

1 2 9 0



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

DANIELA BRUM DE CARVALHO

***Impacto do estigma relativo à doença mental no
Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença
na População Geral***

ARTIGO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOÃO FERREIRA MACEDO SANTOS

MESTRE MARIA JOÃO DE CASTRO SOARES

11/2020

Impacto do estigma relativo à doença mental no Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença na População Geral

Daniela Brum de Carvalho 1

Mestre Maria João de Castro Soares 2

Professor Doutor António Ferreira de Macedo 1,2,3

1. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
2. Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
3. Centro de Responsabilidade Integrada de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Da Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Rua Larga 3004-504 Coimbra

amacedo@ci.uc.pt

ÍNDICE

Abreviaturas.....	3
Resumo.....	4
Abstract.....	5
Introdução.....	6
Material e Métodos.....	7
Amostra.....	7
Instrumentos.....	9
Análise estatística.....	11
Resultados.....	12
Diferenças nas variáveis entre grupos.....	12
Grupos com perturbação psicológica que responderam à EE.....	12
Grupos com diferente qualidade de saúde psicológica atual e/ou recente.....	15
Relação das variáveis com os CPAD.....	17
ECPAD nos grupos de Estigma.....	17
Correlações das variáveis com a ECPAD.....	23
Preditores da ECPAD.....	25
Discussão e Conclusão.....	32
Agradecimentos.....	37
Referências bibliográficas.....	38
Anexos.....	41

ABREVIATURAS

ARS-F: Auto-relato da Saúde Física

ARS-P: Auto-relato da Saúde Psicológica

AS: Apoio social

CD: Comportamento de doença

CPA: Comportamento de Procura de Ajuda

CPAD: Comportamento de Procura de ajuda e Doença

ECPAD: Escala de comportamento de Procura de ajuda e Doença

ECPAD-F1: Comportamento de doença

ECPAD-F2: Comportamento de procura de ajuda

ECPAD-F3: Perceção da saúde

ECPAD-F4: Preocupações com a saúde e proatividade na procura de ajuda

ECPAD-T: Pontuação total da ECPAD

EE: Escala de estigma

EE-F1: Divulgação

EE-F2: Discriminação

EE-F3: Aceitação

EE-F4: Crescimento Pessoal

EE-T: Pontuação total da EE

G-A: Grupo com perturbação psicológica/mental no presente, que iniciou de novo

G-BE: Grupo com nível de estigma baixo

G-EE: Grupo com nível de estigma elevado

G-ME: Grupo com nível de estigma médio

G-P: Grupo com perturbação psicológica/mental no passado, que remitiu

G-PA: Grupo com perturbação psicológica/mental no presente e no passado, que persiste

PA: Procura de ajuda

PAPS: Procura de ajuda de um profissional de saúde para a perturbação psicológica/mental

PCS&PAP: Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa

PS: Perceção da saúde

QSG-12: Questionário de Saúde Geral; (versão 12 itens)

SPLV: Saúde psicológica ao longo da vida

RESUMO

Introdução: O auto-estigma relativo à doença mental tem sido associado a uma redução do *Comportamento de Procura de Ajuda* (CPA) em doentes psiquiátricos e população geral, bem como a fatores de pior prognóstico e menor adesão terapêutica. Neste contexto, pretende-se estudar a relação do auto-estigma com o CPA e de *Doença* (CPAD) em adultos da População Portuguesa, verificando em que medida ambos se associam à saúde percebida, à gravidade dos sintomas e ao curso da perturbação.

Materiais e Métodos: 398 indivíduos da população portuguesa (73,4% mulheres; idade média±DP=32,45±12,75 anos), preencheram um questionário *online*, incluindo a Escala de Estigma (EE), Escala CPAD, QSG-12, questões sobre o autorrelato da saúde física e psicológica, apoio social e antecedentes psiquiátricos. Da subamostra de respondentes da EE (n=115), constituíram-se três subgrupos baseados (1) na presença de perturbação mental e no respetivo período temporal de ocorrência (2) na pontuação total da EE e (2) do QGS-12.

Resultados: Observou-se uma associação negativa entre o *Estigma Global* e a *ECPAD-total* e suas dimensões – CPA, *Comportamento de Doença/CD*, *Preocupações com a Saúde e Procura de Ajuda Proativa/ PCS&PAP* – e positiva com a *Perceção da Saúde/PS*. A dimensão CPA relacionou-se negativamente com as dimensões da EE: *Divulgação*, *Discriminação*, *Aceitação* e *Crescimento Pessoal*. Identificaram-se níveis superiores de estigma e inferiores de CPA nos grupos: com perturbação, *de novo* e/ou pior saúde mental atual. Estes grupos relatam uma pior saúde mental em toda a vida e menor apoio social (AS). Por último, a ECPAD e as suas dimensões apresentaram diferentes preditores significativos: *Aceitação (ECPAD-total)*; *Crescimento Pessoal* e AS (CD); *Crescimento Pessoal* e *Estigma Global* (CPA); autorrelato da saúde psicológica e física (PS); idade e AS (PCS&PAP).

Discussão: Globalmente, níveis elevados de auto-estigma, incluindo sentimentos de *Discriminação* e receios de *Divulgação* da condição mental, a baixa *Aceitação* e o baixo *Crescimento Pessoal* associam-se aos CPAD menos ajustados. Salienta-se que CPAD mais ajustados são influenciados, principalmente, pelos fatores positivos da EE e pelo AS, sendo mais preponderantes nos indivíduos que tenham experienciado perturbação mental no passado e que persiste na atualidade, sublinhando que mesmo um curso de doença crónico pode acompanhar-se de desenvolvimento pessoal e uma rede de apoio sólida. Por último, o AS parece prevenir o desenvolvimento de doença mental *de novo*.

Conclusão: O auto-estigma tem um impacto negativo no CPAD dos indivíduos da população portuguesa e associa-se à perceção da saúde; gravidade sintomatológica e curso da doença.

Palavras chave: doença mental, auto-estigma, comportamento de procura de ajuda, comportamento de doença, população geral.

ABSTRACT

Introduction: Self-stigma in the context of mental health has been associated with a reduction of *Help-Seeking Behavior* (HSB) in psychiatric patients and the general population, as well as, with poor prognosis and lower treatment compliance. Thus, the present study aims to investigate the association between self-stigma and *Illness and HSB* (IHSBS) in adults of the Portuguese population, investigating the extent to which both are associated with perceived health, symptoms severity and the course of the disorder.

Material and Methods: 398 subjects from the general population (73.4% women; mean±SD aged 32,45±12,75 years old) filled out a questionnaire including the stigma scale (SS), the Illness and Help-seeking Behavior Scale (IHSBS), the General Health Questionnaire (GHQ-12), questions on the physical and psychological self-reported health, social support and previous history of psychiatric illness. Respondents of the SS (n=115) were subdivided in three subgroups based on (1) the presence of mental disease/distress and its occurrence time period and on (2) the total score of the SS and (3) of the GHQ-12.

Results: *Global Stigma* presented a significant negative correlation with the total IHSBS and its factors – *HSB, Illness Behavior/IB, Health Worries and Proactive Help-seeking/HW&PHSB* – and positive with the *Health Perception/HP*. The dimension *HSB* was negatively associated with the SS factors: *Disclosure, Discrimination, Acceptance* and *Personal Growth*. Superior levels of stigma and inferior levels of HSB were identified in the following groups: with new onset of mental disorder and/or worse current mental health. These groups reported a worse lifetime mental health and less social support. Lastly, IHSBS and its factors had different significant predictable variables: *Acceptance (Total-IHSB); Personal Growth* and social support (IB); *Personal Growth* and *Global Stigma* (HSB); the physical and psychological self-reported health (HP), age and social support (*HW&PHSB*).

Discussion: Overall, high stigma levels, including *Discrimination* experiences and fear of *Disclosure* of the mental condition, the low *Acceptance* and *Personal Growth* are associated with less adjusted *IHSB*. The two positive SS factors and social support stand out as the stronger contributors for adjusted *IHSB*, being more predominant in individuals with past and current mental disease/distress. This suggests that a chronic illness course can be accompanied by personal development and a solid support network. Lastly, social support appears to prevent the development of mental illness.

Conclusion: Self-stigma has a negative impact on the *IHSB* of the Portuguese general population and it is associated with health perception, symptoms severity and illness course.

Key Words: Mental disease, Self-Stigma, Illness behavior, Help-seeking behavior, General Population.

INTRODUÇÃO

A forma como cada indivíduo percebe, avalia e age face aos sintomas que experiencia denomina-se de Comportamento de Doença (CD).¹ Por sua vez, a tomada de decisão para agir em relação a uma perturbação, física e/ou emocional, corresponde ao conceito de Comportamento de Procura de Ajuda (CPA). O CPA pode determinar o diagnóstico e o tratamento atempados, influenciando positiva ou negativamente o prognóstico das doenças.²

Fatores psicológicos (ex., as crenças/cognições, os aspetos emocionais e os traços de personalidade), que afetam o modo como o doente interpreta e experiencia os sintomas, nomeadamente o grau de ameaça envolvido, influenciam consideravelmente o CPA, por alterarem a percepção de stresse.³ Simultaneamente, é também afetado por fatores sociodemográficos e culturais, experiências individuais anteriores (ex. fracasso ou sucesso dos tratamentos anteriores) e pela rede de suporte social que, quando existente, influencia positivamente o CPA.^{4,5} Estudos em doentes mentais reportam, também, que estes indivíduos têm tendência a tratarem do seu problema autonomamente, com percepção reduzida da necessidade de tratamento e ajuda.^{6,7} Igualmente se verifica a influência da literacia e do estigma sobre a doença mental, nessa população.^{8,9}

O estigma engloba, de um modo geral, estereótipos, rótulos e generalizações negativos ou injustos face a membros de um determinado grupo social, habitualmente, minorias,² tal como o doente mental (ex. considerar doentes mentais perigosos, violentos ou incapazes). Estes estereótipos/ preconceitos conduzem a discriminação, intolerância e exclusão social (ex. desemprego), quer a nível individual, quer organizacional e institucional.¹⁰

A percepção de um indivíduo relativamente aos estereótipos presentes na sociedade constitui o estigma público percebido, enquanto o estigma pessoal traduz as atitudes dos próprios indivíduos para com o grupo estigmatizado.^{2,11} A experiência de julgamento ou qualquer forma de tratamento, inadequado ou discriminatório, vivida ou sentida pelo indivíduo – estigma experienciado² –, ou a internalização desses estereótipos negativos, pode resultar no estigma internalizado.¹² Este traduz-se pela avaliação negativa e desvalorização do próprio e conseqüente antecipação de rejeição e discriminação social,^{8,9,13} provocando um profundo impacto psicológico.¹⁴ De facto, o auto-estigma associado à doença mental relaciona-se com fatores de pior prognóstico, incluindo a baixa auto-estima,¹⁵ níveis mais reduzidos de funcionamento ocupacional e social^{9,13,16} e níveis mais elevados de perturbação psicológica (sintomatologia ansiosa e depressiva).¹⁷ Por último, existe, ainda, o estigma associado ao tratamento que implica relutância quanto à procura, realização ou utilidade do mesmo.^{2,11}

Atualmente, estudos efetuados, quer em doentes psiquiátricos,¹⁷ quer na população geral,^{2,11,15,18,19} têm demonstrado, salvo raras exceções,²⁰ uma correlação negativa entre o estigma relativo à doença mental e o CPA. Assim, o estigma representa uma verdadeira barreira à procura de ajuda, profissional ou não, e aos cuidados de saúde mental.^{12,21} É importante salientar, ainda, que em todo o mundo, cerca de 70% dos doentes mentais não recebem tratamento.²²

Com base nesta informação e nos efeitos nocivos que o estigma apresenta para a saúde do próprio doente mental, este projeto de investigação tem como objetivo central estudar o estigma internalizado face à doença mental em adultos da população portuguesa e a sua relação com os Comportamentos de Procura de Ajuda e de Doença (CPAD) e em que medida estas duas variáveis se associam à saúde percebida, à gravidade dos sintomas e ao curso da perturbação. Pretende-se providenciar suporte científico que estimule o desenvolvimento de consciencialização sobre a problemática e, conseqüentemente, a implementação de medidas de combate ao estigma.

MÉTODOS

O presente estudo (Refª CE-044/2020) consiste num aditamento do projeto “Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença, Estigma e Perturbação Psicológica” (Refª CE-076/2017) foi aprovado pela Comissão de Ética e pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).

Uma amostra da população geral participou neste projeto de investigação entre Maio e Setembro de 2020, através do preenchimento de vários questionários *online* (Anexo III), divulgados nas redes de comunicação sociais. Informações quanto aos objetivos da investigação, à confidencialidade dos dados e o consentimento informado foram fornecidos a todos os participantes, sendo o critério da sua inclusão no estudo o terem 18 anos ou mais.

Amostra

A amostra é não probabilística de conveniência, sendo constituída por 398 elementos (73,4% mulheres), com idade média de 32,45 anos (DP=12,75, variação: 18-71), maioritariamente solteiros e casados/união de facto (Tabela 1), residentes em cidades e com naturalidade Portuguesa (Tabela 2). Os indivíduos naturais de outros países (7,8% de PALOP) residem em média há 27,27 anos em Portugal (DP: 15.40; variação 0.7-1) (Tabela 2).

Tabela 1 – Caracterização da amostra (N= 398)

Variáveis	Média (DP; mín.-máx.) Mediana (P25-P75)
Idade	32.45 (12,75; 18-71) 27.00 (23-40)
Género	n (%) ‡
Homem	104 (26.1)
Mulher	292 (73.4)
Outro	2 (0.5)
Estado civil	n (%) ‡
Solteiro	258 (65.2)
Casado/União de facto	116 (29.3)
Separado/divorciado	22 (5.6)

‡ Os valores podem não corresponder ao total, devido a dados omissos

Tabela 2 – Naturalidade e residência (N= 398)

Variáveis	
Naturalidade	n (%) ‡
Portuguesa	344 (86.4)
*PALOP	31 (7.8)
Outros países Europeus	14 (3.5)
Outros países	9 (2.3)
	Média (DP; mín.-máx.) Mediana (P25-P75)
Tempo de residência	27.27 (15.40; 0.7-1)
Área Urbanística de residência	n (%) ‡
Cidade	285 (71.6)
Vila	66 (16.6)
Aldeia	47 (11.8)

‡ Os valores podem não corresponder ao total, devido a dados omissos

*PALOP- países africanos de língua oficial portuguesa

A maioria dos participantes apresenta um curso do ensino superior e encontra-se a exercer a sua atividade profissional ou a estudar, constituindo os desempregados, os que estão de baixa-atestado e os reformados apenas 11,8% da amostra (Tabela 3).

Tabela 3 – Escolaridade e trabalho (N= 398)

Variáveis	n (%) ‡
Escolaridade	
Ciclo básico	13 (3.3)
Secundário	102 (25.6)
Licenciatura	159 (39.9)
Mestrado/pós-graduação	107 (26.9)
Doutoramento	17 (4.3)
Situação face ao trabalho	
Trabalhar	257 (64.7)
Estudante	93 (23.4)
Desempregado	26 (6.5)
Baixa-atestado	11 (2.8)
Reformado	10 (2.5)

‡ Os valores podem não corresponder ao total, devido a dados omissos

Relativamente a doenças diagnosticadas pelo médico ao longo da vida, apenas 4.27% (n=17) dos elementos referiram doença psiquiátrica, sendo a mais comum a depressão. 17.37% (n=69) referiram doença física, 2.26% (n=9) doença física e mental e 52% (n=207) não relatam qualquer doença.

Instrumentos

O questionário (Anexo III) inclui questões sociodemográficas, questões clínicas e os seguintes questionários/escalas de auto-resposta, adaptadas para a população portuguesa. Os diagnósticos de doenças física e mentais foram descritos pelos participantes.

Escala de Estigma (EE)

A EE de King e colaboradores¹⁵ avalia o auto-estigma em doentes psiquiátricos. A cotação dos itens realiza-se através de uma escala de *Likert* de cinco pontos, estendendo-se de “Discordo fortemente” (1) a “Concordo fortemente” (5). A versão portuguesa²⁰ revelou boas qualidades psicométricas numa amostra de 160 doentes mentais. A versão Portuguesa (EE-27) avalia as dimensões F1-*Discriminação*, F2-*Divulgação*, F3-*Aceitação* e F4-*Crescimento Pessoal* [Alfa de Cronbach (α): entre .697 e .717]. Na amostra do presente estudo a consistência interna da EE-27 é também boa/aceitável (α : F1=.88; F2=.81; F3=.64; F4=.80; Total=.87) (Anexo I para informação mais detalhada).

Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença (ECPAD)

A ECPAD foi desenvolvida por Macedo e colaboradores²³ e as suas qualidades psicométricas mostraram ser adequadas em amostras portuguesas, quer da população geral²³ quer psiquiátrica²⁰ (α entre: .68 e .73; .69 e .68, respetivamente). Os itens são cotados numa escala de *Likert* de cinco pontos, estendendo-se de “Discordo fortemente” (1) a “Concordo fortemente” (5). Na amostra do presente estudo alguns dos fatores da ECPAD-17 itens demonstraram baixa consistência interna. Por esse motivo, realizou-se a análise fatorial exploratória com rotação *varimax* que indicou 4 fatores – F1-*Comportamento de Doença* (CD, VE=21.54%; α =.66), F2-*Comportamento de Procura de Ajuda* (CPA, VE=12.19%; α =.65), F3-*Perceção da Saúde* (PS,VE=9.75%; α =.65) e F4-*Preocupações com a Saúde e Procura de Ajuda Proativa* (PCS&PAP, VE=8.34%; α =.69). Com base em análises posteriores, a ECPAD ficou composta por 15 itens, revelando uma consistência interna aceitável/boa (ECPAD-total; VE=51.83%; α =.76), assim como as suas dimensões (Anexo II para informação mais detalhada).

Questionário de Saúde Geral/General Health Questionnaire (QSG-12)

O QSG de Goldberg²⁴ permite avaliar a saúde mental, detetando fenómenos de perturbação psicológica *de novo*. Aplicámos a versão portuguesa com 12 itens (QSG-12)^{25,26} que demonstrou boas características psicométricas (VE= 49.4%; α =.91)²⁵. O QSG tem sido utilizado como um instrumento de rastreio.²⁵ O ponto de corte, acima do qual se considera a existência provável de perturbação psicológica, corresponde à média da pontuação final dos participantes. No presente estudo, o QSG-12 revelou uma boa consistência interna (α =.872). A cotação utilizada é bimodal (0,0,1,1). A pontuação final estende-se de 0 (melhor saúde mental) a 12 (pior saúde mental) (Anexo I para informação mais detalhada).

Autorrelato da saúde física e psicológica

O autorrelato da saúde física e psicológica ao longo da vida (ARS-F; ARS-P) foi avaliado com dois itens, respondidos numa escala de *Likert* de cinco pontos, estendendo-se de “muito má” (1) a “muito boa” (5).

Antecedentes Psiquiátricos

Foram avaliados com alguns itens da secção Antecedentes Psiquiátricos da versão portuguesa da Entrevista Diagnóstica para Estudos Genéticos²⁷.

Análise estatística

Para a análise de dados foi utilizado o programa estatístico SPSS, versão 24.

Realizou-se a estatística descritiva das variáveis, determinaram-se as medidas de tendência central e de dispersão. Para as variáveis que seguem uma distribuição próxima da normal (medidas de assimetria e curtose próximas de 0 e que não se afastavam da unidade), utilizaram-se testes paramétricos t de Student e One-way ANOVA. Para as variáveis que seguem uma distribuição não normal, utilizaram-se testes não paramétricos U de Mann-Whitney e K de Kruskal-wallis. Aplicou-se também o teste categórico χ^2 . Utilizaram-se as correlações de Pearson Rho de Spearman e bisseriais apropriadamente e seguidos os Critérios de Cohen para analisar a sua magnitude: baixa, $r = .10$ a $.29$, moderada, $r = .30$ a $.49$; elevada, $r = .50$ a 1.0 .²⁸

Na regressão logística, as variáveis dependentes (VD) foram as dimensões e o total da ECPAD (dicotomizadas em função do valor da pontuação média) e os preditores foram escolhidos, partindo das associações significativas das VD com as outras variáveis, nas análises prévias. Num primeiro modelo introduziram-se as dimensões da EE como preditores, num segundo modelo a EE-Total.

Realizaram-se também os estudos da validade de construto (análise fatorial exploratória com rotação *varimax* dos fatores) e de fidedignidade (consistência interna, alfa de Cronbach excluindo o item, correlação item-total corrigido) da ECPAD na presente amostra (Anexo II).

Constituição dos grupos

Grupos com perturbação psicológica/mental que responderam à EE

Como resultado do cruzamento dos dados clínicos fornecidos pelos participantes obtivemos 2 subamostras: (1) sem perturbação psicológica/mental ($n=106$; 26,6%); (2) com perturbação mental ($n=292$, 73,4%). Por sua vez, também com base na adesão à EE ($n=115$; 39,38%), este segundo grupo subdividiu-se em 3 subamostras: (1) com perturbação no passado, que remitiu (G-P, $n=53$; 46,1%), (2) com perturbação no presente, que iniciou *de novo* (G-A, $n=33$; 28,7%) e, (3) com perturbação no presente e no passado, que persiste (G-PA, $n=29$; 25,2%). A informação clínica usada para constituir os grupos inclui o autorrelato dos antecedentes de perturbação psicológica, dos diagnósticos, dos psicofármacos tomados, do prejuízo socioprofissional relacionado com a perturbação psicológica/mental, o autorrelato da saúde psicológica (ARS-SP) e o QSG-12 >ponto de corte (3 pontos) (Anexo III- secções II-IV). Estes dados permitiram definir o período temporal de ocorrência do problema mental.

Grupos de estigma

Com a subamostra de indivíduos que responderam à EE foram construídos grupos que diferem quanto à pontuação total da EE: Grupo1 Baixo Estigma – $1DP < \text{média}$; Grupo 2 Estigma Intermédio - médio; Grupo 3 Elevado Estigma – $1DP > \text{média}$.

Grupos com diferentes níveis de gravidade de perturbação psicológica/mental

Com base na média da pontuação total do QSG-12, na subamostra de indivíduos que responderam à EE (ponto de corte=4), formaram-se dois grupos: menor gravidade ($QSG \leq \text{média}$) e maior gravidade ($QSG > \text{média}$) da perturbação mental.

RESULTADOS

Diferenças nas variáveis entre grupos

Grupos com perturbação psicológica/ mental que responderam à EE

Os indivíduos desta subamostra, apresentam uma idade média de 34.11 anos ($DP = 12.33$; variação:18-64), são maioritariamente mulheres (82.6%), portugueses (83.5%), a residir na cidade (67.8%), solteiros (53%) e ativos profissionalmente/estudantes (84.3%). Apenas 13.9% ($n=16$) dos elementos referiram diagnóstico de doença psiquiátrica ao longo da vida, sendo a mais comum a depressão. 18.26% ($n=29$) dos indivíduos referiram doença física, 6.96% ($n=8$) doença física e mental e 33.9% ($n=39$) não relatam qualquer diagnóstico médico.

Os grupos G-P, G-A e G-PA não diferem entre si quanto à idade ($K=0.36$, $p=.837$), género ($X^2=3.52$, $p=.172$), naturalidade ($X^2=2.02$, $p=.364$), área de residência ($X^2=3.02$, $p=.555$) estado civil ($X^2=3.55$, $p=.169$), escolaridade ($F(2,112)=1.61$ †, $p=.205$) e atividade profissional ($X^2=2.88$, $p=.237$).

Os participantes do G-P distinguem-se dos grupos com perturbação no presente (G-A e G-PA), sendo a probabilidade de apresentar prejuízo subjetivo a nível do funcionamento socioprofissional cerca de 2.5 mais elevada nestes últimos (36.8% versus 63.2%, $X^2=5.82$, $p=.016$; $OR=2.54$, $IC95\%=1.182-5.437$). Quanto ao internamento por doença mental ($X^2=.92$, $p=.337$) e à procura de ajuda profissional ao longo da vida ($X^2=4.53$, $p=.104$) não se observam diferenças significativas. Contudo, o tempo decorrido desde a primeira vez que foi procurada ajuda profissional por problemas emocionais ($\text{média} \pm DP \text{anos}: 8.05 \pm 7.40$; mín.-máx.:0.5-36) é superior no G-PA comparativamente ao G-A e tendencialmente superior ao G-P. A informação foi relatada por 80% da amostra (Tabela 4).

Comparativamente com G-P, os grupos com perturbação no presente apresentam níveis significativamente mais elevados de sintomatologia psicológica atual no QSG e um pior auto-relato da sua saúde mental em toda a vida (Tabela 4).

O G-A distingue-se dos restantes grupos na ECPAD, mostrando menor CPA e uma perceção mais negativa da sua saúde geral (ECPAD-F3). Adicionalmente, o G-A revela níveis de estigma mais elevados, com menor *Aceitação* da sua perturbação mental, maior receio de *Divulgação* da mesma e maior *Discriminação*. O *Crescimento Pessoal* é superior no grupo G-PA. Por último, o G-A relata, pior saúde física em toda a vida e menor AS comparativamente ao G-P (Tabela 4).

Tabela 4 – Diferenças nas variáveis entre grupos com perturbação psicológica/mental que responderam à EE (n=115)

	Perturbação psicológica/mental			Teste	p	Comparações múltiplas
	G-P 1	G-A 2	G-PA 3			
<i>n</i> (%)	53 (46,1)	33 (28,7)	29 (25,2)			
ECPAD	média (DP)					
<i>F1</i>	12.74 (2.95)	12.66 (3.53)	13.21 (3.86)	F(2,112)=2.41†	.786	--
<i>F2</i>	19.43 (2.76)	17.85 (4.37)	20.17 (3.48)	K=7.58‡	.023	2<1 (p=.059) 2<3*§
<i>F3</i>	7.49 (2.54)	9.39 (2.37)	8.41 (2.83)	F(2,112)=5.64*†	.005	2>1*‡‡
<i>F4</i>	9.49 (2.96)	8.00 (3.27)	9.24 (3.20)	K=3.72‡	.156	--
<i>Total</i>	47.15 (7.16)	47.91 (10.11)	51.03 (9.90)	F(2,112)=.98†	.378	--
EE	média (DP)					
<i>F1</i>	23.94 (7.92)	29.15 (8.08)	26.83 (8.48)	F(2,112)=5.49*†	.005	2>1*‡‡
<i>F2</i>	12.74 (4.39)	18.00 (5.86)	14.55 (5.36)	K=17.76‡	<.001	2>1***, 3*§
<i>F3</i>	15.04 (3.90)	17.76 (4.11)	15.52 (4.08)	K=10.02‡	.007	2>1**, 3*§
<i>F4</i>	8.17 (3.24)	7.73 (2.53)	6.34 (2.36)	K=6.44‡	.040	3<1*, 2*§
<i>Total</i>	59.28 (12.74)	72.64 (14.19)	63.24 (15.94)	F(2,112)=9.31 ***†	<.001	2>1***, 3*‡‡
QSG-T	1.04 (1.13)	7.30 (3.56)	7.13 (2.31)	F(2,112)=98.81 ***†	<.001	1<2***, 3***]
ARS-F	2.96 (.78)	2.45 (.87)	2.72 (.88)	F(2,112)=3.80†	.025	2<1*‡‡
ARS-P	2.55 (.82)	1.73 (1.07)	1.97 (.94)	F(2,112)=8.82 ***†	<.001	1>2***, 3* 2<3* ‡‡
AS	3.40 (.81)	2.91 (1.07)	3.03 (1.30)	K=4.82‡	.090	2<1*§
Tempo 1ª PAPS	<i>n</i> (%)					
	92 (80)					
	7.83 (7.74)	5.23 (5.53)	10.52 (7.52)	K=9.66‡	.008	3>1 (p=.055) 3>2**§

*p<.05; **p<.01; ***p<.001; † Teste One-way ANOVA; ‡ Teste posteriori de Tamhane; †† Teste posteriori de Bonferroni; ‡ Teste k de kruskal Wallis; § Teste U de Mann-Whitney. **ARS-F** – Auto-relato da Saúde física; **ARS-P** – Auto-relato da Saúde Psicológica; **AS** – Apoio Social; **ECPAD** – Escala de comportamento de Procura de ajuda e Doença; **F1** – Comportamento de doença (CD); **F2** – Comportamento de procura de ajuda (CPA); **F3** – Perceção da saúde (PS); **F4** – Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa (PCS&PAP); **EE** – Escala de estigma; **F1** – Divulgação; **F2** – Discriminação; **F3** – Aceitação; **F4** – Crescimento Pessoal; **G-P** – Grupo com remissão da perturbação psicológica/mental; **G-A** – Grupo com perturbação *de novo*; **G-PA** – Grupo com perturbação persistente; **QSG-T** – Pontuação total do Questionário de Saúde Geral; **Tempo 1ª PAPS** – Tempo decorrido desde a 1ª procura de ajuda de um profissional para problemas psicológicos/mentais.

Grupos com diferentes níveis de gravidade da perturbação psicológica/mental

Na subamostra de 115 elementos, 53 (46.1%) participantes revelaram pior saúde mental atual (QSG > ponto de corte, 4 pontos). De uma forma geral, estes indivíduos percebem menos apoio social, pior saúde física e psicológica em toda a vida, mais prejuízo no funcionamento socioprofissional (OR=3.170; IC95%=1.44-6.97); apresentam níveis mais elevados de *Estigma Global*, mais receios de *Divulgação* da perturbação mental, sentimentos de *Discriminação* e menos *Aceitação* da perturbação mental. Adicionalmente, revelam uma *PS* (ECPAD-F3) mais negativa e uma tendência para menos *PCS&PAP* (ECPAD-F4) (Tabela 5).

Tabela 5 – Diferenças nas variáveis entre grupos de acordo gravidade da perturbação psicológica/mental (n=115)

	QSG-T		Teste	p
	</=média 1	>média 2		
<i>n (%)</i>	62 (53.9)	53 (46.1)		
ECPAD	Média (DP)			
<i>F1</i>	12.74 (3.00)	12.94 (3.73)	t(113) = -3.16	.753
<i>F2</i>	19.29 (3.31)	19.02 (3.84)	U= 1621.00	.901
<i>F3</i>	7.76 (2.65)	8.87 (2.59)	t(113) = -2.25	.026
<i>F4</i>	9.52 (2.93)	8.40 (3.32)	t(113) =1.92	.057
<i>Total</i>	49.31 (7.91)	49.23 (9.82)	t(113) = .048	.961
EE	Média (DP)			
<i>F1</i>	23.87 (7.95)	28.25 (8.41)	t(113) = -2.86	.005
<i>F2</i>	13.13 (4.69)	16.55 (5.87)	U=1050.50	.001
<i>F3</i>	15.10 (3.92)	16.92 (4.21)	t(113) = -2.41	.018
<i>F4</i>	7.98 (3.14)	7.11 (2.57)	t(113) = 1.61	.111
<i>Total</i>	60.08 (13.01)	68.83 (15.89)	t(113) =-3.25	.002
ARS-F	2,92 (.77)	2,57 (.91)	t(113)=5.18	<.001
ARS-P	2.56 (.82)	1.70 (.97)	t(113)=2.22	.028
AS	3.42 (.78)	2.88 (1.23)	U=1238.00	.014
PF	42.6%	57.4%	X ² =.75	.004
Tempo 1ª PAPS	8.65 (8.14)	7.37(6.47)	U=991.50	.627

*p<.05; **p<.01; ***p<.001; †† T-test; §Teste U de Mann-Whitney; X² Qui-quadrado. **ARS-F** – Auto-relato da Saúde física; **ARS-P** – Auto-relato da Saúde Psicológica; **AS** – Apoio Social; **ECPAD** – Escala de comportamento de Procura de ajuda e Doença; **F1** – Comportamento de doença (CD); **F2** – Comportamento de procura de ajuda (CPA); **F3** – Perceção da saúde (PS); **F4** – Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa (PCS&PAP); **EE** – Escala de estigma; **F1** – Divulgação; **F2** – Discriminação; **F3** – Aceitação; **F4** – Crescimento Pessoal; **QSG-T** – Pontuação total do Questionário de Saúde Geral; **Tempo 1ª PAPS** – Tempo decorrido desde a 1ª procura de ajuda de um profissional de saúde para problemas psicológicos/mentais; **PF** – Prejuízo no funcionamento socioprofissional.

Relação das variáveis com os CPAD

ECPAD nos grupos de Estigma

A maioria dos 115 indivíduos (67,8%) apresenta um nível de estigma global médio (G-ME). Neste grupo a idade média é de 36 anos (DP=13.5; mín.-máx.=18-64), no grupo com baixo estigma (G-BE) é de 31 anos (7;24-49) e no grupo com elevado estigma (G-EE) é 28 anos (8.99;19-48).

Relativamente à ECPAD, os grupos com níveis de *Estigma Global* e de *Discriminação* médios e elevados (G-M; G-EE) apresentam níveis mais reduzidos de *CPA* (Tabelas 6 e 8), o mesmo acontecendo nos grupos G-M e G-EE/*Divulgação* quanto às *PCS&PAP* (Tabela 7).

O G-EE/*Aceitação* revela níveis de *CPA* e *CD* e *CPAD Globais* mais elevados (Tabela 9). Não se observam diferenças significativas nos *CPAD Globais* nos restantes grupos que diferem nas dimensões e total do estigma (Tabelas 6-8 e 10).

Adicionalmente, o G-EE/*total*, G-EE/*Divulgação* e G-EE/*Discriminação* revelam uma *Percepção da Saúde* (ECPAD-F3) mais negativa comparativamente com os restantes grupos (Tabelas 6-8). Estes grupos também, demonstram maior sintomatologia psicológica atual, um relato de pior saúde psicológica ao longo da vida e menor AS (Tabelas 6-8). Na dimensão *Aceitação* o G-EE revela apenas maior gravidade na sintomatologia psicológica (Tabela 9).

Tabela 6 – Diferenças nas variáveis entre grupos de Estigma Total (n=115)

	Estigma total			Teste	p	Comparações múltiplas
	Baixo 1DP<M 1	Médio 2	Elevado 1DP>M 3			
<i>n</i> (%)	19 (16.5)	78 (67.8)	18 (15.7)			
ECPAD	média (DP)					
<i>F1</i>	13.37 (2.83)	12.97 (3.39)	11.67 (3.55)	F(2,112)=1.42†	.246	--
<i>F2</i>	21.21 (1.93)	19.03 (3.53)	17.61 (4.09)	K=10.94‡	.004	1>2**, 3**§
<i>F3</i>	7.37 (2.24)	8.15 (2.61)	9.72 (2.93)	K=6.33‡	.042	3>1*, 2*§
<i>F4</i>	9.84 (2.61)	9.12 (3.13)	7.61 (3.47)	F(2,112)=255†	.083	--
<i>Total</i>	51.79 (6.50)	49.27 (8.71)	46.61 (10.78)	F(2,112)=1.62 †	1.62	--
QSG-T	1.95 (2.84)	4.32 (3.67)	7.17 (4.06)	K=16.34‡	<.001	2>1** 3>1***, 2**§
ARS-F	3.16 (.76)	2.74 (.78)	2.39 (1.09)	K=7.13‡	.028	1>2*, 3*§
ARS-P	2.95 (.71)	2.18 (.88)	1.28 (1.02)	K=25.08‡	<.001	1>2*** 3<1***, 2***§
AS	3.58 (.69)	3.26 (.89)	2.33 (1.50)	K=9.92‡	.007	3<1**, 2*§
Tempo 1ª PAPS	<i>n</i> (%)	92 (80)				
	5.56 (4.86)	9.25 (8.40)	6.36 (4.15)	K=2.80‡	.247	--

*p<.05; **p<.01; ***p<.001; † Teste One-way ANOVA; ‡ Teste posteriori de Tamhane; †† Teste posteriori de Bonferroni; ‡ Teste k de Kruskal Wallis; § Teste U de Mann-Whitney. **ARS-F** – Auto-relato da Saúde física; **ARS-P** – Auto-relato da Saúde Psicológica; **AS** – Apoio Social; **G-BE** – Grupo de indivíduos com baixo estigma; **G-ME** – Grupo de indivíduos com estigma médio; **G-EE** – Grupo de indivíduos com elevado estigma; **ECPAD** – Escala de comportamento de Procura de ajuda e Doença; **F1** – Comportamento de doença (CD); **F2** – Comportamento de procura de ajuda (CPA); **F3** – Percepção da saúde (PS); **F4** – Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa (PCS&PAP); **QSG-T** – Pontuação total do Questionário de Saúde Geral; **Tempo 1ª PAPS** – tempo decorrido desde a 1ª procura de ajuda de um profissional de saúde para problemas psicológicos/mentais

Tabela 7 – Diferenças nas variáveis entre grupos de Estigma na dimensão F1 Divulgação (n=115)

	Estigma- F1 Divulgação			Teste	p	Comparações múltiplas
	Baixo 1DP<M 1	Médio 2	Elevado 1DP>M 3			
<i>n</i> (%)	21 (18.26)	77 (66.96)	17 (14.78)			
ECPAD	média (DP; min-máx)					
<i>F1</i>	12.80 (3.08)	13.03 (3.20)	12.00 (4.29)	F(2,112)=.653 †	.523	--
<i>F2</i>	20.19 (2.29)	19.14 (3.56)	18.00 (4.47)	K=2.58‡	.275	--
<i>F3</i>	7.19 (2.32)	8.27 (2.56)	9.59 (3.10)	K=2.58‡	.044	1<2t (.096) 1<3*§
<i>F4</i>	10.43 (2.99)	8.81 (2.94)	8.12 (3.84)	K=4.92‡	.085	1>2* 1>3t (.073)§
<i>Total</i>	50.62 (6.87)	49.25 (8.40)	47.71 (12.35)	F(2,112)=.511 †	.601	--
QSG-T	1.81 (2.89)	4.78 (3.83)	5.71 (3.96)	K=13.65‡	.001	1<2***, 3**§
ARS-F	3.00 (.77)	2.74 (.78)	2.53 (1.18)	F(2,112)=1.48 †	.232	--
ARS-P	2.86 (.79)	2.10 (.94)	1.59 (1.00)	K=16.96‡	.001	1>2***,3*** 3<2*§
AS	3.57 (.75)	3.19 (.95)	2.53 (1.46)	K=7.21‡	.027	1>2t (.058) 1>3*§
Tempo 1ª PAPS	<i>n</i> (%)	92 (80)				
	7.28 (8.11)	8.61 (7.59)	7.18 (6.00)	K= .803 ‡	.669	--

*p<.05; **p<.01; ***p<.001; † Teste One-way ANOVA; ‡ Teste posteriori de Tamhane; ‡‡ Teste posteriori de Bonferroni; ‡ Teste k de kruskal Wallis; § Teste U de Mann-Whitney; **ARS-F** – Auto-relato da Saúde física; **ARS-P** – Auto-relato da Saúde Psicológica; **AS** – Apoio Social; **G-BE** – Grupo de indivíduos com baixo estigma; **G-ME** – Grupo de indivíduos com estigma médio; **G-EE** - Grupo de indivíduos com elevado estigma; **ECPAD** – Escala de comportamento de Procura de ajuda e Doença; **ECPAD** – Escala de comportamento de Procura de ajuda e Doença; ; **F1** – Comportamento de doença (CD); **F2** – Comportamento de procura de ajuda (CPA); **F3** – Percepção da saúde (PS); **F4** – Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa (PCS&PAP); **QSG-T** – Pontuação total do Questionário de Saúde Geral; **Tempo 1ª PAPS** – tempo decorrido desde a 1ª procura de ajuda de um profissional para problemas psicológicos/mentais.

Tabela 8 – Diferenças nas variáveis entre grupos de Estigma na dimensão F2 Discriminação (n=115)

	Estigma- F2 Discriminação			Teste	p	Comparações múltiplas
	Baixo 1DP<M 1	Médio 2	Elevado 1DP>M 3			
<i>n</i> ‡ (%)	16 (13.91)	83(72.17)	16 (13.91)			
ECPAD	média (DP; min-máx)					
<i>F1</i>	13.38 (3.42)	12.92 (3.30)	11.88 (3.50)	F(2,112)=.89†	.413	--
<i>F2</i>	21.50 (2.80)	18.86 (3.47)	18.44 (3.90)	K=10.44‡	.005	1>2**,3*§
<i>F3</i>	7.31 (2.47)	8.12 (2.57)	10.00 (2.80)	K=7.59‡	.022	3>1*, 2*§
<i>F4</i>	9.90 (2.94)	8.93 (3.13)	8.50 (3.50)	F(2,112)=.838†	.435	--
<i>Total</i>	52.06 (9.04)	48.82 (8.60)	48.81 (9.63)	F(2,112)=.935 †	.396	--
QSG-T	1.81 (2.61)	4.49 (3.73)	6.31 (4.51)	K=11.25‡	<.001	1<2**,3**§
ARS-F	3.44 (.51)	2.67 (.78)	2.50 (1.15)	K=13.32‡	.001	1>2***,3*§
ARS-P	2.69 (.70)	2.24 (.91)	1.25 (1.13)	K=15.27‡	<.001	1>2t (.065), 3<1*** ,2***§
AS	3.56 (.63)	3.23 (.99)	2.44 (1.31)	K=8.28‡	.016	3<1*,2*§
Tempo 1ª PAPS	<i>n</i> (%)	92 (80)				
	6.39 (5.09)	8.72 (8.33)	6.54 (2.96)	K= .380‡	.827	--

*p<.05; **p<.01; ***p<.001; † Teste One-way ANOVA; ‡ Teste posteriori de Tamhane; ‡‡ Teste posteriori de Bonferroni; ‡ Teste k de kruskal Wallis; §Teste U de Mann-Whitney. **ARS-F** – Auto-relato da Saúde física; **ARS-P** – Auto-relato da Saúde Psicológica; **AS** – Apoio Social; **G-BE** – Grupo de indivíduos com baixo estigma; **G-ME** – Grupo de indivíduos com estigma médio; **G-EE** - Grupo de indivíduos com elevado estigma; **ECPAD** – Escala de comportamento de Procura de ajuda e Doença; **F1** – Comportamento de doença (CD); **F2** – Comportamento de procura de ajuda (CPA); **F3** – Perceção da saúde (PS); **F4** – Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa (PCS&PAP); **QSG-T** – Pontuação total do Questionário de Saúde Geral; **Tempo 1ª PAPS** – Tempo decorrido desde a 1ª procura de ajuda de um profissional profissional de saúde para problemas psicológicos/mentais.

Tabela 9 – Diferenças nas variáveis entre grupos de Estigma na dimensão F3 Aceitação (n=115)

	Estigma F3 Aceitação ‡			Teste	p	Comparações múltiplas
	Elevado 1DP<M 1	Médio 2	Baixo 1DP>M 3			
<i>n</i> (%)	14 (12.17)	82 (71.30)	19 (16.50)			
ECPAD	média (DP; min-máx)					
F1	14.14 (3.50)	12.91 (3.23)	11.53 (3.42)	K=5.06‡	.080	1>3*§
F2	22.00 (2.32)	19.35 (2.95)	16.26 (4.64)	K=16.84‡	<.001	1>2** 3<2*, 1***§
F3	7.50 (2.56)	8.24 (2.68)	8.95 (2.70)	K=2.06‡	.357	--
F4	9.78 (2.67)	9.17 (3.07)	7.68 (3.58)	F(2,112)=2.26†	.109	--
Total	53.43 (8.79)	49.68 (7.83)	44.42 (10.94)	F(2,112)=6.14 †	.046	1>3*§
QSG-T	4.36 (3.50)	3.91 (3.75)	6.37 (4.26)	K=4.98‡	.083	3>2*§
ARS-F	3.14 (.66)	2.78 (.77)	2.37 (1.16)	F(2,112)=3.58†	.031	--
ARS-P	2.43 (1.16)	2.20 (.92)	1.84 (1.12)	F(2,112)=1.59†	.215	--
AS	3.29 (.91)	3.18 (.98)	3.00 (1.37)	K=.102‡	.950	--
Tempo 1ª PAPS	<i>n</i> (%)	92 (80)				
	6.75 (5.09)	8.17 (7.44)	8.77 (9.15)	K=.099‡	.952	--

*p<.05; **p<.01; ***p<.001; ‡ as pontuações elevadas em Aceitação correspondem a níveis mais baixos nesta dimensão; † Teste One-way ANOVA; ‡ Teste posteriori de Tamhane; †† Teste posteriori de Bonferroni; ‡ Teste k de Kruskal Wallis; § Teste U de Mann-Whitney. **ARS-F** – Auto-relato da Saúde física; **ARS-P** – Auto-relato da Saúde Psicológica; **AS** – Apoio Social; **G-BE** – Grupo de indivíduos com baixo estigma; **G-ME** – Grupo de indivíduos com estigma médio; **G-EE** – Grupo de indivíduos com elevado estigma; **ECPAD** – Escala de comportamento de Procura de ajuda e Doença; **F1** – Comportamento de doença (CD); **F2** – Comportamento de procura de ajuda (CPA); **F3** – Percepção da saúde (PS); **F4** – Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa (PCS&PAP); **QSG-T** – Pontuação total do Questionário de Saúde Geral; **Tempo 1ª PAPS** – tempo decorrido desde a 1ª procura de ajuda profissional de saúde para problemas psicológicos/mentais.

Tabela 10 – Diferenças nas variáveis entre grupos de Estigma na dimensão F4 Crescimento Pessoal (n=115)

	Estigma F4 Crescimento Pessoal ‡			Teste	Valor P	Comparações múltiplas
	Elevado 1DP<M	Médio	Baixo 1DP>M			
	1	2	3			
<i>n</i> ‡ (%)	18 (15.65)	84 (73.04)	13 (11.30)			
ECPAD	média (DP; min-máx)					
<i>F1</i>	14.94 (2.96)	12.49 (3.38)	12.15 (2.61)	F(2,112)=4.58†	.012	1>2*‡‡
<i>F2</i>	20.78 (2.78)	19.14 (3.19)	17.08 (5.45)	F(2,112)=4.35†	.015	--
<i>F3</i>	8.22 (2.65)	8.39 (2.73)	7.54 (2.40)	K=1.20‡	.550	--
<i>F4</i>	9.61 (2.83)	8.83 (3.15)	9.23 (3.70)	F(2,112)=.49†	.616	--
<i>Total</i>	53.56 (6.85)	48.86 (8.73)	46.00 (10.07)	F(2,112)=3.25†	.043	--
QSG-T	4.33 (3.09)	4.60 (4.01)	3.00 (3.96)	K=2.11‡	.348	--
ARS-F	3.06 (.64)	2.71 (.89)	2.62 (.87)	F(2,112)=1.39†	.253	--
ARS-P	2.17 (.79)	2.12 (1.02)	2.54 (1.05)	K=2.72‡	.257	--
AS	3.33 (.77)	3.12 (1.09)	3.31 (1.1)	K=.630‡	.257	--
Tempo 1ª PAPS	<i>n</i> (%)	92 (80)				
	6.85 (5.06)	8.11 (7.40)	10.43 (11.79)	K=.252‡	.882	--

*p<.05; **p<.01; ***p<.001; ‡ as pontuações elevadas em Crescimento Pessoal correspondem a níveis mais baixos nesta dimensão; † Teste One-way ANOVA; ‡ Teste posteriori de Tamhane; ‡‡ Teste posteriori de Bonferroni; ‡ Teste k de kruskal Wallis; § Teste U de Mann-Whitney. **ARS-F** – Auto-relato da Saúde física; **ARS-P** – Auto-relato da Saúde Psicológica; **AS**– Apoio Social; **G-BE** – Grupo de indivíduos com baixo estigma; **G-ME** – Grupo de indivíduos com estigma médio; **G-EE** - Grupo de indivíduos com elevado estigma; **ECPAD** – Escala de comportamento de Procura de ajuda e Doença; **F1** – Comportamento de doença (CD); **F2** – Comportamento de procura de ajuda (CPA); **F3** – Perceção da saúde (PS); **F4** – Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa (PCS&PAP); **QSG-T** – Pontuação total do Questionário de Saúde Geral; **Tempo 1ª PAPS** – tempo decorrido desde a 1ª procura de ajuda de um profissional de saúde para problemas psicológicos/mentais.

Correlações das variáveis com a ECPAD (Tabela 11)

Observaram-se correlações negativas, de magnitude ligeira/moderada, entre a EE-total e todas as variáveis da ECPAD, à exceção da *PS* com a qual tem associação positiva. A *PS* associa-se a níveis mais elevados de *Divulgação*, de *Discriminação*, à gravidade da perturbação psicológica/mental atual (QSG) e à perceção de pior saúde física e psicológica em toda a vida (ARS). As restantes 3 dimensões da ECPAD mostram correlações ligeiras/moderadas negativas com os fatores da EE. A dimensão *CPA* associa-se com todos os fatores da EE, com níveis mais baixos de *Discriminação* e de *Divulgação* e mais elevados de *Aceitação* e *Crescimento Pessoal*. A dimensão *CD* relaciona-se com o elevado o *Crescimento Pessoal*. A dimensão *PCS&PAP* associa-se a baixa *Divulgação* e melhor perceção da saúde psicológica (ARS-P). Por fim, a ECPAD-total relaciona-se com a maior *Aceitação* e *Crescimento Pessoal*.

O apoio social associou-se positiva e ligeiramente com *CD*, *PCS&PAP* e ECPAD-Total.

A idade associa-se positivamente a *PCS&PAP* e negativamente à *PS*. Esta última dimensão associa-se também ao estado civil (casado/união de facto). Por último, não existem correlações significativas entre a ECPAD e as restantes variáveis sociodemográficas (género, situação profissional e escolaridade) e o tempo decorrido desde a primeira vez que foi procurada ajuda profissional para problemas mentais.

O *Estigma Global* e os fatores *Divulgação*, *Discriminação* e *Aceitação* relacionam-se significativa e negativamente com o ARS-P e positivamente com o QGS, assim como, o AS com a EE-total/*Divulgação*/*Discriminação*. A idade apresenta associação quer negativa com a *Divulgação* quer positiva com o *Crescimento pessoal*, e esta última dimensão relaciona-se com o estado civil (não ser casado/união de facto) e com o género (feminino).

Tabela 11 – Intercorrelações de Pearson e Spearman entre as variáveis (n=115)

Variáveis		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
ECPAD																
1	F1															
2	F2	.315**														
3	F3	.217*	.127													
4	F4	.486*	.344**	.078												
5	T	.756**	.649**	.477**	.751**											
EE																
6	F1	-.126	-.202*	.267**	-.230*	-.127										
7	F2	-.130	-.276**	.339**	-.139	-.078	.541**									
8	F3	-.115	-.403**	.139	-.139	-.229*	.384**	.347**								
9	F4	-.248**	-.315**	-.122	-.062	-.273**	-.023	-.122	.409**							
10	T	-.198*	-.374**	.289**	-.231*	-.216*	.862**	.746**	.699**	.253**						
ARS																
11	F	-.033	.097	-.436**	.007	-.087	-.162	-.274**	-.208*	-.041	-.257**					
12	P	-.058	.029	-.391**	.197*	-.043	-.421**	-.503**	-.254**	.158	-.461**	.546**				
13	QSG-T	.015	-.010	.192*	-.153	.009	.320**	.338*	.216*	-.048	.337**	-.188*	-.423**			
14	AS	.251**	.106	-.019	.223*	.222*	-.233*	-.350**	-.057	.010	-.258**	.115	.233*	-.197*		
15	Idade	.044	-.115	-.280**	.347**	.011	-.223*	-.151	.077	.385**	-.085	.289*	-.034	.215*	.145	
16	Género	.116	.133	.071	.040	.108	.060	.049	-.124	-.250**	-.050	-.030	-.150	.215*	.046	-.211*

*p<.05; **p<.01; ***p<.001. **ECPAD** – Escala de comportamento de Procura de ajuda e Doença; **F1** – Comportamento de doença; **F2** – Comportamento de procura de ajuda; **F3** – Perceção da saúde; **F4** – Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa; **T** – Pontuação total; **EE** – Escala de estigma; **F1** – Divulgação; **F2** – Discriminação; **F3** – Aceitação; **F4** – Crescimento Pessoal; **QSG-T** – Pontuação Total do Questionário de Saúde Geral; **ARS** – Auto-relato da Saúde **F** – Física **P** – Psicológica; **AS** – Apoio social.

Preditores da ECPAD

Comportamentos de Doença (ECPAD-F1) como variável dependente (Tabela 12)

No modelo-1, os preditores significativos de ECPAD-F1>média foram o EE-F4 (*Crescimento Pessoal*) e o AS: $B=.51$; $OR=1.67$; $B=-.25$; $OR=.78$. Controlando as outras variáveis, os participantes que perceberam mais AS tiveram uma probabilidade 1.7 vezes mais elevada de pertencer ao grupo com ECPAD-F1-CD>média do que os que percebem níveis mais baixos de AS; e a probabilidade dos participantes ECPAD-F1>Média foi menor para os que tiveram pontuações mais elevadas de EE-F4 (i.é, níveis mais baixos de ECPAD-F1>Média, devido à cotação invertida dos itens desta dimensão). Para cada aumento de uma unidade da pontuação de EE-F4 corresponde uma probabilidade .78 vezes menor do respondente relatar ECPAD-F1>Média. No modelo-2, nenhum dos preditores foi significativo, destacando-se a contribuição inicial do *Estigma Global* ($B=-.03$), que foi depois anulada pela introdução no modelo da variável AS.

Tabela 12 – Preditores da probabilidade de relatar Comportamentos de Doença (ECPAD-F1) superiores à média (Regressão Logística)

Modelo 1 – (V. D: ECPAD-F1)								
Variável	B	S.E.	Wald	gl	p	Odds Ratio	IC95% para o Odds Ratio	
							Mínimo	Máximo
Passo 1								
EE-F4	-.25	.08	10.16	1	<.001**	.78	.66	.91
Constante	1.50	.60	6.23	1	.013*			
Passo 2								
EE-F4	-.27	.08	10.73	1	.001**	.77	.67	.90
AS	.51	.22	5.26	1	.022*	1.67	1.08	2.58
Constante	-.07	.91	.01	1	.94			
Modelo 2 – (V. D: ECPAD-F1)								
Variável	B	S.E.	Wald	gl	p	Odds Ratio	IC95% para o Odds Ratio	
							Mínimo	Máximo
Passo 1								
EE-T	-.03	.01	4.96	1	.026*	.97	1.06	1.00
Constante	1.57	.88	3.16	1	.076	4.79		
Passo 2								
EE-T	-.02	.01	2.72	1	.099	.98	.95	1.01
AS	.37	.23	2.63	1	.105	1.44	.93	2.24
Constante	-.04	1.3	<.01	1	.97	.96		

* $p<.05$; ** $p<.01$; † = 1/OR. **AS** – Apoio Social; **EE-T** – Pontuação Total da Escala de Estigma; **EE-F4** – Crescimento Pessoal.

Estatística do modelo 1: $X^2(2, N=115)= 18.259$; $p<.001$; Variância Explicada: 14.7%-19.8%; Casos corretamente classificados: 68%.

Estatística do modelo 2: $X^2(2, N=115)= 8.176$; $p=.01$; Variância Explicada: 6.9%-9.3%; Casos corretamente classificados: 62.6%.

Comportamentos de Procura de Ajuda (ECPAD-F2) como variável dependente
(Tabelas 13 e 14)

Os modelos-1 e 2 de regressão logística final foram estatisticamente significativos. Os preditores significativos de ECPAD-F2>média foram o EE-F4 (*Crescimento Pessoal*) (modelo-1) e o *Estigma Global* (modelo-2): $B=-.223$; $OR=.800$; $B=-.044$; $OR=.957$, respetivamente. No modelo-1, para cada aumento de uma unidade da pontuação de EE-F4 corresponde uma probabilidade cerca de .8 vezes menor do respondente relatar ECPAD-F1>Média, controlando as outras variáveis (Tabela 13). No modelo-2, cada aumento de uma unidade no EE-Total corresponde uma probabilidade cerca .76 menor do respondente relatar ECPAD-F2-CPA>média. O curso da doença não teve uma contribuição significativa para a explicação da situação de ECPAD-F2-CPA em ambos os modelos ($p=.211$; $p=.068$). No entanto, no modelo-2, a probabilidade de apresentar ECPAD-F2-CPA>média é significativamente menor nos participantes que descreveram perturbação atual do que nos que apresentam perturbação atual e no passado ($B=1,261$; $OR=.36$) (Tabela 14).

Tabela 13 – Preditores da probabilidade de relatar Comportamentos de Procura de Ajuda (ECPAD-F2) superiores à média (Regressão Logística – Modelo 1)

Variável	Modelo 1 – (VD: ECPAD-F2)							
	B	S.E.	Wald	gl	p	Odds Ratio	IC95% para o Odds Ratio	
							Mínimo	Máximo
Passo 1								
EE-F1	.01	.03	.12	1	.73	1.01	.95	1.07
EE-F2	-.09	.05	4.	1	.05	.91	.83	1.00
EE-F3	-.08	.07	1.44	1	.23	.93	.82	1.05
EE-F4	-.24	.08	8.17	1	<.01**	.77	.67	.93
Constante	4.37	1.09	15.92	1	<.01**	78.76		
Passo 2								
EE-F1	.01	.03	.06	1	.812	1.01	.95	1.07
EE-F2	-.08	.05	2.93	1	.087	.92	.84	1.01
EE-F3	-.08	.07	1.35	1	.245	.93	.81	1.06
EE-F4	-.22	.09	6.45	1	.011*	.80	.67	.95
P-A			3.12	2	.211			
P-PA	1.04	.60	3.04	1	.081	2.85	.88	9.25
P-P	.36	.54	.43	1	.510	1.43	.49	4.14
Constante	3.73	1.28	8.46	1	.004**	3.73		

* $p<.05$; ** $p<.01$; † $-1/OR$. **AS** – Apoio Social; **EE-F1** – Divulgação; **EE-F2** – Discriminação; **EE-F3** – Aceitação; **EE-F4** – Crescimento Pessoal; **P-PA** – Perturbação no Presente e Atual; **P-P** – Perturbação apenas no passado; **P-A** – Perturbação apenas atualmente.

Estatística do modelo 1: $X^2(6, N=115)= 26.267$, $p<.001$; Variância Explicada: 24.4%-27.3%; Casos corretamente classificados: 67.8%.

Tabela 14 – Preditores da probabilidade de relatar Comportamentos de Procura de Ajuda (ECPAD-F2) superiores à média (Regressão Logística – Modelo 2)

Modelo 2 – (VD: ECPAD-F2)								
Variável	B	S.E.	Wald	gl	p	Odds Ratio	IC95% para o Odds Ratio	
							Mínimo	Máximo
Passo 1								
EE-T	-.05	.01	9.75	1	.002**	.96	.93	.98
Constante	3.04	.95	10.32	1	.001**	20.94		
Passo 2								
EE-T	-.044	.02	7.81	1	.005**	.96	.93	.99
P-A			5.37	2	.068			
P-PA	1.26	.58	4.77	1	.029**	.36	1.14	10.95
P-P	.23	.50	.22	1	.640	.28	.48	3.36
Constante	2.55	1.16	4.85	1	.028**	45.36		

*p<.05; **p<.01; † –1/OR. **EE-T** – Pontuação Total da Escala de Estigma; **P-PA** – Perturbação no Presente e Atual; **P-P** – Perturbação apenas no passado; **P-A** – Perturbação apenas atualmente.
Estatística do modelo 2: $X^2(2, N=115)= 16.928$; $p=.001$; Variância Explicada: 13.7%-18.3%; Casos corretamente classificados: 66.1%.

Percepção da saúde (ECPAD-F3) como variável dependente (Tabela 15 e 16)

Nos dois modelos, os preditores significativos da probabilidade de ter ECPAD-F3>média foram ARS-F e ARS-P ($B=-.746$; $B=-.737$, respetivamente). Os *Odds Ratio* de .474 e .479, indicam que por cada aumento de uma unidade no ARS-F e no ARS-P (i.e., percepção de melhor saúde) corresponde uma probabilidade cerca .47 e .48 menor de ter ECPAD-F3>média.

Tabela 15 – Preditores da probabilidade de relatar Comportamentos de saúde (ECPAD-F3) superiores à média (Regressão Logística – Modelo 1)

Variável	Modelo 1 (VD: ECPAD-F3)							IC95% para o Odds Ratio	
	B	S.E.	Wald	gl	p	Odds Ratio	Mínimo	Máximo	
Passo 1									
EC	-.05	.26	.04	1	.849	.95	.57	1.58	
Idade	-.03	.03	2.74	1	.098	.97	.93	1.01	
Constante	1.19	.61	3.81	1	.051	3.27			
Passo 2									
EC	-.08	.27	.09	1	.769	.92	.54	1.57	
Idade	-.03	.02	1.64	1	.200	.97	.93	1.02	
EE-F1	.01	.03	.10	1	.753	1.01	.95	1.07	
EE-F2	.08	.05	2.97	1	.085	1.08	.99	1.18	
Constante	-.36	1.01	.13	1	.719	.70			
Passo 3									
EC	-.27	.31	.74	1	.389	.76	.41	1.41	
Idade	-.02	.03	.49	1	.482	.98	.93	1.03	
EE-F1	-.00	.03	.00	1	.961	1.00	.94	1.07	
EE-F2	.02	.05	.11	1	.742	1.02	.92	1.13	
QSG_T	-.01	.07	.01	1	.922	.99	.87	1.136	
SRH_SF	-.85	.36	5.74	1	.017*	.43	.21	.86	
SRH_SP	-.61	.34	3.20	1	.074	.54	.28	1.06	
Constante	4.54	1.73	6.88	1	.009	93.64			
Passo 4									
EC	-.18	.32	.30	1	.584	.84	.44	1.58	
IDADE	-.02	.08	.66	1	.416	.98	.93	1.03	
EE-F1	-.00	.03	.01	1	.913	1.00	.93	1.07	
EE-F2	-.02	.06	.07	1	.785	1.00	.88	1.10	
QSG_T	-.07	.11	.35	1	.552	.94	.76	1.16	
SRH_SF	-.75	.36	4.28	1	.039*	.47	.23	.96	
SRH_SP	-.74	.36	4.25	1	.039*	.48	.24	.97	
P-P			3.63	2	.163				
P-A	1.21	.85	2.01	1	.156	3.35	.63	17.75	
P-PA	.03	.82	.00	1	.972	1.03	.21	5.17	
Constante	4.91	1.82	7.25	1	.007**	135.39			

* $p<.05$; ** $p<.01$; † – 1/OR. **AS** – Apoio Social; **ARS-F** - Auto-relato da Saúde Física; **ARS-P** - Auto-relato da Saúde Psicológica; **EC** – Estado civil; **EE-T** – Pontuação Total da Escala de Estigma; **EE-F1** – Divulgação; **EE-F2** – Discriminação; **P-PA** – Perturbação no Presente e Atual; **P-P** – Perturbação apenas no passado; **P-A** – Perturbação apenas atualmente; **QGS-T** Pontuação total do questionário geral de saúde.

Estatística do modelo 1: $X^2(9, N=115)= 33,605$; $p<.001$; Variância Explicada: 27.2%-36.3%; Casos corretamente classificados: 73.6%.

Tabela 16 – Preditores da probabilidade de relatar Comportamentos de saúde (ECPAD-F3) superiores à média (Regressão Logística – Modelo 2)

Variável	Modelo 2 (VD: ECPAD-F3)							
	B	S.E.	Wald	gl	p	Odds Ratio	IC95% para o Odds Ratio	
							Mínimo	Máximo
Passo 1								
EC	-.05	.26	.04	1	.849	.95	.57	1.58
Idade	-.04	.02	2.74	1	.098	.97	.93	1.01
Constante	1.17	.61	3.81	1	.051	3.27		
Passo 2								
EC	-.08	.27	.09	1	.767	.92	.55	1.56
Idade	-.03	.02	2.17	1	.141	.97	.93	1.01
EE-T	.02	.01	3.09	1	.079	1.02	1.00	1.05
Constante	-.42	1.09	.15	1	.702	.66		
Passo 3								
EC	-.27	.31	.74	1	.391	.77	.42	1.41
IDADE	-.02	.03	.56	1	.456	.98	.93	1.03
EE_T	.00	.02	.00	1	.935	1.00	.97	1.04
QSG_T	-.01	.07	.01	1	.944	1.00	.87	1.14
ARS-F	-.86	.35	5.87	1	.015	.43	.21	.85
ARS-P	-.63	.33	3.58	1	.059	.53	.28	1.02
Constante	4.72	1.80	6.89	1	.009	111.77		
Passo 4								
EC	-.18	.32	.32	1	.574	.83	.44	1.57
IDADE	-.02	.03	.66	1	.416	.98	.93	1.03
EE_T	-.01	.02	.21	1	.644	.99	.96	1.03
QSG_T	-.06	.11	.30	1	.583	.94	.76	1.17
ARS-F	-.75	.36	4.32	1	.038*	.47	.24	.96
ARS-P	-.74	.35	4.42	1	.036*	.48	.24	.95
P-P			3.81	2	.149			
P-A	1.19	.83	2.06	1	.152	3.27	.65	16.58
P-PA	-.01	.83	.00	1	.988	.99	.200	4.99
Constante	5.10	1.89	7.32	1	.007	164.40		

*p<.05; **p<.01; † – 1/OR. **AS** – Apoio Social; **ARS-F** - Auto-relato da Saúde Física; **ARS-P** - Auto-relato da Saúde Psicológica; **EC** – Estado civil; **EE-T** – Pontuação Total da Escala de Estigma; **P-PA** – Perturbação no Presente e Atual; **P-P** – Perturbação apenas no passado; **P-A** – Perturbação apenas atualmente; **QGS-T** Pontuação total do questionário geral de saúde.
Estatística do modelo 2: $X^2(2, N=115) = 33.695$; $p < .001$; Variância Explicada: 72.6%-73.6%; Casos corretamente classificados: 72.6%.

Preocupação com a saúde e procura de ajuda proativa (ECPAD-F4- PCS&PAP) como variável dependente (Tabela 17)

No modelo-1 os preditores significativos da probabilidade de ter ECPAD-F4>média foram a idade e o AS ($B=.053$, $OR=1.055$; $B=.468$, $OR=1.596$). Os participantes com mais idade e mais AS têm, respetivamente, uma probabilidade cerca de 1,06 e 1,6 mais elevada de pertencer ao grupo com ECPAD-F4>média do que os que têm, nomeadamente, menos idade e percebem níveis mais baixos de AS, controlando os outros fatores do modelo.

No modelo-2 o preditor significativo foi apenas a idade ($B=.053$; $Odds\ Ratio=1.054$). Os participantes com mais idade têm uma probabilidade cerca de 1,05 mais elevada de pertencer ao grupo com ECPAD-F4>média do que os que têm idades mais baixas, controlando os outros fatores do modelo.

Tabela 17 – Preditores da probabilidade de relatar Preocupações com a saúde e proatividade na procura de ajuda (ECPAD-F4) (Regressão Logística)

Modelo 1 (VD: ECPAD-F4)								
Variável	B	S.E.	Wald	gl	p	Odds Ratio	IC95% para o Odds Ratio	
							Mínimo	Máximo
Passo 1								
Idade	.05	.02	8.39	1	.004**	1.05	1.02	1.09
Constante	-1.76	.63	7.78	1	.005**	.17		
Passo 2								
Idade	.05	.02	8.28	1	.004**	1.05	1.02	1.09
EE-F1	.00	.02	.03	1	.857	1.00	.96	1.05
Constante	-1.90	.98	3.77	1	.052	.15		
Passo 3								
Idade	.05	.02	7.68	1	.006**	1.05	1.02	1.09
EE-F1	.01	.03	.06	1	.803	1.01	.96	1.06
ARS-P	.05	.23	.05	1	.831	1.05	.66	1.66
Constante	-2.03	1.17	3.02	1	.082	.13		
Passo 4								
Idade	.05	.02	7.60	1	.006**	1.06	1.02	1.10
EE-F1	.02	.03	.35	1	.555	1.02	.96	1.07
ARS-P	-.07	.25	.07	1	.789	.94	.58	1.52
AS	.47	.23	4.10	1	.043*	1.60	1.02	2.51
Constante	-3.59	1.46	6.08	1	.014*	.03		
Modelo 2 (VD: ECPAD-F4)								
Variável	B	S.E.	Wald	gl	p	Odds Ratio	IC95% para o Odds Ratio	
							Mínimo	Máximo
Passo 1								
Idade	.05	.02	8.39	1	.004**	1.05	1.02	1.09
Constante	-.76	.63	7.78	1	.005**	.17		
Passo 2								
Idade	.05	.02	8.23	1	.004**	1.05	1.02	1.09
EE-T	-.00	.01	.07	1	.790	1.00	.97	1.02
Constante	-.52	1.09	1.96	1	.162	.22		
Passo 3								
Idade	.05	.02	7.64	1	.006**	1.05	1.02	1.09
EE-T	-.00	.02	.06	1	.814	1.00	.97	1.03
ARS-P	.00	.24	.00	1	.990	1.00	.63	1.60
Constante	-1.53	1.33	1.33	1	.249	.22		
Passo 4								
Idade	.05	.02	7.29	1	.007**	1.05	1.01	1.10
EE-T	.00	.02	.04	1	.839	1.00	.97	1.03
ARS-P	-.10	.25	.16	1	.694	.91	.55	1.48
AS	.46	.23	3.85	1	.050	1.58	1.00	2.49
Constante	-3.22	1.63	3.94	1	.047**	.04		

* $p<.05$; ** $p<.01$; † – 1/OR. **AS** – Apoio Social; **ARS-P** - Auto-relato da Saúde Psicológica; **EE-T** – Pontuação Total da Escala de Estigma; **EE-F1** – Divulgação.

Estatística do modelo 1: $X^2(4, N=115)=14.047$; $p=.007$; Variância Explicada: 12.4%-16.5%; Casos corretamente classificados: 64.2%.

Estatística do modelo 2: $X^2(4, N=115)=13.738$; $p=.008$; Variância Explicada: 12.2%-16.2%; Casos corretamente classificados: 66.0%.

Comportamentos de Procura de Ajuda e Doença (ECPAD-Total) como variável dependente (Tabela 18)

No modelo-1, o preditor significativo de ECPAD-total > média foi apenas a *Aceitação*. O valor de *B* é negativo para EE-F3 ($B=-.004$; $OR=0.9$), indicando que a probabilidade dos participantes apresentarem ECPAD-Total > média foi menor para os que tiveram pontuações mais elevadas de EE-F3 (i.e, níveis mais baixos de *Aceitação*, devido à cotação invertida dos itens desta dimensão). Para cada aumento de uma unidade da pontuação de EE-F3 corresponde uma probabilidade 0.9 vezes mais baixa do respondente relatar ECPAD-Total > média, controlando as outras variáveis no modelo.

No modelo-2, nenhum dos preditores foi significativo.

Tabela 18 – Preditores da probabilidade de relatar Comportamentos de procura de ajuda e doença superiores à média (Regressão Logística)

Modelo 1 (VD: ECPAD-Total)								
Variável	B	S.E.	Wald	gl	p	Odds Ratio	IC95% para o Odds Ratio	
							Mínimo	Máximo
Passo 1								
EE-F3	-.02	.05	.09	1	.77	.99	.89	1.09
EE-F4	-.12	.07	2.49	1	.12	.89	.77	1.03
Constante	1.02	.80	1.63	1	.20	2.78		
Passo 2								
EE-F3	-.00	.05	.005**	1	.94	1.00	.90	1.10
EE-F4	-.13	.08	2.84	1	.09	.88	.76	1.02
AS	.31	.19	2.62	1	.11	1.37	.94	2.00
Constante	-.07	1.04	.00	1	.95	.93		
Modelo 2 (VD: ECPAD-Total)								
Variável	B	S.E.	Wald	gl	p	Odds Ratio	IC95% para o Odds Ratio	
							Mínimo	Máximo
Passo 1								
EE-total	-.01	.013	1.10	1	.30	.99	.96	1.01
Constante	.76	.83	.84	1	.36	2.15		
Passo 2								
EE-T	-.01	.01	.30	1	.59	.99	.97	1.02
AS	.27	.20	1.75	1	.19	1.30	.88	1.93
Constante	-.46	1.24	.14	1	.71	.63		

* $p < .05$; ** $p < .01$; † – $1/OR$. **AS** – Apoio Social; **EE-T** – Pontuação Total da Escala de Estigma; **EE-F3** – Aceitação; **EE-F4** – Crescimento Pessoal.

Estatística do modelo 1: $X^2(2, N=115)=3.363$; $p=.162$; Variância Explicada: 5.4%-7.2%; Casos corretamente classificados: 63.5%.

Estatística do modelo 2: $X^2(1, N=115)=2.922$; $p=.232$; Variância Explicada: 2.5%-3.3%; Casos corretamente classificados: 53.9%.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Globalmente, os achados evidenciam uma relação do auto-estigma com os *CPAD* nos indivíduos da população geral, e destas duas variáveis com a percepção da saúde psicológica ao longo da vida (SPLV), a gravidade da sintomatologia atual (QSG-T) e o curso da perturbação psicológica/mental.

As correlações mostram uma relação entre o *Estigma Global*, a *Divulgação* e *Discriminação* elevados, a baixa *Aceitação* e a maior gravidade da sintomatologia atual¹⁷ e a percepção de pior SPLV. Em concordância, estes achados são observados nos grupos de indivíduos com perturbação *de novo* (G-A) e pior saúde mental atual (QSG>Média), os quais revelaram maior prejuízo no funcionamento socioprofissional, indicativo de maior gravidade do quadro clínico.

De acordo com a literatura, é expectável que, após o início do desenvolvimento ou diagnóstico de perturbação/doença mental, os indivíduos apresentem maiores níveis de auto-estigma, principalmente perante níveis mais baixos de apoio social (AS).¹⁷ De facto, o presente estudo também mostra que o AS é baixo e que o estigma é elevado (*Divulgação*, *Discriminação*, EE-T) e a *Aceitação* baixa não só no G-A (em relação a G-P e/ou G-PA), como também no grupo com maior gravidade dos sintomas atuais (QSG>Média). Por sua vez, o AS foi também reduzido nos grupos com estigma elevado (G-EE: Total, *Divulgação* e *Discriminação*). Em conformidade, foram evidenciadas correlações entre o baixo AS e estas variáveis.

Curiosamente, em contrapartida, o grupo com perturbação persistente (G-PA), apresenta menores níveis de *Estigma Global*, de *Discriminação*, mais *Aceitação* da doença (comparando com G-A) e um maior *Crescimento Pessoal* (comparando com todos os grupos). Estes achados sugerem que, a experiência prévia e um curso persistente de perturbação psicológica/mental assumem um papel relevante no desenvolvimento dos aspetos positivos supramencionados. De facto, as correlações indicam que à medida que o *Crescimento Pessoal* aumenta, a *Aceitação* também aumenta e, conseqüentemente, o *Auto-estigma Global* diminui. Estratégias de intervenção terapêutica focadas na aceitação da perturbação mental/psicológica (e.g., terapia de aceitação e compromisso, ACT) podem reduzir o estigma²⁹⁻³¹ e, julgamos, facilitar o desenvolvimento pessoal.

O conjunto de resultados acima descritos são suportados por diferentes autores que referem ser mais provável experienciar elevados níveis de estigma no início da doença, dado que com o tempo a compreensão da própria condição aumenta³² e a internalização de estereótipos negativos associados à doença mental diminui.³³ Curiosamente, no presente estudo o *Crescimento Pessoal* correlacionou-se positivamente com a idade e negativamente com género, sendo mais provável nas mulheres e nos indivíduos mais jovens. Em concordância, existe evidência de menores níveis de estigma nos participantes mais jovens² e tendência de

atribuir aspetos positivos à própria doença mental, aceitá-la e considera-la parte da sua identidade.³³

Na subamostra de indivíduos com perturbação psicológica/mental o *Estigma Global* está inversamente relacionado com os *CPAD Globais*, os *CD*, os *CPA*, as *PCS&PAP* e positivamente com a *PS*, ou seja, é um correlato de todas as dimensões da *ECPAD*, mas não foi um dos seus preditores significativos.

Paralelamente, a *Aceitação* revelou ser um preditor significativo da *ECPAD-total* e o *Crescimento Pessoal* dos *CPA*. Conjuntamente com o *AS*, este último é também um preditor dos *CD*. Isto significa que os indivíduos com níveis mais elevados de *Aceitação* e *Crescimento Pessoal* têm maior probabilidade de relatar, respetivamente, *CPAD Globais*, assim como, *CPA* e *CD* mais ajustados.

O *ARS-F* e *ARS-P* foram dois preditores significativos da *PS* (*PS* física/mental como pior), dimensão que também se associou a níveis mais elevados de *Estigma Global*, *Divulgação*, *Discriminação*, ao curso de doença mental (pior em *G-A* e *G-PA* do que em *G-P*), à gravidade da sintomatologia atual (*QSG-T*; *QSG*>*Média*), à idade (mais jovem) e ao estado civil (casado/união de facto).

A dimensão *PCS&PAP* revela-se tendencialmente baixa nos indivíduos com maior gravidade de sintomas, relacionou-se com a perceção de melhor *SPLV*, com os níveis mais baixos de *Estigma Global* e de *Divulgação*, com a idade e com a perceção de mais *AS*. No entanto, só a idade (mais idade) e o *AS* se destacam como preditores significativos das *PCS&PAP*. A associação das *PCS&PAP* com o aumento da idade pode relacionar-se com o declínio funcional que surge com o seu avanço. Mas outras variáveis podem estar em causa. A associação negativa desta dimensão da *ECPAD* e da idade com a *Divulgação* levam-nos a especular que com o aumento da idade o receio de *Divulgação* da perturbação psicológica diminui, levando a um conseqüente aumento da *PCS&PAP*. Estudos futuros podem facilitar a compreensão do papel variável idade como mediador da relação do estigma com os *CPAD*.

Segundo a literatura, apesar de doentes psiquiátricos relatarem maior vergonha e embaraço associado à sua condição patológica, o estigma na população geral constitui uma barreira maior à *PA*.² De fato, contrariamente aos resultados obtidos na população psiquiátrica portuguesa,²⁰ na amostra da população geral, com perturbação mental/psicológica do presente estudo, verificou-se uma correlação negativa ligeira/moderada entre os *CPA* e todas as dimensões da *EE*. Assim, quanto mais elevados são os níveis de *Discriminação* sentidos e o receio de *Divulgação* e mais baixos são a *Aceitação* e o *Crescimento Pessoal*, mais reduzidos são os *CPA*. Consentaneamente, os *CPA* são particularmente reduzidos no grupo

de indivíduos com média/elevada de *Estigma Global (G-ME, G-EE)*, *Discriminação*, baixa *Aceitação* e com perturbação *de novo (G-A)*.

Estes achados encontram-se em concordância com vários outros estudos, que evidenciam um impacto negativo do estigma nos CPA.^{2,11,12,18,19}, particularmente do estigma internalizado, segundo Clement e colaboradores². Contudo, a metanálise elaborada por Schnyder e colaboradores,¹¹ sobre os estudos realizados na população geral, evidenciou apenas uma relação negativa, mas não significativa, entre o auto-estigma e os CPA. Segundo os autores, esta relaciona-se com o recurso de uma única pergunta como instrumento de avaliação do auto-estigma. Com efeito, um ponto forte do presente estudo consistiu no recurso à EE¹⁵ para avaliar o auto-estigma, escala com boas qualidades psicométricas e que oferece a vantagem de permitir a exploração da relação dos CPA com as variadas experiências associadas ao estigma³⁴, incluindo também os seus aspetos positivos.

Por último, de acordo com a literatura,^{4,5} evidenciou-se uma associação do AS com os CPAD mais ajustados (*CPAD Globais, PCS&PAP e CD*). O AS revelou ser um forte preditor dos CD, que pode anular a contribuição inicial do *Estigma Global*, o que sugere que este suporte possa mediar e enfraquecer a ligação entre ambas as variáveis (*Estigma e CD*).

Concomitantemente os CPA e o AS mostram-se mais elevados nos indivíduos dos grupos G-BE (baixo *Estigma global*; baixa *Discriminação*) e nos grupos G-P (remissão da perturbação), comparativamente aos grupos com perturbação que iniciou *de novo (G-A)*. Desta forma, hipotetizamos que o AS pode facilitar o ajustamento dos CPAD, dado a existência de uma rede de suporte encorajar a procura de ajuda profissional,^{4,5} e até anular o efeito nefasto que sobre eles tem o estigma. Colocámos ainda a hipótese, que pode ser explorada em estudos prospetivos futuros, de que o AS atue como um fator protetor, isto é, possa diminuir o risco de doença mental.

Embora tenhamos avaliado vários fatores que podem estar relacionados com o CPAD, seria interessante a exploração de outros em estudos futuros, dada a sua forte influência nestes comportamentos.^{2,6,7,11,12} Estes incluem, a literacia dos participantes sobre a doença mental,¹¹ a dificuldade de marcação de consultas², o receio de falta de confidencialidade dos serviços de saúde e o prejuízo na carreira profissional do indivíduo. Estes últimos destacaram-se como os componentes de estigma mais associados ao CPA.¹²

A limitação principal deste estudo prende-se com a amostra (amostragem de conveniência) e a sua falta de representatividade. Desta forma, os seus resultados não são generalizáveis a toda a população geral.

Salienta-se, que a maior adesão dos participantes ao estudo ocorreu durante o confinamento e estado de emergência pandémico (COVID-19), podendo ter contribuído para uma maior

prevalência de perturbação psicológica atual.³⁵ De facto, na presente amostra esta prevalência foi de 37.9% (N=398 e QSG-12>ponto de corte 3) e de 46.1% (n=115, QSG-12>ponto de corte de 4), que é superior à encontrada em estudantes universitários (15%),²⁵ mas muito inferior à observada em professores do ensino básico e secundário (87.1%).³⁶

Uma outra limitação diz respeito aos diagnósticos das doenças mentais e físicas, que foram descritos pelo participante. No entanto, a constituição dos grupos com perturbação psicológica com diferentes cursos da doença, não se baseou só nos diagnósticos, mas no cruzamento de vários dados clínicos e no ponto de corte do QSG-12> 3 pontos, que é um instrumento com boas qualidades psicométricas e frequentemente usado como teste de rastreio para a existência de provável perturbação psicológica/mental na população geral.²⁵

Os resultados do presente estudo permitem concluir que a gravidade dos sintomas e/ou o início recente da perturbação psicológica e a perceção de pior SPLV estão associados a elevados níveis de *auto-estigma global*, *Discriminação* e *Divulgação* e a baixa *Aceitação* e a reduzidos *CPA*. Globalmente, níveis elevados de *auto-estigma*, incluindo sentimentos de *Discriminação* e receios de *Divulgação* da condição mental, a baixa *Aceitação* e o baixo *Crescimento Pessoal* associam-se aos *CPAD* menos ajustados.

Os *CPAD* ajustados são influenciados quer pelos baixos níveis de *Discriminação* e *Divulgação* quer, especialmente, pela elevada *Aceitação* e *Crescimento Pessoal* e *AS*, sendo mais preponderantes nos indivíduos que tenham experienciado perturbação mental no passado e que persiste na atualidade, traduzindo que um curso de doença crónico pode acompanhar-se de uma rede de apoio sólida e desenvolvimento pessoal. Este parece ser mais comum nas mulheres e em idade mais jovens. Por sua vez, um *AS* elevado parece prevenir o desenvolvimento de doença mental, provavelmente por também contribuir para a redução de estigma e/ou maiores *CD* e *CPA*. Também, especulamos que a *PCS&PAP* seja maior com o aumento da idade por haver redução do receio de *Divulgação* da perturbação psicológica.

Posto isto, o auto-estigma em relação à perturbação psicológica/mental ocorre nas pessoas da população geral e influencia os *CPAD*. Para o aumento do *CPAD* consideramos essencial a implementação de medidas que visem, a redução do auto-estigma, atuando nos indivíduos da população geral com perturbação psicológica/mental. Com base na literatura, as intervenções mais eficazes são a psicoeducação,³⁷ e a terapia de aceitação e compromisso.^{29–31} Contudo, a terapia baseada em grupos de discussão mostrou resultados promissores,^{38–40} particularmente os estudos com terapia conduzida por pares,^{38,39} que demonstraram quer o desenvolvimento pessoal dos doentes³⁸ quer a eficácia de intervenções que estimulam a revelação da doença mental a terceiros.⁴⁰ Considerando o efeito protetor do *AS*, *Crescimento Pessoal* e *Aceitação* descrito no nosso estudo, salienta-se a relevância de explorar este tipo intervenções na População Portuguesa.

Por último, consideramos importante a realização de futuros estudos prospetivos para analisar se, na população geral, o estigma inicial é um preditor dos CPAD algum tempo depois. Estes devem incluir, se possível, a avaliação de outros tipos de estigma, como o pessoal e o público,¹¹ e o controlo das variáveis supramencionadas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor António Macedo e, especialmente, à Mestre Maria João de Castro Soares, pelo apoio, dedicação e disponibilidade durante esta longa jornada.

Agradeço a todos os portugueses que tornaram este estudo possível, com especial apreço pelos meus amigos e familiares, que se mostraram incansáveis na divulgação do questionário. A eles agradeço também o “empurrão” dado para entregar a tese o mais cedo possível e não desistir de escrever mesmo nos momentos mais complicados.

Por último, agradeço especialmente ao meu namorado pelo apoio incondicional, pelo contágio constante com entusiasmo e positividade relativamente à tese, fazendo-me sempre ver um arco-íris nos dias chuva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mechanic D. The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. *Psychol Med.* 1986;16(1):1–7.
2. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med.* 2015;45(1):11–27.
3. Mechanic D. Sociological dimensions of illness behavior. *Social Science & Medicine.* 1995;41(9):1207–16.
4. 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.
5. Cornally N, McCarthy G. Help-seeking behaviour: A concept analysis: *International Journal of Nursing Practice.* 2011;17(3):280–8.
6. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med.* 2014;44(6):1303–17.
7. Schomerus G, Angermeyer MC. Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2008;17(1):31–7.
8. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salah J, Struening EL, et al. Stigma as a Barrier to Recovery: Adverse Effects of Perceived Stigma on Social Adaptation of Persons Diagnosed with Bipolar Affective Disorder. *PS.* 2001;52(12):1627–32.
9. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. Stigma as a Barrier to Recovery: Perceived Stigma and Patient-Rated Severity of Illness as Predictors of Antidepressant Drug Adherence. *PS.* 2001;52(12):1615–20.
10. NHS Health Scotland. Are you really listening?: stories about stigma, discrimination and resilience towards mental health problems among black and minority ethnic communities in Scotland. Edinburgh: Health Scotland; 2008.
11. Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2017;210(4):261–8.
12. Haugen PT, McCrillis AM, Smid GE, Nijdam MJ. Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research.* 2017;94:218–29.
13. Corrigan PW. The Impact of Stigma on Severe Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice.* 1998;5:201–222.
14. Dovidio, J. F., Major, B., Crocker, J. Stigma: Introduction and overview. In *the Social Psychology of Stigma.* Guilford; 2000;1–13.

15. King M, Dinos S, Shaw J, Watson R, Stevens S, Pasetti F, et al. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatry*. 2007;190(3):248–54.
16. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, et al. Perceived Stigma as a Predictor of Treatment Discontinuation in Young and Older Outpatients With Depression. *AJP*. 2001;158(3):479–81.
17. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*. 2010;71(12):2150–61.
18. Have, M. Ten, de Graaf R, Ormel J, Vilagut G, Kovess V, Alonso J. Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2010;45(2):153–63.
19. Vogt D, Fox AB, Di Leone BAL. Mental Health Beliefs and Their Relationship With Treatment Seeking Among U.S. OEF/OIF Veterans: Mental Health Beliefs Among OEF/OIF Veterans. *Journal of Traumatic Stress*. 2014;27(3):307–13.
20. Silva C, Macedo A, Soares M. Validação da escala de estigma (EE); relação entre estigma e comportamento de procura de ajuda e de doença (ECPAD). M.Sc [dissertation]. Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; 2019.
21. Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2008;17(1):14–9.
22. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. *Am J Public Health*. 2013;103(5):777–80.
23. Macedo A, Costa M, Soares MJ, Madeira N, Pereira AT. Development, reliability and construct validity of the Illness and Help-Seeking Behaviour Scale. Poster presented at 18th European Conference on Personality; Timisoara, Romania, 19-23 July 2016. p.275
24. Goldberg, D. The detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. Maudsley Monograph No.21. Oxford, UK: Oxford University Press; 1972.
25. Laranjeira CA. General Health Questionnaire-12 items: adaptation study to the Portuguese population. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2008;17(2):148–51.
26. Goldberg D. General Health Questionnaire (GHQ-12). Windsor,UK: NFER-NELSON. 1992.
27. Azevedo, M.H.P., Valente, J., Macedo, A., Dourado, D., Coelho, I., Pato, M., et al. Versão portuguesa da “Entrevista Diagnóstica para Estudos Genéticos”. *Psiquiatria Clínica*. 1993;14(4):213–7.
28. Pallant JF. *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using the SPSS program*. Crows Nest, NSW: Allen & Unwin; 2011.
29. Masuda A, Hayes SC, Fletcher LB, Seignourel PJ, Bunting K, Herbst SA, et al. Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 2007;45(11):2764–72.

30. Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Bunting K, Rye AK. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. 2016;20.
31. Gómez NN. Acceptance and Commitment Therapy for Stigma: A Systematic Review. 2020;7.
32. Deegan PE. Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities. *Social Work in Health Care*. 1997;25(3):11–24.
33. Camp DL, Finlay WML, Lyons E. Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science & Medicine*. 2002;55(5):823–34.
34. Andy H.Y. Ho et al. Psychometric properties of a Chinese version of the Stigma Scale: examining the complex experience of stigma and its relationship with self-esteem and depression among people living with mental illness in Hong Kong. *Comprehensive Psychiatry*. 2015;56:198 – 205.
35. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020;89:531–42.
36. Rodrigues, AGF. Adaptação ao stresse. Estudo com professores do ensino básico e secundário. M.Sc [dissertation]. Universidade do Minho; 2017.
37. Tsang HWH, Ching SC, Tang KH, Lam HT, Law PYY, Wan CN. Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2016;173(1–2):45–53.
38. Russinova Z, Rogers ES, Gagne C, Bloch P, Drake KM, Mueser KT. A Randomized Controlled Trial of a Peer-Run Antistigma Photovoice Intervention. *PS*. 2014;65(2):242–6.
39. Rüsç N, Abbruzzese E, Hagedorn E, Hartenhauer D, Kaufmann I, Curschellas J, et al. Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2014;204(5):391–7.
40. Corrigan PW, Larson JE, Michaels PJ, Buchholz BA, Rossi RD, Fontecchio MJ, et al. Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Research*. 2015;229(1–2):148–54.
41. Thorsteinsson EB, Loi NM, Farr K. Changes in stigma and help-seeking in relation to postpartum depression: non-clinical parenting intervention sample. *PeerJ*. 2018;6:e5893.
42. Cattell RB. The Scree Test For The Number Of Factors. *Multivariate Behavioral Research*. 1966;1(2):245–76.
43. Horn JL. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*. 1965;30(2):179–85.
44. Watkins, M. W. Monte Carlo PCA for Parallel Analysis (Computer Software). State College, PA: Ed & Psych Associates. 2000.
45. Almeida L.S, Freire T. Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. 5ª edição. Psiquilíbrios edições, Braga; 2017.

ANEXOS

Anexo I- Materiais e métodos

Instrumentos

Escala de Estigma (EE)

A EE foi desenvolvida por Michael King e colaboradores,¹⁵ para avaliar o auto-estigma em doentes psiquiátricos. Esta é composta por 28 itens (Variância Explicada, VE=72%; alfa de Cronbach, $(\alpha)=.87$), que se distribuem por 3 fatores (F): F1-Discriminação, F2-Divulgação e F3-Aspetos positivos. A cotação é realizada através de uma escala de *Likert* de cinco pontos, estendendo-se de “Discordo fortemente” (1) a “Concordo fortemente” (5) (itens com cotação invertida: 3, 4, 7, 10, 14, 15, 19, 23 e 24).

No presente estudo adotou-se a versão portuguesa da EE, validada por Silva e colaboradores²⁰ numa amostra de 160 doentes psiquiátricos com vários diagnósticos. Estes eram seguidos em Consulta Externa de Psiquiatria em Serviços Hospitalares e em várias Unidades de Saúde Familiar da região Centro do país. A versão portuguesa da EE ficou com 27 itens (EE total: VE=55.88%; $\alpha= .905$), que avaliam 4 fatores – F1-Discriminação (VE= 32.02%; $\alpha=.91$), F2-Divulgação (VE= 9.02%; $\alpha=.867$), F3-Aceitação (VE= =8.24%; $\alpha=.697$) e F4-Crescimento pessoal (VE= 6.59%; $\alpha=.717$), tendo indicado boas qualidades psicométricas (α : entre .697 e .717), validade de construto e boa/aceitável confiabilidade. Na amostra do presente estudo a EE-27 e as suas dimensões também apresentaram boa/aceitável consistência interna (α : F1=.88; F2=.81; F3=.64; F4=.80; Total=.87).

Questionário de Saúde Geral/General Health Questionnaire (QSG-12)

O GHQ foi desenvolvido por Goldberg²⁴ com o objetivo de avaliar a saúde mental dos indivíduos, detetando fenómenos de *distress* psicológico de novo. Assim, é utilizada como um instrumento de rastreio de perturbação psicológica/mental na população geral e nos serviços de cuidados de saúde primários.²⁵

Sendo inicialmente constituído por 60 itens, existem várias versões reduzidas do mesmo (GHQ-30; GHQ-28; GHQ-20 e GHQ-12). No presente estudos usamos a versão portuguesa do GHQ-12.^{25,26} A validação do QSG-12, realizada numa amostra de estudantes do ensino superior portugueses demonstrou que apresenta boas características psicométricas, boa validade de construto, validade convergente e boa confiabilidade (VE= 49.4%; $\alpha=.91$).²⁵

A cotação utilizada é bimodal (0,0,1,1). A pontuação final estende-se de 0, que indica melhor saúde mental, a 12, que indica pior saúde mental. O ponto de corte, acima do qual se

considera a existência provável de perturbação psicológica, corresponde à média da pontuação final dos participantes.

Neste estudo, o GHQ-12 revelou uma boa consistência interna ($\alpha=.872$) e um ponto de corte de 3 na amostra total e 4 nos indivíduos com perturbação psicológica/mental que responderam à EE.

Anexo II- Estudo da fidedignidade e da validade da Escala de Comportamentos de Procura de Ajuda e de Doença (ECPAD) numa amostra da população geral

Introdução

A ECPAD foi desenvolvida por Macedo e colaboradores²³ e é constituída por 17 itens, cotados numa escala de *Likert* de cinco pontos, estendendo-se de “Discordo fortemente” (1) a “Concordo fortemente” (5) (itens com cotação invertida: 2, 3, 6, 7, 12 e 14).

As propriedades psicométricas da escala foram analisadas, numa amostra de indivíduos da população geral portuguesa, tendo demonstrado boas características psicométricas, aceitável/boa validade de construto e confiabilidade (ECPAD-total – VE=48.61%; $\alpha=.75$). A análise fatorial exploratória, com rotação varimax dos fatores mostrou que os itens da escala avaliam 3 fatores – F1-Comportamentos de Procura de Ajuda/CPA ($\alpha=.73$), F2-Preocupações com a Saúde/PS ($\alpha=.73$) e F3-Comportamento de doença/CD ($\alpha=.68$).²³ Esta escala foi também avaliada numa população de doentes psiquiátricos portuguesa, por Silva e colaboradores²⁰, tendo ficado composta por 13 itens. Os seus três fatores apresentaram aceitável consistência interna (α : F1=.69; F2= .76; F3=.68; Total= .64).

Na amostra do presente estudo alguns dos fatores da versão da ECPAD de Macedo e colaboradores²³ demonstraram baixa consistência interna. Por esse motivo, realizou-se a análise fatorial exploratória, com rotação varimax dos fatores, nesta amostra.

Amostra

A amostra do estudo é constituída por 398 elementos (73,4% mulheres), com idade média de 32,45 anos (DP=12,75, variação: 18-71), maioritariamente solteiros e casados/união de facto (65,2% e 39,3%, respetivamente) (Tabela 1), residentes em cidades (71,6%) e com naturalidade Portuguesa (86,4%) (Tabela 2). Os indivíduos naturais de outros países (7,8% de PALOP) residem em média há 27,27 anos em Portugal (DP: 15.40; variação 0.7-1) (Tabela 2). A maioria apresenta um curso do ensino superior (71,1%) e encontra-se a exercer a sua

atividade profissional (64,7% trabalhadores e 23,4% estudantes), constituindo os desempregados (6,5%) e os que estão de baixa-atestado e reformados 11,8% da amostra (Tabela 3).

Relativamente à descrição das doenças diagnosticadas pelo médico ao longo da vida, apenas 4.27% (n=17) dos elementos referiram doença psiquiátrica, sendo a mais comum a depressão. 17.37% (n=69) dos indivíduos referiram doença física, 2.26% (n=9) doença física e mental e 52% (n=207) não relatam qualquer doença. Os participantes que apresentam pontuações > ao ponto de corte (3 pontos) são 37.9%, o que é sugestivo de que possam apresentar uma provável perturbação psicológica atual.

Validade de Construto

Previamente à realização da análise fatorial exploratória analisou-se os seus pressupostos, ou seja, avaliou-se a adequação dos dados para a efetuar. O tamanho da amostra do presente estudo permite a elaboração da análise fatorial dos dados (N=398; pelo menos 10 casos por item).²⁸ O índice Keiser-Meyer-Olkin (KMO) de .757 é superior ao valor mínimo recomendado (.6).⁴¹ e o teste de esfericidade de Bartlett foi estatisticamente significativo ($p < .001$), mostrando a fatorialidade da matriz de correlações.

Cinco componentes com *eigenvalues* (valor próprio) superiores a 1 (VE= 58,05%) foram indicados pela análise de componentes principais para raízes latentes. A análise do *scree plot* (gráfico de escarpa) do *scree test* de Catell⁴² demonstrou uma inclinação na reta depois da 4ª componente (Figura Anexo 1).

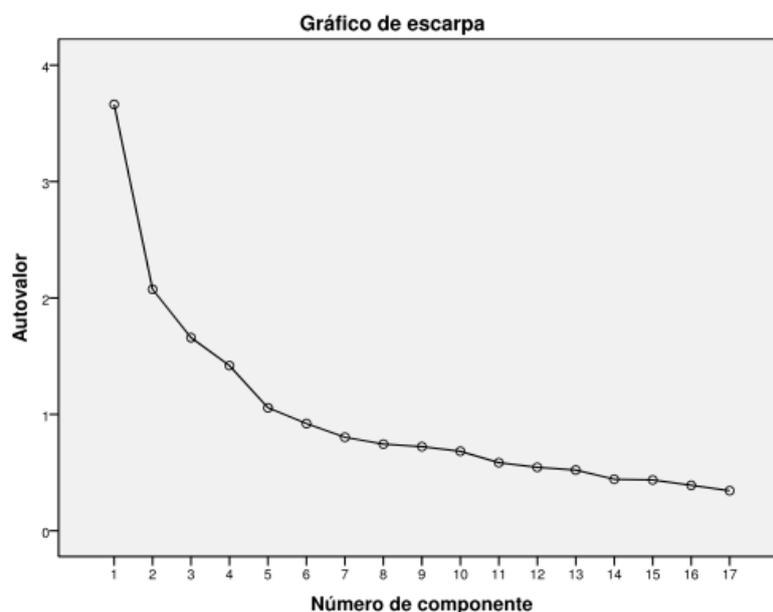


Figura Anexo 1 – Gráfico de escarpa para a ECPAD

A análise paralela de Horn⁴³ usando o programa estatístico desenvolvido por Watkins (2000)⁴⁴ indicou 4 componentes com *eigenvalues* que excedem os valores correspondentes dos dados da matriz gerada ao acaso, sugerindo que se devem reter 4 fatores. Os 4 fatores explicaram 51.83% da variância da ECPAD (Fator/F1= 21.54%, F2= 12.20%, F3=9.75%, F4=8.34%)

Os quatro fatores foram submetidos a rotação varimax. Os 17 itens apresentaram um peso fatorial aceitável ($\geq .30$) nos fatores. Com base no conteúdo avaliado pelos itens de cada fator, considerou-se que estes fatores são: F1. *Comportamento de doença* (CD); F2. *Comportamento de procura de ajuda* (CPA); F3. *Percepção da saúde* (PS); F4. *Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa* (PCS&PAP). Os itens que constituem cada um dos fatores e os seus respectivos pesos fatoriais encontram-se apresentados na Tabela I Anexo.

Fidedignidade

Explorou-se a fidedignidade ECPAD com 17 itens (α ECPAD Total-17 itens = .717).

A correlação item-pontuação total corrigida (Tabela I Anexo) permitiu analisar o poder discriminativo dos itens, isto é, o grau em que o item diferencia no mesmo sentido do teste global.⁴⁵ Posteriormente, analisou-se a contribuição do item para a consistência interna da dimensão da escala, através da análise da consistência interna da dimensão se o item for excluído (Tabela I Anexo).

Os 17 itens são representativos do constructo medido pelo fator que integram, exceto o item 14, do fator *PCS&PAP*, por apresentar uma correlação item-total da dimensão corrigido $< .20$ (Tabela I Anexo). No caso do item 7 (pontuação invertida) a correlação do item com o total da dimensão corrigido foi negativa, o que indicou que a pontuação deste item não deve ser invertida. A não inversão da sua pontuação teve como consequência o aumento da consistência interna da subescala *PS* ($\alpha = .462$ versus $\alpha = .654$).

Todos os itens contribuem para a consistência interna da respetiva subescala, exceto os itens 12, 4 (do fator *CD*) e 14 (*PCS&PAP*), pois o coeficiente alfa de Cronbach aumenta quando estes itens são excluídos (Tabela I Anexo). Note-se que destes três itens, apenas o item 14 teve uma baixa correlação com o total corrigido, pelo que decidimos excluí-lo imediatamente (Tabela I Anexo). Por conseguinte para os outros itens, realizamos seguidamente a análise da consistência interna da subescala *CD*, excluindo o item 12 e mantendo o item 4 e inversamente. Observamos que a consistência interna do fator *CD* aumentava quando excluído apenas o item 12 e o item 4 era mantido ($\alpha = .658$ versus $.671$), o mesmo sucedendo quando o item 4 era excluído e mantido o item 12 ($\alpha = .639$ versus $.671$). Nas duas situações

os itens 4 e 12 tiveram uma correlação aceitável com a o total da dimensão *CD* corrigido ($r=.304$; $r=.261$, respectivamente). Quando o item 4 foi excluído a consistência interna da ECPAD total diminui ($\alpha=.755$ versus $\alpha=.734$) e a sua correlação com o total da escala corrigido foi aceitável ($r=.451$). Tal não acontece quando foi excluído o item 12, que mostrou uma correlação inaceitável com o total da escala corrigido ($r=.160$) e não contribui para a sua consistência interna, pois quando foi excluído o alfa de Cronbach aumentou (alfa=.730 versus .734). Tendo em conta todas as análises efetuadas, decidiu-se, não inverter o item 7 e excluir os itens 12 e 14 e reter o item 4.

A escala total ficou composta por 15 itens e os seus quatro fatores apresentam uma consistência interna minimamente aceitável (entre .65 e .70)/respeitável (entre .70 e .80):⁴⁵ (α : F1, *CD*=.66; F2, *CPA*=.65; F3, *PS*=.65; F4, *PCS&PAP*=.69; Total=.755) (Tabela II Anexo)

Tabela I Anexo. Consistência interna e matrix fatorial da ECPAD-17 itens. (N=398)

ITENS	Consistência interna		Análise fatorial				Versão original
	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído	F1	F2	F3	F4	
F1. Comportamento de doença – CD ($\alpha=.637$)							
2. Sou uma pessoa que não costuma preocupar-se com doenças.	.458	.548	.718	-.020	.255	-.049	F3
6. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a “deixar andar”.	.533	.508	.699	-.002	-.157	.376	F3
3. Quando ando mais “nervoso” ou “em baixo” não dou importância e espero que passe.	.479	.539	.688	.026	.034	.151	F3
12. Quando o médico pede exames desleixo-me a fazê-los.	.228	.658	.452	.230	-.308	-.136	F3
4. Quando noto algum problema de saúde preocupo-me e fico a pensar nisso.	.265	.639	.379	.212	.378	.219	F2
F2. Comportamento de procura de ajuda – CPA ($\alpha=.649$)							
15. No geral, penso que compreendo bem os meus problemas de saúde	.424	.592	-.192	.737	-.059	.079	F1
13. Cumpro a medicação prescrita pelo médico.	.385	.605	.112	.691	.012	-.165	F1

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).	.487	.552	.253	.644	.027	.288	F1
16. Para conhecer melhor os meus problemas de saúde e tratamentos procuro informação em muitos sítios (p.ex. médico, amigos, livros, internet...).	.386	.604	-.027	.567	.250	.156	F1
9. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir conselho ou ajuda a uma pessoa próxima.	.353	.626	.331	.446	-.005	.157	F1
F3. Perceção da saúde – PS ($\alpha=.654$)							
8. Tenho tendência a sentir-me mais “nervoso” ou “em baixo” do que as outras pessoas.	.471	.550	.055	.092	.764	-.189	F2
5. Tenho tendência a sentir mais sintomas físicos do que as outras pessoas.	.465	.558	.155	.033	.731	.148	F2
7. Considero que a minha saúde física é pior do que a das outras pessoas da minha idade †	.460	.564	-.166	.005	.689	.108	F2
F4. Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa – PCS&PA ($\alpha=.598$)							
10. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir ajuda ao médico.	.461	.465	.041	.050	.049	.739	F2
1. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente.	.519	.416	.380	.243	.031	.667	F1
11. Mesmo quando me sinto bem, faço consultas anuais de rotina.	.443	.475	.306	.306	-.019	.582	F1
14. Quando o médico receita uma medicação só tomo aquela que eu acho que é necessária.	.122	.687	.345	.132	-.264	-.503	F3

α Total= .717; † a cotação do item 7 não foi invertida; Versão Original: **F1**– Comportamentos de Procura de Ajuda; **F2** – Preocupações com a Saúde; **F3** – Comportamento de doença; **F4** – Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa.

Tabela II Anexo. Correlações de item total corrigido e Alfa de Cronbach se os itens 12, e 14 forem excluídos e o item 7 for invertido – ECPAD-15.

ITENS	Consistência interna	
	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
F1. Comportamento de doença ($\alpha=.658$)		
2. Sou uma pessoa que não costuma preocupar-se com doenças.	.464	.572
6. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a “deixar andar”.	.488	.554
3. Quando ando mais “nervoso” ou “em baixo” não dou importância e espero que passe.	.502	.546
4. Quando noto algum problema de saúde preocupo-me e fico a pensar nisso.	.502	.546
F2. Comportamento de procura de ajuda ($\alpha=.649$)		
15. No geral, penso que compreendo bem os meus problemas de saúde	.424	,592
13. Cumpro a medicação prescrita pelo médico.	.385	,605
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).	.487	,552
16. Para conhecer melhor os meus problemas de saúde e tratamentos procuro informação em muitos sítios (p.ex. médico, amigos, livros, internet...).	.386	,604
9. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir conselho ou ajuda a uma pessoa próxima.	.353	,626
F3. Perceção da saúde ($\alpha=.654$)		
8. Tenho tendência a sentir-me mais “nervoso” ou “em baixo” do que as outras pessoas.	.471	.550
5. Tenho tendência a sentir mais sintomas físicos do que as outras pessoas.	.465	.558
7. Considero que a minha saúde física é pior do que a das outras pessoas da minha idade	.460	.564
F4. Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa ($\alpha=.687$)		
10. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir ajuda ao médico.	.484	.617
1. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente.	.567	.675
11. Mesmo quando me sinto bem, faço consultas anuais de rotina.	.468	.653

α ECPAD total (15 itens) =.755; **F1** – Comportamento de doença (CD); **F2** – Comportamento de procura de ajuda (CPA); **F3** – Perceção da saúde (PS); **F4** – Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa (PCS&PAP).

Embora a estrutura fatorial da ECPAD-15 tenha 4 fatores e a escala original, ECPAD-17, tenha 3 fatores, a composição dos fatores CD e CPA foi muito similar, com os mesmos itens a ter pesos fatoriais aceitáveis nestas subescalas. Destaca-se sobretudo, como aspeto diferenciador, que os itens da subescala *Preocupações com a saúde* da ECPAD-17 se distribuíram na ECPAD-15 por dois fatores: particularmente pelo fator *Perceção da Saúde* (PS), mas também pelo fator *Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa* (PCS&PAP). A última dimensão referida também inclui itens do fator CPA da escala original.

Média, desvio padrão e limites, por dimensão e Total da ECPAD-15 e correlações das suas pontuações

As médias, desvio padrão, máximo e mínimo das dimensões e da pontuação total da ECPAD-15 e as correlações entre a ECPAD-total e as suas dimensões encontram-se descritas na Tabela III Anexo.

As correlações das dimensões da ECPAD-15 com a pontuação total são significativas, positivas e variam entre moderadas (ECPAD-F3, *PS*) e elevadas (restantes dimensões). Excluindo a relação entre as dimensões ECPAD-F3 (*PS*) e ECPAD-F4 (*PCS&PAP*), que não é significativa, as restantes correlações das dimensões entre si são significativas, positivas e de magnitude de ligeira e moderada. As correlações mais baixas foram observadas em relação à dimensão ECPAD-F3 (*PS*).

Tabela III Anexo. Média, desvio padrão e limites, por dimensão e Total da ECPAD-15 e correlações das suas pontuações

	ECPAD-T	ECPAD-F1	ECPAD-F2	ECPAD-F3	
<i>ECPAD-T</i>	--	--	--	--	
<i>ECPAD-F1</i>	.720**	--	--	--	
<i>ECPAD-F2</i>	.712**	.290**	--	--	
<i>ECPAD-F3</i>	.453**	.126**	.108*	--	
<i>ECPAD-F4</i>	.738**	.440**	.397**	.094	
<i>Média</i>	46,68	12,35	18,94	6,96	8,43
<i>DP</i>	7,86	3,12	3,27	2,54	2,89
<i>Mín-Máx.</i>	24-71	4-20	6-25	3-15	3-15

* $p < .05$; ** $p < .01$; **F1** – Comportamento de doença (*CD*); **F2** – Comportamento de procura de ajuda (*CPA*); **F3** – Perceção da saúde (*PS*); **F4** – Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa (*PCS&PAP*).

Conclusões

A ECPAD-15 revelou adequada validade de construto e fidelidade numa amostra da população geral portuguesa, em que cerca de 4% dos elementos referiram um diagnóstico de doença psiquiátrica, cerca de 17% de doença física, cerca 2% de doença física e mental. e cerca de 38% pode apresentar uma perturbação mental atual, pois apresenta pontuações acima do ponto de corte no QSG. Os itens 12 e 14 da escala original foram excluídos pois não contribuíram para a consistência interna da escala e/ou da respetiva dimensão e a pontuação do item 7 não deve ser invertida. A ECPAD-15 avalia quatro dimensões: os *Comportamento de doença* – *CD*; os *Comportamento de procura de ajuda* – *CPA*; a *Perceção da saúde* – *PS*; e as *Preocupações com a saúde e procura de ajuda proativa* – *PCS&PAP*, sendo a estrutura fatorial das dimensões *CD* e *CPA* similares às da ECPAD-17 com a mesma

designação. As outras duas dimensões incluem itens da dimensão Preocupações com a saúde da escala original (nomeadamente *PS* e *PCS&PAP*) e ainda itens da dimensão procura de ajuda relacionados com a proatividade (apenas *PCS&PAP*).

Anexo III- Questionário com perguntas sociodemográficas, clínicas, ARS-P, ARS-F, QSG-12, ECPAD e EE

Quatro últimos números do BI/CC

I

Este questionário é destinado a pessoas com idade igual ou superior a 18.

Por favor, complete a informação seguinte:

1. Qual a sua data de nascimento? ____/____/____

2. Sexo: Feminino Masculino

3. Em que país nasceu?

3.1 Se nasceu noutro país há quanto tempo reside em Portugal?

4. Em que área urbanística reside?

Cidade

Vila

Aldeia

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

Solteiro

Viúvo

Casado/ Em união de facto

Divorciado/Separado

Outro, qual? _____

6. 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? _____

7. Qual é a sua profissão? _____

Por favor continue na página seguinte.

7.1. Situação atual perante o trabalho:

A trabalhar

Desempregado

De baixa/atestado

Outra, qual? _____

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. Atualmente, sofre de alguma doença diagnosticada pelo médico?

a. Não

b. Sim

Se assinalou “sim”, por favor, coloque uma cruz (X) na(s) opção (ões) que se aplicam:

1. Cardiologia

2. Gastreenterologia

3. Pneumologia

4. Neurologia

5. Medicina Interna

6. Oncologia Médica

7. Psiquiatria 8. Reumatologia 9. Infeciosas 10. Outra/s.

Qual/ais? _____

Ano em que foi diagnosticada (por favor, coloque o ano, considerando número da alínea do diagnóstico da doença): 1. _____ / 2. _____ / 3. _____ / 4. _____ / 5. _____ / 6. _____ / 7. _____ / 8. _____ / 9. _____ / 10. _____

3. Está a ser acompanhado medicamente atualmente em que local? Coloque uma cruz (X) na opção e descreva o local.

Hospital. Qual? _____

Centro de Saúde. Qual? _____

4. 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 (por favor indique o(s) ano(s), pela ordem com que descreveu _____ as _____ doenças):

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

5. Alguma vez teve quaisquer problemas nervosos ou um período em que não se sentisse ou comportasse como lhe era habitual?

a. Não

b. Sim

6. Alguma vez procurou algum profissional de saúde (por exemplo, médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social) por problemas emocionais, nervosos, ou pela maneira como se sentia ou agia?

a. Não

b. Sim

Se assinalou “sim”, por favor indique:

Que idade tinha quando pela primeira vez procurou alguém por (**Problema emocional**)?

7. Houve algum período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar, ir à escola, ou cuidar de outras responsabilidades por razões emocionais ou psiquiátricas?

a. Não

b. Sim

8. Alguma vez tomou ou lhe foram prescritos medicamentos para os nervos ou quaisquer problemas emocionais ou mentais (exemplos: ansiolíticos, tranquilizantes, estimulantes, antidepressivos, antipsicóticos ou quaisquer outros)?

a. Não

b. Sim

Se assinalou “sim”, por favor indique:

Medicamento: _____

9. Alguma vez foi internado num hospital devido a problemas com o seu humor, emoções, ou de como estava a agir?

a. Não

b. Sim

III

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

1. Sente que, de uma maneira geral tem o **apoio e ajuda que necessita** (do marido/companheiro/namorado, família, amigos, vizinhos e/ou outros)?

- Nenhum apoio/ajuda
- Pouco apoio/ajuda
- Nem pouco nem muito
- Algum apoio/ajuda
- Muito apoio/ajuda

2. No geral como acha ser nesta altura sua **qualidade de vida**?

- Muito boa
- Boa
- Nem boa nem má
- Má
- Muito má

IV

O conjunto de questões que vai responder, pretende saber como as pessoas se têm sentido nos últimos tempos, relativamente aos acontecimentos de vida em geral.

QSG-12

Para cada questão, faça um **CRUZ**, na resposta que melhor se aplica a si. Não há respostas certas ou erradas.

Lembre-se que queremos informações sobre como se sente no **presente** ou como se tem sentido **recentemente**, e não sobre como se sentiu no passado.

1. tem conseguido concentrar-se no que faz?

- Melhor do que habitualmente
- Como habitualmente
- Menos do que habitualmente
- Muito menos do que habitualmente

2. tem perdido muitas horas de sono por estar preocupado(a)?

- Não, absolutamente
- Como habitualmente
- Mais do que habitualmente
- Muito mais do que habitualmente

3. tem sentido que tem um papel importante nas coisas em que se envolve?

- Melhor do que habitualmente
- Como habitualmente
- Menos do que habitualmente
- Muito menos do que habitualmente

4. tem-se sentido capaz de tomar decisões?

- Melhor do que habitualmente
- Como habitualmente
- Menos do que habitualmente
- Muito menos do que habitualmente

5. tem-se sentido constantemente sobre pressão?

- Não, absolutamente
- Como habitualmente
- Mais do que habitualmente
- Muito mais do que habitualmente

6. tem sentido que não consegue ultrapassar as suas dificuldades?

- Não, absolutamente
- Como habitualmente
- Mais do que habitualmente
- Muito mais do que habitualmente

7. tem sentido prazer nas suas atividades diárias?

- Melhor do que habitualmente
- Como habitualmente
- Menos do que habitualmente
- Muito menos do que habitualmente

8. tem sido capaz de enfrentar os seus problemas?

- Melhor do que habitualmente
- Como habitualmente
- Menos do que habitualmente
- Muito menos do que habitualmente

9. tem-se sentido triste ou deprimido(a)?

- Não, absolutamente
- Como habitualmente
- Mais do que habitualmente
- Muito mais do que habitualmente

10. tem perdido confiança em si próprio(a)?

- Não, absolutamente
- Como habitualmente
- Mais do que habitualmente
- Muito mais do que habitualmente

11. tem-se considerado uma pessoa sem valor?

- Não, absolutamente
- Como habitualmente
- Mais do que habitualmente
- Muito mais do que habitualmente

12. apesar de tudo, tem-se sentido razoavelmente feliz?

- Melhor do que habitualmente
- Como habitualmente
- Menos do que habitualmente
- Muito menos do que habitualmente

V

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 se aplica/adequa a si, ou seja, que corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**. A escala vai de discordo fortemente (pior se adequa a si) a concordo fortemente (melhor se adequa a si). Use a seguinte escala de avaliação.

	1	2	3	4	5	
	Discordo fortemente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	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

VI

Se NÃO TEVE problemas nervosos, emocionais ou de saúde mental e/ou não tomou ou lhe foram prescritos medicamentos para os mesmos, a sua PROVA TERMINOU aqui.

SE TEVE problemas nervosos, emocionais ou de saúde mental e/ou tomou ou lhe foram prescritos medicamentos para esses mesmos problemas CONTINUE, por favor.

EE: 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	Tenho sido discriminado nos estudos por causa dos meus problemas de saúde mental				
2	Por vezes, sinto que estão a falar de mim por causa dos meus problemas de saúde mental				
3	Ter tido problemas de saúde mental fez de mim uma pessoa mais compreensiva				
4	Não me sinto mal por ter tido problemas de saúde mental				
5	Fico preocupado em contar às pessoas que estou a receber tratamento psicológico				
6	Algumas pessoas com problemas de saúde mental são perigosas				
7	As pessoas têm sido compreensivas em relação aos meus problemas de saúde mental				
8	Tenho sido discriminado pela polícia por causa dos meus problemas de saúde mental				
9	Tenho sido discriminado pelos empregadores por causa dos meus problemas de saúde mental				
10	Os meus problemas de saúde psicológica/ mental fizeram-me aceitar melhor as outras pessoas				
11	Frequentemente, sinto-me sozinho por causa dos meus problemas de saúde mental				
12	Fico assustado em relação ao modo como as outras pessoas irão reagir se souberem dos meus problemas de saúde mental				
13	Teria tido mais oportunidades na vida se não tivesse tido problemas de saúde mental				
14	Não me importo que os meus vizinhos saibam que tive problemas de saúde mental				
15	Se estivesse a concorrer para um emprego, contaria que tive problemas de saúde mental				
16	Fico preocupado em contar às pessoas que tomo medicações para problemas de saúde mental				
17	As reações das pessoas aos meus problemas de saúde mental fazem com que guarde isso só para mim				
18	Fico zangado com o modo como as pessoas têm reagido aos meus problemas de saúde mental				
19	Não tenho tido quaisquer problemas com as pessoas por causa dos meus problemas de saúde mental				
20	Tenho sido discriminado pelos profissionais de saúde por causa dos meus problemas de saúde mental				
21	As pessoas têm-me evitado por causa dos meus problemas de saúde mental				
22	As pessoas têm-me insultado por causa dos meus problemas de saúde mental				
23	Ter tido problemas de saúde mental fez de mim uma pessoa mais forte				
24	Não me sinto embaraçado por causa dos meus problemas de saúde mental				
25	Evito contar às pessoas sobre os meus problemas de saúde mental				
26	Ter tido problemas de saúde mental faz-me sentir que a vida é injusta				
27	Sinto a necessidade de esconder dos meus amigos os meus problemas de saúde mental				

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; amacedo@ci.uc.pt; mariajoaosoares61@gmail.com;

danibrum_11@hotmail.com

