura, Sofia Ferreira, Manuel Coroa, Pedro Oliveira, Cândida Coelho, Maria João Soares, António Macedo (2020). Illness behaviour, personality and psychological distress – Mediation study in a clinical sample. *European Psychiatry* (submetido).