



IspA

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

ESTUDO SOBRE A PERCEÇÃO DE STRESS E DE SAÚDE
MENTAL, ESTILOS DE COPING E ATITUDES FACE À
PROCURA DE APOIO PSICOLÓGICO PROFISSIONAL NOS
ADULTOS PORTUGUESES

MARIA DA GRAÇA BLANCO VILAR DA SILVA

Orientador de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR JOSÉ LUÍS PAIS-RIBEIRO

Professora de Seminário de Dissertação:
PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

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

MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicologia Clínica

2023

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Isabel Leal e do Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, apresentada no ISPA-Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Resumo

O propósito deste trabalho foi o de perscrutar o estado psicológico dos adultos portugueses, mediante a análise da perceção de stress e da saúde mental, dos estilos de coping e das atitudes face à procura de apoio psicológico profissional. 615 portugueses, com média de idades de 38,75 anos ($DP=14,88$) completaram as escalas de stress percebido (PSS-10) e de estilos de coping (BriefCOPE) e autoavaliaram a sua saúde mental por um único item. As atitudes face à procura de apoio psicológico profissional foram medidas pela escala *Attitude towards Seeking Professional Psychological Help – Short Form* (ATSPPH-SF), cuja adaptação para a população portuguesa fez parte do presente estudo.

Os resultados da adaptação da ATSPPH-SF para a população portuguesa validaram a estrutura unifatorial como medida de atitudes global, e a estrutura de dois fatores, Valor da procura de tratamento e Abertura ao tratamento para problemas emocionais. Os portugueses avaliaram favoravelmente o apoio psicológico profissional, principalmente as mulheres e quem já recorreu a esse serviço; os mais jovens e sujeitos com maior nível de escolaridade dão maior valor ao apoio psicológico profissional. Evidenciou-se uma associação negativa entre o stress percebido e a autoavaliação da saúde mental. A grande maioria dos participantes apresentou níveis moderados de stress e autoavaliou como positivo o seu estado psicológico. Os grupos com valores de maior stress e saúde mental mais medíocre foram as mulheres, os mais jovens, as pessoas com doenças graves e aqueles com apoio psicológico profissional, que também são os que mais usam estilos de coping não adaptativos. Ainda assim, os estilos adaptativos parecem ser mais usados, com maior recurso ao coping ativo, ao planeamento e à reinterpretação positiva, em contraste com os menos valorados, como o uso de substâncias, desinvestimento comportamental e a negação. Os resultados evidenciaram que os estilos de coping são mediadores na relação entre a autoavaliação da saúde mental e o stress percebido. Este estudo contribuiu para a literatura com a adaptação da escala de atitudes face à procura de apoio psicológico profissional para a população geral portuguesa. Os resultados permitem refletir sobre o estado psicológico dos portugueses, podendo repercutir-se em programas de saúde pública direcionados para as populações identificadas como mais vulneráveis e para os menos dispostos a ter acompanhamento psicológico profissional.

Palavras-chave: stress, coping, procura de apoio psicológico profissional, autoavaliação da saúde mental

Abstract

The objective of this study was to explore the psychological state of Portuguese adults by means of an examination of their perceptions of stress and mental health, their coping styles, and their attitudes towards seeking professional psychological assistance. A total of 615 Portuguese adults, with an average age of 38.75 ($SD = 14.88$), participated in this study. They completed assessments related to perceived stress (PSS-10) and coping styles (BriefCOPE). Furthermore, participants evaluated their own mental health using a single-item measure. Attitudes towards seeking professional psychological help were assessed using the Attitude towards Seeking Professional Psychological Help Scale– Short Form (ATSPPH-SF), which adaptation for the portuguese population is part of the present research.

The results of the ATSPPHS-SF's adaptation for the portuguese population validated a unifactorial structure for measuring overall attitudes, and a two-factor structure for the dimensions of Value of treatment and Openness to seeking mental healthcare for one's own emotional problems. Portuguese participants exhibited a positive evaluation towards professional psychological support, which was more pronounced among women and those who had previously sought such services. Additionally, younger individuals and those with higher levels of education demonstrated better appreciation for professional psychological support. A negative association was established between perceived stress and self-rated mental health. Most of the participants reported moderate stress levels and a good self-perception of their mental health. Noteworthy demographic groups exhibiting higher stress levels and poorer mental health evaluations involved women, younger individuals, individuals with severe illnesses, and those who had previously professional psychological help. This latter group also exhibited a propensity for maladaptive coping styles. Adaptive coping styles, such as active coping, planning, and positive reframing, were more adopted, contrasting with less used including substance use, behavioural disengagement, and denial. The results indicated that the repertoire of coping styles had an impact on mental health by reducing or increasing perceived stress.

This study contributed to the literature with the adaptation of the scale ATSPPH-SF for the broader Portuguese population. The findings provide insights into the psychological well-being of the Portuguese populace, with potential implications for public health programs that aim to assist populations identified as being more susceptible and less inclined to seek professional psychological support.

Key-words: stress, coping, help-seeking professional psychological support, self-rated mental health

Índice

Resumo	II
Abstract.....	III
Índice de quadros	VII
Índice de figuras.....	X
Estudo sobre a perceção do stress, estilos de coping, autoavaliação da saúde mental e atitudes face ao apoio psicológico profissional	1
Revisão de investigação	2
Método	11
Participantes.....	11
Material.....	12
Informação Sociodemográfica	12
Autoavaliação da saúde mental.....	12
Stress percebido	12
Estilos de coping.....	13
Atitudes face à procura de apoio psicológico profissional	13
Procedimento	14
Análise Estatística.....	15
Resultados.....	15
Análise de correlação entre variáveis	15
Análise descritiva das medidas	16
Estilos de coping.....	16
Stress Percebido	17
Atitudes face à procura de apoio psicológico profissional	17
Autoavaliação da saúde mental.....	18
Análise da relação entre as variáveis psicológicas e as características sociodemográficas.....	18
Estilos de coping.....	18

Stress percebido	21
Atitudes face ao apoio psicológico profissional	21
Autoavaliação da saúde mental.....	22
Estatística inferencial	23
Análises de preditores mediante regressão linear múltiplas	23
Análise de efeitos de mediação na relação entre o stress percebido e autoavaliação da saúde mental.....	30
Discussão	32
Referências.....	41
Anexo 1	51
Instrumentos.....	51
Consentimento Informado	51
Questionário Sociodemográfico.....	51
Escala de Stress percebido	53
BriefCOPE	54
Escala de Atitudes face à procura de apoio psicológico profissional (ATSPPH-SF)	55
.....	55
Anexo 2.....	56
Análises descritivas.....	56
Dados Sociodemográficos	56
Estatística descritiva dos itens do PSS.....	59
Estatística descritiva dos itens da escala BriefCOPE	60
Estatística descritiva dos itens da ATSPPH-SF.....	64
Anexo 3.....	67
Análise Estatística.....	67
Análise Fatorial Confirmatória	68
Análise da consistência interna.....	71
Análise descritiva das medidas por características sociodemográficas	72

Análise das diferenças de estilos de coping por características sociodemográficas	72
Diferenças de stress percebido	75
Diferenças de atitudes por intervalos de idade	76
Diferenças de autoavaliação da saúde mental entre diferentes grupos sociodemográficos e clínicos	77
Análise de efeitos de mediação	77
Atitudes na relação entre stress e AASM.....	78
Anexo 4.....	80
Estudo sobre a adaptação da escala de atitudes face à procura de apoio psicológico profissional para a população portuguesa	80
Resumo	81
Método	84
Participantes	84
Procedimento	85
Material	85
Análise estatística.....	86
Resultados	87
Análise fatorial confirmatória à escala unifatorial.....	87
Análise fatorial confirmatória à escala com duas dimensões	89
Discussão	93
Referências.....	95

Índice de quadros

Quadro 1 - Principais características da amostra (n=615)	11
Quadro 2 - Análise de correlação entre as variáveis psicológicas medidas	16
Quadro 3 - Análise descritiva dos estilos de coping	17
Quadro 4 - Análise descritiva do stress percebido	17
Quadro 5 - Análise de percentis para resultados brutos de SP e segmentação de níveis de SP	17
Quadro 6 - Análise descritiva das atitudes face ao apoio psicológico profissional	18
Quadro 7 - Frequência da AASM	18
Quadro 8 - Análise descritiva da AASM.....	18
Quadro 9 - Comparação dos estilos de coping por sexo	19
Quadro 10 - Diferenças de atitudes nos participantes com e sem apoio psicológico profissional	22
Quadro 11 - Análise de frequência de AASM e APP.....	23
Quadro 12 - Análise das características sociodemográficas como determinantes do stress percebido.....	24
Quadro 13 - Análise do impacto dos estilos de coping no stress percebido	24
Quadro 14 - ECA e ECNA como preditores do SP.....	25
Quadro 15 - Atitudes face ao apoio psicológico profissional em função das características sociodemográficas, APP, AASM e SP	25
Quadro 16 - Atitudes face ao apoio psicológico profissional em função dos estilos de coping	26
Quadro 17 - Atitudes face ao apoio psicológico profissional em função dos ECA e ECNA ..	26
Quadro 18 - Abertura face ao apoio psicológico profissional em função das características sociodemográficas, APP, AASM e SP	27
Quadro 19 - Abertura ao apoio psicológico profissional em função dos estilos de coping	27
Quadro 20 - Abertura face ao APP em função dos ECA e ECNA	28
Quadro 21 - Valor dado ao APP em função do sexo, idade, AASM, APP e SP.....	28
Quadro 22 - Impacto dos estilos de coping no valor dado ao APP.....	29
Quadro 23 - Estilos de coping adaptativos e não adaptativos no valor dado ao APP.....	29
Quadro 24 - AASM em função dos estilos de coping.....	30
Quadro 25 - AASM em função dos ECA e ECNA	30
Quadro 26 - RLM do impacto de SP e ECA na AASM.....	31
Quadro 27 - Efeito indireto/mediação do ECA na relação entre SP e AASM.....	31

Quadro 28 - RLM da AASM em função do SP e ECNA.....	31
Quadro 29 - Efeito de mediação dos ECNA na relação entre SP e AASM	31
Quadro 30 - Análise descritiva: sexo	56
Quadro 31 - Análise descritiva: relacionamento	56
Quadro 32 - Análise descritiva: local de residência.....	56
Quadro 33 - Análise descritiva: habilitações académicas	56
Quadro 34 – Cruzamento de dados entre o Intervalo de Idades e Habilitações escolares.....	56
Quadro 35 - Análise descritiva: atividade laboral.....	57
Quadro 36 - Análise descritiva: área de atividade	57
Quadro 37 - Análise descritiva: áreas de formação agrupadas	57
Quadro 38 - Análise descritiva: Estatuto socioeconómico percebido.....	57
Quadro 39 - Análise descritiva: AASM	57
Quadro 40 - Análise descritiva: Existência de doença grave ou crónica	58
Quadro 41 - Análise descritiva: Recurso a apoio psicológico profissional	58
Quadro 42 - Estatística descritiva dos itens do PSS	59
Quadro 43 - Estatística descritiva dos itens da escala BriefCOPE	60
Quadro 44 - Estatística descritiva dos itens da ATSPPH-SF	64
Quadro 45 - Estatística das dimensões da ATSPPH-SF	66
Quadro 46 - Consistência interna do BriefCOPE	71
Quadro 47 - Consistência interna das dimensões de 2ª ordem do BriefCOPE.....	72
Quadro 48 - Estilos de coping por intervalos de idade	72
Quadro 49 - Estilos de coping por habilitações académicas.....	73
Quadro 50 - Estilos de coping por local de residência.....	74
Quadro 51 - Estilos de coping por situação laboral	74
Quadro 52 - Estilos de coping mediante existência de patologia grave	75
Quadro 53 - Estilos de coping mediante recurso, ou não, ao apoio psicológico profissional .	75
Quadro 54 - Diferenças de percepção de stress por idades.....	75
Quadro 55 - Tabulação cruzada Intervalo Idade e Nível de stress.....	76
Quadro 56 - Diferenças de stress percebido por escolaridade	76
Quadro 57 - Diferenças de stress percebido por local de residência	76
Quadro 58 - Diferenças de stress percebido por situação laboral.....	76
Quadro 59 - Diferenças de stress percebido mediante existência, ou não, de doença grave ou crónica.....	76

Quadro 60 - Diferenças de stress percebido mediante existência, ou não, de apoio psicológico profissional.....	76
Quadro 61 - Diferenças de atitudes por intervalos de idade	76
Quadro 62 - Diferenças da AASM entre sexos	77
Quadro 63 - Diferenças de AASM por intervalos de idade	77
Quadro 64 - Diferenças da AASM por diferentes escolaridades	77
Quadro 65 - Diferenças da AASM por local de residência.....	77
Quadro 66 - Diferenças da AASM por situação profissional/académica	77
Quadro 67 - Diferenças AASM por Existência de Doença Grave.....	77
Quadro 68 - Diferenças de AASM por Apoio Psicológico Efetivo	77
Quadro 69 - RLM: SP e Abertura na AASM	78
Quadro 70 - Efeito indireto da abertura na relação entre SP e AASM	79
Quadro 71 - RLM na análise do Valor e SP na AASM.....	79
Quadro 72 - Análise de efeito de mediação de Valor entre SP e AASM	79
Quadro 73 - Caracterização da amostra	85
Quadro 74 - Análise descritiva dos itens da ATSPPH-SF	87
Quadro 75 - Análise da consistência interna às duas dimensões da ATSPPHS-SF	90
Quadro 76 - Análise descritiva da ATSPPHS-SF.....	90
Quadro 77 - Diferenças de atitudes entre sexos.....	91
Quadro 78 - Correlação entre a idade e as atitudes.....	91
Quadro 79 - Diferenças entre áreas de formação e Atitudes.....	91
Quadro 80 - Diferenças de atitudes nos participantes com e sem apoio psicológico efetivo ..	92

Índice de figuras

Figura 1 - AFC ao BriefCOPE - 14 subescalas.....	68
Figura 2 - AFC ao BriefCOPE - ECA e ECNA	69
Figura 3 - AFC do BriefCOPE ajustado	69
Figura 4 – AFC ao modelo fatorial da PSS.....	70
Figura 5 - AFC da PSS ajustada.....	71
Figura 6 - AFC à ATSPPH-SF unidimensional.....	88
Figura 7 - AFC do modelo unifatorial da ATSPPH-SF com ajustamento do modelo.....	88
Figura 8 - AFC à escala ATSPPH-SF bidimensional	89
Figura 9 - AFC ajustada à solução bidimensional da ATSPPH-SF.....	90

Estudo sobre a percepção do stress, estilos de coping, autoavaliação da saúde mental e atitudes face ao apoio psicológico profissional

O presente estudo visou analisar qual o nível de stress percebido pelos adultos portugueses, estilos de coping preferenciais, como autoavaliam a sua saúde mental e as atitudes face à procura de apoio psicológico profissional. As características sociodemográficas, mediante a análise das idiosincrasias de cada subgrupo analisado (e.g., idade, sexo, habilitações académicas, etc.) analisaram-se em função da sua relação com as variáveis psicológicas. Foi realizado um estudo sobre a adaptação à população portuguesa da escala de atitudes face à procura de apoio psicológico profissional, cujos resultados permitiram a análise adequada desse construto e sua relação com as variáveis em estudo.

A presente tese divide-se em cinco partes: 1) introdução e revisão de literatura sobre o stress percebido (SP), estilos de coping (EC), autoavaliação da saúde mental (AASM) e atitudes face à procura de apoio psicológico profissional (ATSPPH); 2) método constituído por participantes, instrumentos, procedimentos e análise estatística descritiva e inferencial das variáveis sociodemográficas e SP, EC, AASM e ATSPPH; 3) resultados; 4) Discussão geral do estudo; 5) Anexos, onde constam o material aplicado, quadros descritivos dos resultados e o estudo de adaptação da escala de atitudes face à procura de apoio psicológico profissional (ATSPPH-SF), contemplando procedimentos e análise estatística, resultados e discussão próprias.

Os objetivos principais são: 1) contribuir para o estudo de adaptação da escala de atitudes face à procura de apoio psicológico profissional para a população portuguesa, mediante análise das suas qualidades métricas de forma a poder usar e estudar os resultados de forma validada; 2) determinar quais as variáveis sociodemográficas que são preditores significativos do SP, EC, AASM e ATSPPH, e como se correlacionam as variáveis psicológicas; 3) analisar se os estilos de coping são determinantes para a percepção subjetiva do SP, da AASM e se esse repertório de adaptação ao stress impacta nas atitudes face à procura de apoio psicológico profissional; 4) investigar o efeito de mediação dos estilos de coping na relação entre o stress percebido e a autoavaliação da saúde mental.

Revisão de investigação

A atual formulação cultural da American Psychiatric Association (2014) considera que “todas as formas de mal-estar são localmente moldadas”, repercutindo-se nos sintomas, nas formas de as expressar e nas causas percebidas. As conceptualizações culturais de mal-estar, os fatores de stress e características de vulnerabilidade e resiliência são impactados pela idiosincrasia do grupo, e têm vindo a ser associadas às estratégias de coping e aos padrões de procura de apoio psicológico profissional (APA, 2014). Desta forma, o presente estudo visa investigar como os adultos portugueses percecionam o seu nível de stress, quais os estilos de coping preferenciais, como autoavaliam a sua saúde mental e quais as atitudes face à procura de apoio psicológico profissional.

A investigação sobre stress tem uma reconhecida importância dado o seu impacto psico-bio-social no ser humano. Apesar de ser um constructo complexo, atualmente distinguem-se três grandes classificações, consoante definem o stress como: (a) estímulo; (b) resposta; e, como (c) processo da interação entre o indivíduo e o meio. A abordagem focada nas causas, designada por ambiental, enfatiza os fatores indutores de stress nas exigências externas; a abordagem biológica tem o foco na reação ou consequência na ativação fisiológica e psicobiológica como resposta a um estímulo indutor de stress. Finalmente, a abordagem psicológica descreve a avaliação subjetiva que o sujeito faz do stress e das reações afetivas do mesmo (Kopp et al., 2010). A popularidade do conceito de stress, quer no meio académico quer na população geral, decorreu em grande parte do trabalho do endocrinologista Hans Selye (1978) que definiu o stress como uma manifestação de uma síndrome que abarca todas as alterações do sistema biológico, cujo padrão de resposta fisiológica, denominou por "Síndrome de Adaptação Geral". O "Síndrome de Adaptação Geral" processa-se em três fases: a) fase de choque inicial e contrachoque subsequente; b) se a estimulação nociva continuar, o organismo entra na fase de resistência, em que os sintomas da reação de choque desaparecem, o que aparentemente indica a adaptação do organismo ao estímulo; e, (c) no caso da estimulação aversiva persistir, a resistência dá lugar à fase de exaustão. Selye postulou que qualquer indivíduo vive num constante processo de adaptação às circunstâncias, e que o segredo do bem-estar reside numa adaptação bem-sucedida a quaisquer alterações, sendo a doença e a infelicidade o custo desse desajustamento, pressupondo que o conceito de doença pressupõe um conflito entre as fontes de agressão e as defesas (Selye, 1978). Selye, apesar de não ter explorado os processos explicativos da transformação cognitiva, provocada pela experiência emocional subjetiva, e de não ter especificado os mecanismos de coping, enquanto mediadores importantes da relação stress-resultado, relaciona com a escola alemã de psicologia Gestalt no

sentido de que estruturas separadas, como podem ser vistos os sistemas biológico, fisiológico e psicológico, são integradas numa só unidade funcional. Os pressupostos do Síndrome de Adaptação Geral, mais tarde designado apenas por Síndrome de Stress, foram alargados e estudados à expressão emocional e comportamental (Selye, 1978).

A transformação cognitiva e as estratégias de coping foram tópicos centrais no Modelo Transaccional de Stress e Coping, de Lazarus e Folkman (1984). Segundo este modelo “o stress não existe na ausência de uma relação entre a pessoa e o ambiente e é o processo que explica esta relação; o ambiente afeta o individuo e o individuo afeta o ambiente (...) num “determinismo recíproco”” (Lazarus et al., 1984, p. 294). Segundo este paradigma, a resposta ao stress depende da forma como um estímulo exterior é percebido (avaliação cognitiva) e dos recursos e estratégias que o individuo tem para se ajustar a esse ambiente (processo de coping). A avaliação cognitiva inclui uma avaliação primária, na qual há o julgamento sobre a relevância e benignidade do estímulo, e uma avaliação secundária sobre os recursos disponíveis para enfrentar a situação com sucesso; coping refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais para superar, reduzir ou tolerar o desequilíbrio da relação entre o individuo e o meio (Folkman & Lazarus, 1985). Quando as solicitações do meio superam os recursos disponíveis o indivíduo experimenta stress, podendo despoletar diferentes reações simultâneas, emocionais, comportamentais e/ou fisiológicas. O stress depende, assim, da compleição de cada indivíduo (variáveis pessoais, como crenças e objetivos) e da sua relação subjetiva com o meio (variáveis ambientais, como apoio social), sendo fulcrais como mediadores o processo cognitivo e o coping, nos efeitos mais ou menos imediatos do stress (Folkman et al, 1985; Lazarus et al., 1985). Na tradução da adversidade para o stress, são utilizados, pelo menos, três termos: ameaça como a ocorrência iminente de um evento que se espera nocivo; dano como sendo a percepção de que as consequências negativas já existem; e, perda como a percepção de que algo favorável foi retirado (Carver & Connor-Smith, 2010).

As múltiplas formas de como as pessoas respondem às percepções de ameaça, dano e perda recebem o rótulo de "coping". De facto, coping poder-se-á definir como os pensamentos e comportamentos usados para gerir as exigências, internas e externas, avaliadas como estressantes; é, no entanto, um constructo com uma longa e complexa história (Folkman & Moskowitz, 2004). A inevitabilidade da existência de stress conduz à importância do estudo do coping como ajustamento e adaptação de um individuo cujos recursos viabilizam a, maior ou menor, capacidade para lidar com situações adversas e a sua flexibilidade na adaptação ao meio. As respostas, estratégias ou estilos de coping desempenham, portanto, um importante papel no bem-estar físico e psicológico de um indivíduo no ajuste adequado às contingências

quotidianas e/ou atípicas. Os estudos e a investigação sobre os processos utilizados pelas pessoas para enfrentar eventos ou experiências negativas têm uma longa história. Freud (1964) conceptualizou como mecanismos de defesa os processos defensivos, inconscientes, do ego que o protegem das angústias derivadas do mundo externo e interno. As investigações sobre os mecanismos de defesa, inspiradas pela psicanálise foram fundamentadas, na sua grande maioria, nas patologias e em processos inconscientes. Segundo Lambert (1970) e Folkman et al. (2004), Lazarus, em 1966, com uma nova abordagem sobre a psicologia do stress e processos de coping estabeleceu um novo paradigma e mudou o curso das investigações. A formulação de Lazarus sustentou-se nas respostas cognitivas e comportamentais que a maior parte das pessoas recorre para gerir e enfrentar os problemas que suscitam stress. A teoria de Lazarus fez parte do período da “revolução cognitiva”; não obstante, o estudo do coping, como um campo separado da investigação psicológica, emergiu apenas nos anos 70 (Folkman et al., 2004). Os estilos de coping são adotados, conscientemente, por parte do indivíduo visando controlar as exigências do meio que excedem os recursos existentes no indivíduo, podendo ser operacionalizadas como fatores estabilizadores que facilitam a adaptação do indivíduo, isto é, são mecanismos que o protegem de adversidades (Holahan & Moos, 1987). Além disso, alguns indivíduos podem ter estilos ou padrões particulares de coping na resposta a diferentes situações estressantes (Carver et al., 1989; Fleishman, 1984; Miller et al., 1988). Dada a complexidade e variedade das plausíveis respostas dos indivíduos têm sido várias as formas de agrupar e diferenciar as diferentes estratégias de coping (Skinner et al., 2003). A distinção de Lazarus e Folkman (1984) foi das primeiras e distingue entre o coping focado no problema e o coping focado na emoção. O coping focado no problema é direcionado ao próprio estímulo, i.e., visa removê-lo ou evitá-lo, ou diminuir o seu impacto se não puder ser evitado. O coping focado na emoção visa minimizar o afeto negativo desencadeado por esses estímulos. O objetivo da resposta determina a atribuição da sua categoria. Outra distinção particularmente importante é entre o coping de compromisso ou envolvimento, que visa lidar com o *stressor* ou das emoções relacionadas, e o coping de distanciamento ou evitamento, que visa evadir-se da ameaça ou das emoções relacionadas (Skinner et al., 2003). O coping de compromisso inclui o coping focado no problema e algumas formas de coping focado na emoção: procura de suporte e regulação emocional ou aceitação; o coping de distanciamento inclui respostas como evitamento e negação. O evitamento é, muitas vezes, focado na emoção, porque envolve uma tentativa de retirar sentimentos de angústia, sendo geralmente ineficaz a longo prazo, uma vez que não atua sobre a existência da ameaça e no seu eventual impacto (Carver & Connor-Smith, 2010). Existem diferentes maneiras de agrupar as respostas de coping, mas essas distinções não

formam uma matriz clara na qual as reações de coping possam ser classificadas. As análises confirmatórias, baseadas em categorias bem definidas e itens não ambíguos, são a melhor estratégia para identificar categorias de ordem inferior, que sejam unidimensionais e discrimináveis (Skinner et al., 2003). Há, ainda, perspectivas que defendem que o coping é estável ao longo do tempo e que as pessoas têm tendências habituais de respostas e interações com o meio, denominadas como estilos de coping ou coping disposicional, e outras, estratégias contextuais, que se baseiam nas capacidades pessoais de respostas cognitivas e comportamentais para gerir situações específicas stressantes. Carver et al. (1989) consideraram que cada indivíduo tem estilos de coping preferenciais, que se tornam relativamente perduráveis, influenciados pelas características de personalidade. No artigo “*Positive affect and the other side of coping*”, também Folkman e Moskowitz (2000) consideraram que o coping é influenciado por traços disposicionais, como otimismo, neuroticismo e extroversão. Nielsen e Knardahl (2014), num estudo longitudinal, encontraram elevada estabilidade nos estilos de coping adotados, ainda que com alguns estilos mais estáveis do que outros; estratégias como a religião, humor e uso de suporte emocional são altamente estáveis, enquanto desinvestimento comportamental e negação são mais propensos a mudanças. Estes resultados parecem implicar que, ainda que os traços de personalidade sejam resistentes ao longo do tempo, as disposições de estilos de coping, apesar de mais maleáveis, têm alguma dessa qualidade imputada pelos traços (Nielsen & Knardahl, 2014). Ambas as perspectivas refletem pressupostos contrastantes sobre os determinantes subjacentes do processo de coping. As abordagens estilísticas ou disposicionais pressupõem que fatores relativamente estáveis, baseados na pessoa, têm subjacentes esforços habituais de coping; as abordagens contextuais pressupõem que as avaliações cognitivas dos indivíduos e sua escolha de respostas específicas de coping são mais transitórias e situacionais (Moos & Holahan, 2003). Ambas as perspectivas geram conceptualizações e operacionalizações distintas, refletidas em vários instrumentos de medidas de coping. Uma classificação dos estilos de coping, usada para agrupar as distintas respostas de coping, corresponde ao coping adaptativo e ao coping não adaptativo, mediante a sua adequação às contingências, o seu carácter protetor do bem-estar e eficácia na gestão do stress percebido. Um repertório adequado de recursos de coping providencia uma defesa crítica, ao proteger, dos efeitos adversos do stress, a saúde mental e física e o ajustamento social (Penley et al., 2002).

A interação entre o stress percebido e os estilos de coping, pode preconizar a autoavaliação subjetiva da saúde mental. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2022), a saúde mental é um estado de bem-estar que possibilita a adaptação adequada (to cope) ao stress,

sendo muito mais do que a ausência de perturbação mental; é uma parte intrínseca da saúde e bem-estar individual e coletivo. A saúde mental existe num continuum complexo, com experiências que vão desde um estado ótimo de bem-estar até estados debilitantes de sofrimento e dor emocional, passível de alterações de posição nesse continuum, dentro do ciclo de vida (WHO, 2022). A perceção subjetiva da saúde mental, numa autoavaliação por parte do indivíduo, tem sido considerada como muito relevante por abarcar a plenitude do bem-estar psicológico. De facto, a autoavaliação da saúde mental (AASM) pode ser útil para uma avaliação holística da saúde mental, em investigação e em serviços de rastreio e triagem médica (Casu & Gremigni, 2019; Mawani & Gilmour, 2010; McAlpine et al., 2018). A saúde mental, em qualquer momento da vida é uma preocupação importante para os indivíduos, famílias, comunidades e profissionais de saúde. A AASM medida por um só item que solicita aos indivíduos que avaliem a sua saúde mental numa escala, tipo Likert, tem sido cada vez mais utilizada, desde meados da década de 1990 (Ahmad et al., 2014). Uma AASM pior está simultaneamente associada a vários problemas de saúde mental (Ahmad et al., 2014; Jang et al., 2012; Mawani & Gilmour, 2010). A AASM pode medir o mal-estar ou sofrimento psicológico generalizado, e captar sintomas subclínicos que ainda não se instalaram como uma patologia particular, como depressão ou ansiedade (Ahmad et al., 2014; Casu & Gremigni, 2019). Levinson e Kaplan (2014) descreveram a AASM como uma medida de bem-estar subjetivo ou saúde mental mais do que de doença mental. Flieshman e Zuvekas (2007), num estudo sobre as associações entre a AASM e outras medidas de saúde mental validadas, demonstraram que, apesar da AASM se correlacionar com os sintomas de perturbações psicológicas, não deve ser a única medida de avaliação de mal-estar psicológico. A AASM parece ser um indicador alargado da perceção de saúde mental, e essa perceção parece desempenhar um papel importante na procura de ajuda, adesão ao tratamento e recuperação (Mawani & Gilmour, 2010; Zuvekas & Fleishman, 2008). A AASM é comumente avaliada por apenas um item, mas este item pode ser um indicador subjetivo robusto no que respeita a prover informações sobre a autoconsciência e os sentimentos sobre o bem-estar (McAlpine et al., 2018). Ahmad et al. (2014), numa revisão de literatura, evidenciaram que uma pior autoavaliação estava associada a maior sofrimento psicológico e patologias mais severas. Mais recentemente, Galambos et al. (2022) apresentaram os resultados de um estudo longitudinal, os quais evidenciaram que uma pior AASM, medida por um único item, previu sintomas depressivos. Estes resultados sugerem que uma autoavaliação mais negativa constitui um risco para o desenvolvimento de perturbações mais graves, no futuro. A autoavaliação da saúde mental é importante por si só, e as medidas de um único item de saúde mental são válidas

porque, em vez de procurar atribuir um diagnóstico clínico (por exemplo, como a depressão) refletem simplesmente a percepção do entrevistado sobre sua própria saúde mental. A saúde mental percebida e autoavaliada é inerentemente válida porque o entrevistado é o melhor juiz de suas próprias percepções (Rohrer, 2004). No entanto, a epidemiologia da autoavaliação da saúde mental não tem sido explorada tão extensivamente quanto a autoavaliação geral da saúde (AAS). A AAS, também com recurso à medida de um só item, tem-se evidenciado como preditor excepcionalmente forte de mortalidade e morbidade (Benyamini & Idler, 1999; Idler & Benyamini, 1997; Schnittker & Bacak, 2010). A estrutura paralela de redação dos itens da AAS e da AASM sugere que, esta última, mede aspetos da saúde mental de forma tão robusta quanto as indicações de saúde fornecidas pela AAS. De facto, quando a AAS foi estudada pela primeira vez os investigadores encontraram correlações moderadas entre a AAS e o estado de saúde atual, para além de se mostrar, em estudos longitudinais, um preditor igual, ou mais forte, de mortalidade e morbidade do que muitas medidas comumente usadas (Ahmad et al., 2014). Numa meta-análise, DeSalvo et al. (2006) mostraram que os indivíduos que avaliaram a saúde como “má” têm um risco duas vezes superior de mortalidade face aos que relataram uma saúde "excelente" e as respostas ao único item de medida mantêm uma forte associação à mortalidade, mesmo após ajustes a co-variáveis, como depressão e comorbilidades. A AASM pode ser um constructo poderoso e fornecer informação relevante sobre a saúde psicológica do indivíduo numa determinada altura, assim como, ser útil na monitorização da saúde mental durante as várias fases da vida (Galambos et al., 2022; McAlpine et al., 2018). Uma vez que bastantes pessoas, com problemas de saúde mental, não procuram ajuda profissional, ou demoram imenso tempo até que o façam (Wang et al., 2005), a AASM pode ser um recurso para a informação precoce sobre possíveis problemas (Casu & Gremigni, 2019). Na AASM, medida por um único item, o sujeito formula uma avaliação global que vai para além da simples soma ou ponderação de todos os itens incluídos numa escala de classificação e representa uma forma simples e eficaz de permitir que os inquiridos expressem as suas próprias percepções sobre o seu estado clínico psicológico geral (Casu & Gremigni, 2019; Fava et al., 2019). Ahmad et al. (2014) mostraram relações entre a AASM e a utilização dos serviços de saúde, sugerindo que o recurso à AASM, em inquéritos epidemiológicos e de saúde, pode ser uma medida confiável e forte de saúde mental da população, com o potencial de fornecer estimativas da saúde mental das populações, assim como ser utilizada para avaliar mudanças ao longo do tempo, e a resposta a mudanças nas políticas e práticas.

O estudo de Shaban et al. (2022), motivados pelos resultados negativos dos portugueses na autoavaliação da sua saúde, propôs-se analisar uma panóplia de fatores passíveis de

influenciar essa percepção subjetiva, tais como as desigualdades e disparidades intrínsecas à realidade sociodemográfica em Portugal. Os resultados demonstraram que os indivíduos com pior percepção do seu estado saúde estavam associados a desigualdades socioeconómicas, diferenças no recurso aos serviços de saúde e disparidades no estado físico e mental. Apesar de, aproximadamente, metade dos participantes ter avaliado o seu estado de saúde como positivo, Portugal está abaixo da média da União Europeia, onde 69,0% da população avaliou a sua saúde como muito boa ou boa (Eurostat, 2022).

A relação transacional entre a percepção subjetiva de stress e saúde mental e os estilos de coping adotados, podem correlacionar-se com a procura de apoio profissional. No processo de procura de apoio psicológico, um dos mais citados fatores de influência, são as atitudes face a esse processo (Hammer et al., 2018). Icek Ajzen (1985;1991) desenvolveu a teoria de ação planeada (TAP) para tentar explicar e prever o funcionamento humano, na qual o fator central é a intenção do indivíduo em realizar o comportamento, por captar os fatores motivacionais que influenciam o comportamento efetivo. As intenções são indicadores de quanto esforço os indivíduos estão dispostos a despende para realizar o comportamento e, regra geral, quanto maior a intenção de realizar um determinado comportamento maior a probabilidade de realizar essa ação concreta. Segundo a TAP a intenção poderá ser expressa em ação, mediante o controlo volitivo dos sujeitos, ou seja, a pessoa decide se irá, ou não, realizar essa ação. No entanto, o desempenho depende, pelo menos em algum grau, de fatores não motivacionais, como a disponibilidade de recursos ou oportunidades (e.g. tempo, dinheiro, suporte, etc.), que representam o controlo percebido do comportamento. Desta forma, a TAP postula três determinantes, conceptualmente independentes, da intenção. O primeiro corresponde às atitudes face ao comportamento, ou seja, o grau em que a pessoa tem uma avaliação ou apreciação, favorável ou desfavorável, do comportamento em questão. O segundo preditor é o fator social, ou seja, as normas subjetivas referentes à percepção da pressão social face à realização desse comportamento. Por último, o terceiro antecedente da intenção é o grau de controlo percebido, que se refere à maior ou menor facilidade de desempenhar esse comportamento, assumindo que este reflete experiências prévias e antecipação de contingências e dificuldades. Em resumo, quanto mais favoráveis as atitudes e as normas subjetivas, relativas a uma determinada ação, e maior o controlo percebido, mais forte é a intenção de realizar a ação em consideração (Ajzen, 1991). Aplicando a TAP ao contexto de procura de ajuda psicológica profissional pode afirmar-se que as atitudes, em articulação com as normas subjetivas (pressão social de outros significativos) e o controlo comportamental percebido (eficácia e obstáculos percebidos), podem prever a intenção de procura de ajuda,

precursora da procura efetiva de apoio psicológico. As atitudes, ou seja, a avaliação subjetiva sobre o ato de procurar ajuda de um profissional de saúde mental, têm sido um dos fatores de influência sobre a procura efetiva de apoio psicológico profissionais mais citados; atitudes e normas subjetivas positivas e um maior controle percebido levam à formação da intenção, antecipadora do comportamento real de procura de ajuda no futuro (Hammer et al, 2018). Li et al. (2014) estimaram a magnitude da associação entre a intenção de procura de ajuda e uma série de construtos psicossociais, e os resultados evidenciaram as associações com as medidas individuais de atitudes de procura de ajuda como as mais significativas. Tem-se assistido a um maior interesse sobre as atitudes das pessoas face à procura de ajuda psicológica, pois, apesar do aumento da procura de apoio psicológico profissional, há ainda um número significativo de pessoas que optam por não procurar ajuda para problemas relacionados com saúde mental (Picco et al., 2016). Dada a relevância da temática, a investigação tem sido extensa, nomeadamente analisar a sua relação com outras variáveis e construtos relacionados (Hammer et al., 2018); por ex., as meta-análises sugerem que as atitudes de procura de ajuda estão relacionadas com: a aculturação/enculturação (Sun et al., 2016); a diferença entre sexos (Nam, 2010); a conformidade com normas masculinas (Levant et al., 2022); benefícios e ameaças antecipados, autoestigma e estigma público de procurar ajuda, autorrevelação, apoio social e depressão (Lannin et al., 2018; Nam et al., 2013; Vogel et al., 2005), a intenção e comportamento (Armitage & Conner, 2001; Sheeran, 2002). A subutilização de serviços profissionais de apoio psicológico tem sido, muitas vezes, relacionada com estigma (Gulliver et al, 2010; Nam et al., 2013; Vogel et al., 2007); relutância com a autorrevelação (Hinson & Swanson, 1993; Vogel & Wester, 2003). Um determinado comportamento pode resultar em consequências não antecipadas, positivas ou negativas, e desencadear reações de outros, favoráveis ou desfavoráveis, e revelar fatores facilitadores ou dificuldades inesperadas (Fishbein & Ajzen, 2010), tornando provável que este feedback impacte numa mudança de comportamento, das normas subjetivas e/ou percepção de controlo, e subsequentemente afete futuras intenções e ações. Congruente com este pressuposto, estudos comprovaram que indivíduos com visões negativas sobre a eficácia dos serviços de saúde mental não expressaram intenções de recorrerem a essa ajuda (Angermeyer et al., 1999; Bayer & Peay, 1997) e, por outro lado, outros demonstraram que as pessoas que já tiveram apoio psicológico profissional, em alguma altura das suas vidas, têm atitudes mais positivas face a este recurso (Halgin et al., 1987; Lin & Parikh, 1999). Os resultados de um estudo sobre as atitudes face à procura de apoio à saúde mental, de ten Have e colaboradores (2010), a seis países europeus, demonstraram que a maioria dos participantes recorreria a ajuda profissional em caso de

surgimento de problemas emocionais sérios, mas que se sentiriam desconfortáveis se os seus amigos soubessem que estariam a ter ajuda profissional para um problema emocional. No entanto, aproximadamente, um terço dos participantes indicaram que a ajuda profissional era pior ou igual a não ter nenhuma ajuda. Coppens et al. (2013), num estudo realizado a quatro países europeus, incluindo Portugal, mostraram que a maioria dos participantes evidenciou abertura para procurar ajuda profissional no caso de problemas de saúde mental, concordando que, nesse caso, as pessoas são mais propensas a resolvê-los com ajuda profissional. Não obstante, 72% dos participantes acreditava que há algo de admirável numa pessoa que está disposta a lidar com os seus problemas emocionais sem recorrer a ajuda profissional, e 54% concordaram que as pessoas devem resolver os seus próprios problemas. Portugal destacou-se como o país cujos participantes se mostraram com maior abertura à procura de ajuda profissional.

A proposta de investigação do presente estudo, de acordo com o previamente exposto, é a de analisar a perceção subjetiva dos adultos portugueses relativamente ao stress, à sua saúde mental, quais os modos preferenciais de adaptação a situações difíceis, ou seja, o repertório de estilos de coping predominantes e as atitudes face à procura de apoio psicológico profissional. Para tal, foram realizadas análises das relações entre as principais características sociodemográficas e as variáveis psicológicas consideradas, assim como a relação e efeito de interação entre estas.

Método

Participantes

A amostra é constituída por 615 indivíduos adultos, da população geral portuguesa, com média de idades 38,75 ($DP=14,88$), na sua maioria do sexo feminino ($n=448$, 72,85%). A maioria dos participantes, 60,81%, tem o ensino superior concluído; dos 191 participantes (31,10%) com idades entre os 18 e 25 anos, 123 (65,40%) têm o ensino secundário concluído e os restantes o ensino superior. A maioria dos inquiridos está ativo profissionalmente ou em formação académica ($n=570$, 92,68%). Relativamente ao local de residência 85,69% dos participantes vive em ambiente urbano ($n=527$). No que respeita às características do foro mais clínico, como a existência de doença grave e apoio psicológico efetivo, os resultados permitem auferir que a maioria dos participantes não padece de patologias graves ou crónicas ($n=497$, 80,81%) e que apenas mais 1,22% dos indivíduos não receberam, ou recebem, apoio psicológico efetivo ($n=315$, 51,22%). No Quadro 1 apresentam-se as principais características da amostra.

Quadro 1 - Principais características da amostra (n=615)

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	448	72,85%
	Masculino	167	27,15%
Intervalo Idade	[18-25]	191	31,06%
	[26-32]	33	5,37%
	[33-40]	49	7,97%
	[41-50]	221	35,93%
	[51-60]	93	15,12%
	[61-70]	20	3,25%
	>70	8	1,30%
Estado civil	Solteiro(a)	186	30,24%
	Numa relação	120	19,51%
	Casado/União de facto	261	42,44%
	Sem relacionamento	43	6,99%
	Viúvo(a)	5	0,81%
Escolaridade concluída	Outro	4	0,65%
	Até ao 6º ano (até ao antigo ciclo preparatório)	5	0,81%
	Até ao 9º ano (até ao antigo 5º liceal)	14	2,28%
	Até ao 12º ano (até ao antigo 7º liceal /ano propedêutico)	188	30,57%
	Bacharelato ou curso técnico superior profissional	30	4,88%
	Licenciatura	245	39,84%
	Mestrado	116	18,86%
Situação socioeconómica	Doutoramento	13	2,11%
	Má	34	5,50%
	Satisfatória	319	51,90%
	Boa	236	38,40%
Estatuto profissional	Muito boa	26	4,20%
	Empregado ou Estudante	570	92,68%
	Desempregado	26	4,23%
	Reformado	19	3,09%

Local de residência	Cidade	527	85,69%
	Meio rural	88	14,31%
Existência de doença grave	Sim	118	19,19%
	Não	497	80,81%
Apoio Psicológico Profissional	Não	315	51,22%
	Sim	300	48,78%

Material

Informação Sociodemográfica

Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico para a obtenção de informações sobre: idade, sexo, o estado civil, a nacionalidade, o local de residência, o nível de escolaridade, percepção sobre o nível socioeconómico, situação profissional, área de estudos ou profissional. Adicionalmente, foram formuladas questões sobre a existência de doenças graves ou crónicas e sobre o recurso prévio ou atual de apoio psicológico profissional.

Autoavaliação da saúde mental

A avaliação da saúde mental (AASM) foi medida com um único item, em que os participantes foram questionados “Como classificaria a sua saúde mental?”, num formato de resposta de quatro pontos: “4 = excelente”, “3= boa”, “2 = má” e “1= péssima”.

Stress percebido

Para a medição da percepção de stress usou-se a Escala de Stress Percebido (PSS; Cohen et al., 1983; Ribeiro & Marques, 2009), composta por 10 itens respondidos em escala ordinal de 5 pontos (de 0=Nunca a 4=Muitas vezes), em que os resultados globais se situam num intervalo [0-56], em que uma maior pontuação equivale a uma maior percepção de stress. Exemplos de itens são: “No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?” e “No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?”. As propriedades métricas desta escala, traduzida para a população portuguesa, são similares à original, com um valor de consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,88. No presente estudo, $\alpha=0,90$ e a análise fatorial confirmatória indicou um bom ajustamento ($\chi^2/gl = 4,30$; $CFI = 0,96$; $GFI = 0,95$; $RMSEA = 0,07$; $RMSR = 0,04$)¹. Os cálculos estatísticos são apresentados no Anexo 3.

¹ Índices de análise da escala usados para verificação da sua adequação na amostra: *SRMR* (Standardized Root Mean Square Residual); *GFI* (Goodness of fit index); *RMSEA* (Root Mean Square Error of Approximation); *NFI* (Normed Fit Index); χ^2/gl (ratio do qui-quadrado e os graus de liberdade); *CFI* (Comparative Fit Index)

Estilos de coping

As respostas de coping foram avaliadas com recurso à versão portuguesa da escala Brief COPE (Carver, 1997; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Os participantes avaliaram a frequência com que usam diferentes estratégias de coping, numa escala tipo Likert de 4 pontos (de 1=nunca fiz isso a 4=fiz sempre isso). Pontuações mais altas indicam maior frequência de uso de dado estilo de coping. Os itens estão distribuídos por 14 subescalas, de 2 itens: (1) autodistração, (2) coping ativo, (3) negação, (4) uso de substâncias, (5) uso de suporte emocional, (6) uso de suporte instrumental, (7) desinvestimento comportamental, (8) expressão de sentimentos, (9) reinterpretação positiva, (10) planear, (11) humor, (12) aceitação, (13) religião, e (14) auto culpabilização. Exemplos de itens são: “No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?” e “No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?”. Investigações prévias suportam as propriedades psicométricas da escala BriefCOPE, quer a versão original quer a portuguesa, como medida de investigação das respostas de coping (Carver, 1997; Pais-Ribeiro et al., 2004). A consistência interna das subescalas, na versão portuguesa, apresenta intervalo de valores entre $0,55 < \alpha < 0,84$. As 14 dimensões de coping foram operacionalizadas, também, em dois fatores de segunda ordem: estilos de coping adaptativos e não adaptativos. Como estilos de coping adaptativos (ECA) foram consideradas as subescalas (2), (10), (9), (12), (13), (11), (5) e (6) e como estilos de coping não adaptativo (ECNA) consideraram-se as subescalas (1), (3), (8), (4), (7) e (14) (Alves et al., 2022; Furman et al., 2018; Machado et al., 2021; Pérez-García et al., 2014).

A análise da escala, feita mediante análise fatorial confirmatória, da escala com 14 dimensões verificou que todos os índices de ajustamento obtidos se apresentam satisfatórios ($\chi^2/df=1,44$, $RMSEA=0,03$, $GFI=0,96$, $CFI=0,99$), assim como para os dois fatores, de segunda ordem ($\chi^2/df=2,41$, $RMSEA=0,05$, $GFI=0,91$, $CFI=0,94$). Os valores de consistência interna nas 14 subescalas apresentam-se adequados ($\alpha > 0,60$). Quanto à análise dos fatores (ECA e ECNA), ambas as dimensões apresentam valores $\alpha > 0,70$, apresentando uma adequada consistência interna (Anexo 3).

Atitudes face à procura de apoio psicológico profissional

As atitudes relativas à procura de ajuda foram medidas pela escala *Attitude towards Seeking Professional Psychological Help – Short Form* (ATSPPH-SF), versão reduzida de 10 itens da ATSPPHS (Fischer & Turner, 1970) composta por 29 itens. O questionário ATSPPH-SF é composto por 10 itens escala tipo Likert de 4 pontos (de 0 - Discordo a 3 - Concordo) e

está subdividido em 5 itens por duas subescalas: (1) Abertura à procura de tratamento para problemas emocionais (e.g., “Se eu acreditasse que estava a ter um colapso mental, minha primeira inclinação seria chamar a um profissional.”) e (2) Valor e Necessidade em procurar tratamento (e.g., “Considerando o tempo e a despesa envolvidos na psicoterapia, teria pouco valor para uma pessoa como eu.”).

Os valores superiores na subescala Abertura referem-se a uma maior abertura à ajuda profissional. Os valores da escala de Valor são invertidos, pelo que resultados maiores indicam atitudes de estigma face a ajuda psicológica profissional. O instrumento apresenta valores de consistência interna, de alfa de Cronbach, situados num intervalo de 0,82 a 0,84 (Fischer & Farina, 1995; Elhai et al., 2008).

Foi realizado um estudo sobre a adaptação da medida ATSPPH-SF, apresentado no Anexo 4, onde foram investigadas as propriedades da escala para a população portuguesa, confirmando a sua adequação como instrumento. Os resultados comprovaram que os resultados podem ser analisados globalmente, i.e., que refletem os índices de atitudes face à procura de apoio psicológico ($\alpha=0,79$; $\chi^2/gl=4,62$, $RMSEA=0,08$, $GFI=0,95$, $CFI=0,90$), assim como, permitem analisar numa perspetiva bidimensional, ou seja, o fator referente à abertura à procura de apoio psicológico para resolução de problemas emocionais próprios ($\alpha=0,72$), e um segundo fator, mais geral, que reflete as perceções sobre o valor do tratamento psicológico profissional ($\alpha=0,63$).

Procedimento

O questionário sociodemográfico e os instrumentos utilizados foram transcritos no *GoogleForms* e partilhados, mediante *link*, entre janeiro e março de 2023, nas redes sociais, nomeadamente *WhatsApp*, *Facebook*, *Instagram* e *LinkedIn*. Os participantes foram informados acerca do âmbito e objetivos da investigação, do seu carácter voluntário, estando garantido o animato. Foi solicitado o entendimento cabal dessa informação, antes de poderem prosseguir. Todas as questões eram de resposta obrigatória, pelo que todos os participantes tiveram de completar o questionário e escalas na sua plenitude, podendo, no entanto, desistir em qualquer momento. O critério de elegibilidade considerado foi a idade superior a 18 anos.

A presente investigação é um estudo descritivo correlacional com dados recolhidos num único momento, sem manipulação de variáveis. A amostra é não-probabilística, por conveniência de um grupo natural.

Os dados iniciais foram recolhidos em formato Excel, sendo posteriormente introduzidos no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS; versão 29,0; SPSS, an IBM

company, Chicago, Illinois, USA) e no software *Analysis of Moment Structures* (AMOS; versão 29,0; SPSS, an IBM company, Chicago, Illinois, USA) para Windows.

Análise Estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva e estatística inferencial, nomeadamente análises fatoriais confirmatórias (AFC), análise de fiabilidade com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach (α), análise de correlações, testes paramétricos e não paramétricos para análise de diferenças na amostra e grupos independentes, análise de predição com recurso à técnica de regressão linear múltipla e a análise de efeitos de mediação.

Na AFC foram analisados os índices qualidade do ajustamento do modelo, e considerou-se um bom ajustamento dos modelos se: $\chi^2/gl \leq 5$, $SRMR$ e $RMSEA \leq 0,08$, GFI , CFI e $NFI \geq 0,9$ (Marôco, 2021).

Dada a dimensão da amostra, aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o teorema do limite central, o qual garante que para amostras de dimensão superior a $n > 30$, a média tem distribuição normal, mesmo que a variável não tenha distribuição normal (Marôco, 2018). O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq 0,05$.

A análise estatística foi efetuada com o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 29,0 para Windows, a Macro para Windows, de Andrew F. Hayes, denominado PROCESS v 4,2 e o software AMOS (*Analysis of Moments Structures*) v29.

Resultados

Análise de correlação entre variáveis

A análise de correlação entre as variáveis medidas apresenta-se no Quadro 2. Evidencia-se que a AASM se associa negativamente com o stress percebido, com as dimensões de atitudes e com os estilos de coping não adaptativos; as atitudes correlacionam-se positivamente com o stress percebido e com ambas as categorias de estilos de coping; o stress percebido apresenta uma correlação positiva com os ECNA e negativa com os ECA.

Quadro 2 - Análise de correlação entre as variáveis psicológicas medidas

		ASSM	Abertura	Valor	Atitudes	Stress	ECA	ECNA
ASSM	Correlação de Pearson	1	-,111**	-,070	-,102*	-,573**	,286**	-,310**
	Sig. (2 extremidades)		,006	,083	,011	,000	,000	,000
	N	615	615	615	615	615	615	615
Abertura	Correlação de Pearson	-,111**	1	,569**	,890**	,125**	,167**	,080*
	Sig. (2 extremidades)	,006		,000	,000	,002	,000	,048
	N	615	615	615	615	615	615	615
Valor	Correlação de Pearson	-,070	,569**	1	,881**	,043	,204**	,079*
	Sig. (2 extremidades)	,083	,000		,000	,283	,000	,050
	N	615	615	615	615	615	615	615
Atitudes	Correlação de Pearson	-,102*	,890**	,881**	1	,096*	,209**	,090*
	Sig. (2 extremidades)	,011	,000	,000		,018	,000	,026
	N	615	615	615	615	615	615	615
Stress Percebido	Correlação de Pearson	-,573**	,125**	,043	,096*	1	-,269**	,482**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,002	,283	,018		,000	,000
	N	615	615	615	615	615	615	615
ECA	Correlação de Pearson	,286**	,167**	,204**	,209**	-,269**	1	,051
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	,000		,208
	N	615	615	615	615	615	615	615
ECNA	Correlação de Pearson	-,310**	,080*	,079*	,090*	,482**	,051	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,048	,050	,026	,000	,208	
	N	615	615	615	615	615	615	615

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

Análise descritiva das medidas

Estilos de coping

Conforme os resultados expostos no Quadro 3, é possível verificar, dado os coeficientes de assimetria positivos obtidos, que a maioria das escalas apresenta valores mais reduzidos. Apenas as dimensões Coping ativo, Planeamento e Coping adaptativo apresentam valores considerados mais medianos, representando os estilos mais utilizados pelos participantes. A média dos valores dos estilos de coping adaptativos (ECA) apresentam-se mais elevados que a média dos estilos de coping não adaptativos (ECNA).

Quadro 3 - Análise descritiva dos estilos de coping

Dimensões de Coping	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Mínimo (Min)	Máximo (Max)	Coefficiente de assimetria (Sk)	Coefficiente de Curtose (Ku)
Coping ativo	3,74	1,32	0,00	6,00	0,61	-2,49
Planeamento	3,88	1,29	0,00	6,00	-0,61	-2,50
Suporte Instrumental	2,18	1,48	0,00	6,00	4,92	-1,08
Suporte Social e Emocional	2,56	1,64	0,00	6,00	4,68	-1,66
Religião	1,65	1,83	0,00	6,00	9,62	-0,60
Reinterpretação Positiva	3,15	1,47	0,00	6,00	1,89	-2,38
Autoculpabilização	2,89	1,38	0,00	6,00	4,63	-0,24
Aceitação	3,13	1,37	0,00	6,00	2,69	-1,52
Expressão de Sentimentos	2,84	1,41	0,00	6,00	5,79	-0,07
Negação	1,26	1,29	0,00	6,00	9,16	2,27
Autodistração	2,58	1,49	0,00	6,00	4,73	-0,32
Desinvestimento	0,87	1,19	0,00	6,00	13,95	8,87
Comportamental						
Uso de Substâncias	0,46	1,04	0,00	6,00	28,54	45,42
Humor	2,08	1,43	0,00	6,00	5,96	1,58
Coping Adaptativo	2,79	0,84	0,50	5,25	1,01	-1,75
Coping Não Adaptativo	1,82	0,72	0,17	4,33	7,00	1,68

Stress Percebido

Mediante o coeficiente de assimetria positivo obtido é possível constatar que os resultados de stress não são elevados (Quadro 4). A média obtida leva a assumir que o nível de stress percebido é moderado ($M=18,62$; $DP=6,77$), na amostra em estudo, dada a incidência no intervalo de valores entre o intervalo [15,25] e entre os percentis 25 e 85 (Quadro 5). A relação entre os resultados brutos obtidos e os respetivos percentis, visaram a segmentação de níveis de stress percebido em baixo, moderado e elevado. Pontuações entre 0 e 14 foram consideradas como nível baixo de stress, entre 15 e 25 como níveis moderados de percepção de stress e resultados superiores a 26, no percentil 80, estipularam o nível elevado de stress.

Quadro 4 - Análise descritiva do stress percebido

Stress Percebido	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Mínimo (MIN)	Máximo (Max)	Coefficiente de assimetria (Sk)	Coefficiente de Curtose (Ku)
	18,62	6,77	0,00	40,00	2,62	-0,36

Quadro 5 - Análise de percentis para resultados brutos de SP e segmentação de níveis de SP

Stress Percebido			
Percentis	Pontuações	Níveis de stress	N (%)
25	14,00	Baixo	172 (27,97%)
50	18,00	Moderado	343 (55,77%)
85	26,00	Elevado	100 (16,26%)

Atitudes face à procura de apoio psicológico profissional

Em conformidade com os resultados, dados os coeficientes de assimetria negativos obtidos, evidenciam-se valores mais elevados de abertura, valor e atitudes no geral (Quadro 6). Note-se que os valores das subescalas, valor e abertura, podem variar entre 0 e 15 e os das

atitudes global entre 0 e 30; assim, é possível constatar que os participantes revelaram índices de atitudes favoráveis ao apoio psicológico profissional.

Quadro 6 - Análise descritiva das atitudes face ao apoio psicológico profissional

Atitudes face ao apoio psicológico profissional	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Mínimo (MIN)	Máximo (Max)	Coefficiente de assimetria (Sk)	Coefficiente de Curtose (Ku)
Abertura	11,48	2,76	0,00	15,00	-9,25	4,43
Valor	10,81	2,66	1,00	15,00	-7,17	2,49
Atitudes	22,29	4,79	2,00	30,00	-8,45	4,91

Autoavaliação da saúde mental

Dos resultados obtidos da AASM, Quadro 7, pode perceber-se que 75,30% dos participantes avaliaram a sua saúde mental como boa. Se se dicotomizarem as respostas da AASM em negativa e positiva, pela junção das alternativas péssima/má e boa/excelente, respetivamente, constata-se que a larga maioria dos inquiridos considera ter uma saúde mental positiva. Os resultados do único item de autoavaliação de saúde mental são elevados, evidenciados, também, pelo coeficiente de assimetria negativo (Quadro 8).

Quadro 7 - Frequência da AASM

AASM	Frequência	Percentagem
Péssima	5	0,80%
Má	104	16,90%
Boa	463	75,30%
Excelente	43	7,00%

Quadro 8 - Análise descritiva da AASM

Autoavaliação da Saúde Mental	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Mínimo (MIN)	Máximo (Max)	Assimetria (Sk)	Curtose (Ku)
	2,88	0,51	1,00	4,00	-5,65	8,83

Análise da relação entre as variáveis psicológicas e as características sociodemográficas²

Estilos de coping

Conforme os dados do Quadro 9, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ao nível das dimensões do coping suporte instrumental ($t=3,59$, $p<0,001$), suporte social e emocional ($t=6,25$, $p<0,001$), religião ($t=2,92$, $p=0,004$), expressão de sentimentos ($t=3,84$, $p<0,001$), autodistração ($t=3,35$, $p<0,001$), coping adaptativo ($t=3,20$, $p<0,001$) e coping não adaptativo ($t=2,98$, $p=0,003$), sendo os valores obtidos sempre mais elevados nas mulheres comparativamente aos homens.

² Os quadros descritivos, relativos às análises descritas e sumarizadas neste capítulo, assim como a descrição dos procedimentos estatísticos podem ser encontrados e analisados no Anexo 3 - Análise descritiva das medidas por características sociodemográficas.

Quadro 9 - Comparação dos estilos de coping por sexo

Estilos de Coping	Feminino		Masculino		t (p)
	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	
Coping ativo	3,75	1,31	3,70	1,33	0,42 (0,676)
Planeamento	3,91	1,29	3,79	1,28	0,99 (0,320)
Suporte Instrumental	2,31	1,48	1,83	1,43	3,59 (<0,001)
Suporte Social e Emocional	2,79	1,65	1,94	1,44	6,25 (<0,001)
Religião	1,78	1,84	1,29	1,77	2,92 (0,004)
Reinterpretação Positiva	3,15	1,51	3,14	1,37	0,09 (0,926)
Auto Culpabilização	2,88	1,38	2,92	1,37	-0,37 (0,711)
Aceitação	3,11	1,34	3,17	1,46	-0,48 (0,632)
Expressão de Sentimentos	2,96	1,44	2,50	1,26	3,84 (<0,001)
Negação	1,31	1,33	1,14	1,17	1,54 (0,124)
Auto Distração	2,70	1,48	2,25	1,48	3,35 (<0,001)
Desinvestimento	0,90	1,20	0,79	1,16	1,03 (0,303)
Uso de Substâncias	0,46	1,07	0,44	,97	0,25 (0,806)
Humor	2,08	1,41	2,08	1,47	-0,04 (0,969)
Coping Adaptativo	2,86	0,85	2,62	,76	3,20 (0,001)
Coping Não Adaptativo	1,87	0,72	1,67	,71	2,98 (0,003)

As principais diferenças estatisticamente significativas encontradas entre os estilos de coping e a idade dos participantes foram nas dimensões de: coping ativo, que varia de modo significativo por idade ($H=20,04, p=0,003$) sendo mais usado nos que têm entre 61 e 70 anos, comparativamente aos que tem 18-25 anos; suporte instrumental, que varia de modo significativo em função da idade ($H=12,66, p=0,049$), sendo mais elevado nos que têm entre 26 e 32 anos comparativamente aos que tem 41-50 anos e mais de 70 anos; suporte social e emocional a variar significativamente em função da idade ($H=40,42, p<0,001$) e mais alto nos que têm entre 26 e 32 anos, relativamente às faixas etárias superiores; religião que varia de modo significativo em função da idade ($H=42,82, p<0,001$), sendo mais um estilo mais usado nas idades entre 51-60 anos e nos que tem 18-25 anos e 41-50 anos; reinterpretação positiva cuja variação por idades é significativa ($H=25,88, p<0,001$) e mais elevada nos que têm entre 61-70 anos comparativamente aos que tem 18-25 anos e 33-40 anos; a autculpabilização ($H=68,89, p<0,001$), a autodistração ($H=73,35, p<0,001$) e os estilos de coping não adaptativo ($H=87,35, p<0,001$) variam em função da idade sendo mais elevadas nos que têm entre 18 e 25 anos relativamente aos outros grupos etários superiores. A expressão de sentimentos varia de modo significativo de acordo com a idade ($H=17,46, p=0,008$) sendo mais elevada nos que têm entre 18-25 anos comparativamente aos que têm entre 41-50 anos, 51-60 anos e 61-70 anos. A negação varia em função da idade ($H=14,49, p=0,025$) sendo mais elevada nos que têm mais de 70 anos comparativamente aos que têm 41-50 anos. O desinvestimento comportamental varia em função da idade ($H=18,18, p=0,006$) sendo mais elevado nos que têm entre 18-25 anos relativamente aos que têm entre 41-50 anos e maiores de 70 anos.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, nas dimensões de coping, entre os participantes com o ensino superior e aqueles com o ensino secundário, com os primeiros recorrem mais a estratégias de coping ativo ($H=22,38$, $p<0,001$), de planeamento ($H=7,04$, $p=0,030$), de reinterpretação positiva ($H=12,43$, $p=0,002$), aceitação ($H=7,71$, $p=0,020$) e de coping adaptativo ($H=9,89$, $p=0,007$). Ao nível do suporte instrumental ($H=13,15$, $p=0,001$), que se apresenta mais elevado no ensino superior em relação ao ensino básico ou menos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Os indivíduos com habilitações até ao ensino secundário tiveram resultados superiores, com diferenças estatisticamente significativas, face aos restantes participantes nas dimensões de autculpabilização ($H=12,86$, $p=0,002$), autodistração ($H=8,66$, $p=0,013$) e estilos de coping não adaptativo ($H=29,14$, $p<0,001$). Existem diferenças significativas entre habilitações ao nível do suporte social e emocional ($H=6,75$, $p=0,034$), que se apresenta mais elevado no ensino secundário em relação ao ensino básico ou menos, inversamente ao recurso à religião ($H=12,86$, $p=0,002$), que se apresenta mais elevado no ensino básico ou menos em relação ao ensino secundário. As diferenças significativas na negação ($H=20,15$, $p<0,001$) respeitam a valores mais elevados no ensino básico ou menos em relação ao ensino superior. Os participantes com o ensino secundário apresentaram valores mais elevados, comparativamente aqueles com o ensino superior, nas dimensões de desinvestimento comportamental ($H=10,86$, $p=0,004$) e de uso de substâncias ($H=11,36$, $p=0,003$).

Quanto ao local de residência, meio rural versus urbano, apenas ao nível da expressão de sentimentos ($t=-2,08$, $p=0,040$) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, com valores mais elevados no meio rural. Relativamente à ocupação profissional e académica, os resultados divergem significativamente, unicamente, na dimensão de suporte social e emocional ($H=9,02$, $p=0,011$), mais elevada nos participantes ativos em relação aos reformados.

Analisando as diferenças das várias dimensões do coping entre quem tem e quem não tem doença grave ou crónica, pôde constatar-se que os resultados variam significativamente ao nível das dimensões religião ($t=3,09$, $p=0,002$), autculpabilização ($t=3,40$, $p<0,001$), desinvestimento ($t=3,22$, $p=0,002$) e coping não adaptativo ($t=3,89$, $p<0,001$) sendo sempre superiores nos indivíduos com patologia grave ou crónica.

Foram encontradas diferenças significativas entre os participantes que têm, ou tiveram, apoio psicológico profissional e os que nunca recorreram a esse apoio no recurso ao suporte instrumental ($t=5,90$, $p<0,001$), suporte social e emocional ($t=6,08$, $p<0,001$), autculpabilização ($t=3,93$, $p<0,001$), expressão de sentimentos ($t=3,70$, $p<0,001$), negação

($t=3,72, p<0,001$), autodistração ($t=3,17, p=0,002$), desinvestimento comportamental ($t=3,90, p<0,001$), uso de substâncias ($t=4,10, p<0,001$), coping adaptativo ($t=2,87, p=0,004$) e coping não adaptativo ($t=6,89, p<0,001$), cujos resultados são sempre mais elevados nos que tem apoio psicológico efetivo.

Stress percebido

Verificou-se que a percepção de stress difere significativamente entre homens e mulheres ($t=4,13, p<0,001$), sendo mais elevado nas mulheres ($M=19,30, DP=6,85$) do que nos homens ($M=16,79, DP=6,19$) e que varia significativamente com a idade ($H=84,74, p<0,001$) sendo mais elevado nos participantes entre os 18 e 25 anos relativamente aos mais velhos, evidenciando uma correlação negativa com a idade ($r=-0,36, p<0,001$). Há variação estatisticamente significativa em função da escolaridade ($F=11,42, p<0,001$), sendo o stress percecionado mais elevado naqueles com o ensino secundário comparativamente aos outros indivíduos. Não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de stress percebido entre o meio de residência, mas encontraram-se face à situação profissional ($F=4,75, p=0,009$) sendo mais elevado nos desempregados comparativamente aos reformados.

A percepção do nível de stress dos participantes com alguma doença grave é mais elevada do que os que não têm quaisquer patologias, sendo a diferenças estatisticamente significativa ($t=3,76, p<0,001$). Da análise aos participantes com apoio psicológico profissional, comparativamente aos restantes há divergência significativa ($t=-6,61, p<0,001$), sendo mais elevado nos que têm este tipo de apoio.

Atitudes face ao apoio psicológico profissional

Quaisquer das dimensões de atitudes face ao apoio psicológico profissional variam de modo estatisticamente significativo em função do sexo, sendo os resultados mais elevados nas mulheres que os homens [Abertura ($t=7,76, p<0,001$) e Valor ($t=6,00, p<0,001$) e valor global de Atitudes ($t=7,86, p<0,001$)]. Quanto às diferenças por idade verifica-se que as mesmas só se apresentam significativas ao nível da dimensão valor ($H=17,92, p<0,001$), sendo os resultados desta dimensão mais elevados na idade entre os 33 e os 40 anos relativamente aos participantes mais velhos. Quanto à escolaridade, as diferenças só se apresentaram significativas para a dimensão valor ($H=8,00, p=0,018$), cujos valores são mais elevados no ensino superior unicamente em relação ao ensino básico ou menos. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que residem em meio urbano e nos que residem em meio rural, assim como entre os distintos grupos de situação profissional.

Verificou-se que a dimensão de abertura ($t=2,84$, $p=0,005$) e as atitudes ($t=2,24$, $p=0,025$) variam de modo significativo em função da existência ou não de doença grave, sendo os valores são mais elevados nos participantes com doença grave ou crónica.

Quanto à existência de apoio psicológico efetivo é possível verificar que os resultados das dimensões abertura ($t=-7,81$, $p<0,001$), valor ($-7,85$, $p<0,001$) e abertura em geral ($t=-8,97$, $p<0,001$) variam de modo significativo em função do mesmo. Mais especificamente, poder-se-á constatar que, em quaisquer fatores, os valores são mais elevados no grupo dos que tem apoio psicológico efetivo (Quadro 10).

Quadro 10 - Diferenças de atitudes nos participantes com e sem apoio psicológico profissional

ATSPPH-SF	Não ($n=315$)		Sim ($n=300$)		t (p)
	M	DP	M	DP	
Abertura	10,67	2,84	12,32	2,38	-7,81 (<0,001)
Valor	10,03	2,68	11,64	2,38	-7,85 (<0,001)
Atitudes	20,71	4,77	23,96	4,24	-8,97 (<0,001)

Autoavaliação da saúde mental

A autoavaliação da saúde mental varia em função do sexo dos indivíduos ($U=34232,00$, $p=0,032$) sendo mais elevado o resultado obtido nos homens comparativamente às mulheres. Existe correlação estatisticamente significativa ($r=0,20$, $p<0,001$) entre a AASM e a idade, evidenciando que com o aumento da idade existe aumento de autoavaliação da saúde mental. Foram encontradas diferenças significativas em função das habilitações académicas e a AASM ($H=11,23$, $p=0,004$), considerada mais favorável no grupo dos indivíduos com o ensino superior comparativamente aos que tem apenas o ensino secundário; existe uma correlação positiva entre o nível académico e a AASM ($r_s=0,12$, $p<0,003$). Não foram encontradas diferenças significativas na AASM entre os participantes residentes em cidade e meio rural; face à situação de atividade profissional a diferença estatisticamente significativa é entre os reformados, com melhor AASM, e os desempregados ($U=22826,50$, $p=0,756$). Encontrou-se uma correlação positiva, ainda que fraca, da AASM com a situação socioeconómica estimada ($r_s=0,08$, $p<0,001$).

Na análise da AASM nos participantes com e sem doenças graves ou crónicas, evidenciaram-se diferenças estatisticamente significativas ($U=22326$, $p<0,001$). Os resultados obtidos são mais elevados nos que não tem doença grave comparativamente aos que têm, ou seja, este grupo tende a considerar melhor saúde mental.

Quanto à análise da AASM nos indivíduos que recorrem, ou já recorreram, a apoio psicológico profissional comparativamente aos que não tiveram esse suporte efetivo, os resultados obtidos variam de modo significativo ($U=36452,50$, $p<0,001$), em que a melhor

avaliação da saúde mental corresponde aos participantes que não têm apoio psicológico efetivo. No Quadro 11, pode constatar-se que existe uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos que avaliaram como má a sua saúde mental e que recorrem ao apoio psicológico profissional (24,3%) comparativamente aos que não procuraram apoio profissional com a mesma autoavaliação (9,8%). A diferença, nos indivíduos que avaliaram a sua saúde mental como boa, entre o recurso efetivo a apoio psicológico profissional é de 3,8%. A AASM apresenta uma associação negativa, estatisticamente significativa, com o stress percebido ($r=-0,573, p<0,001$).

Quadro 11 - Análise de frequência de AASM e APP

AASM	Apoio Psicológico Profissional			
	Não		Sim	
	N	%	N	%
Péssima	2	0,6%	3	1,0%
Má	31	9,8%	73	24,3%
Boa	243	77,1%	220	73,3%
Excelente	39	12,4%	4	1,3%
Total	315	100,0%	300	100,0%

Estatística inferencial

Análises de preditores mediante regressão linear múltiplas

Stress percebido em função das características sociodemográficas

Conforme demonstrado no Quadro 12 pode verificar-se que o modelo de regressão linear múltipla (RLM) ajustado se apresenta estatisticamente significativo, o que significa que, pelo menos um, dos preditores tem um efeito significativo no stress percebido ($F=17,22, p<0,001$). O conjunto de variáveis do modelo explica em conjunto 14,5% da variância do stress percebido ($R^2=0,145$). Mais especificamente, pode afirmar-se que o facto de ser homem contribui para uma diminuição do stress percebido, ou seja, os homens tendem a ter menos stress percebido ($B=-1,85, p=0,001$); maior faixa etária impacta num menor stress percebido ($B=-1,40, p<0,001$). O local de residência ($B=-1,13, p=0,122$), as habilitações académicas ($B=-0,16, p=0,736$), a situação profissional não influencia de modo significativo a perceção subjetiva do stress.

Quadro 12 - Análise das características sociodemográficas como determinantes do stress percebido

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados <i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	<i>B</i>	<i>Erro</i>						
(Constante)	27,11	2,31	-	11,74	0,000	17,22	<0,001	0,145
Sexo	-1,85	0,57	-0,12	-3,21	0,001			
Intervalo Idade	-1,40	0,16	-0,34	-8,27	0,000			
Local de residência	-1,13	0,72	-0,05	-1,54	0,122			
Habilitações	-0,16	0,46	-0,01	-0,33	0,736			
Estatuto profissional=Empregado ou Estudante	-0,08	1,57	-0,00	-0,05	0,960			
Estatuto profissional=Desempregado	0,84	1,98	0,02	0,42	0,674			

Stress Percebido em função dos Estilos de Coping

No Quadro 13 apresenta-se o modelo de RLM explicativo da influência do conjunto das 14 dimensões do coping no stress percebido. De acordo com os resultados verifica-se que o modelo se apresenta significativo ($F=31,48$, $p<0,001$) e que explica 42,3% ($R^2=0,42$) da variância do stress percebido. O coping ativo ($B=-0,72$, $p=0,002$) e a reinterpretção positiva ($B=-1,11$, $p<0,001$) contribuem para uma diminuição significativa do stress percebido; enquanto o suporte social e emocional ($B=0,38$, $p=0,034$), a autculpabilização ($B=1,20$, $p=0,000$), a negação ($B=0,55$, $p=0,002$), a autodistração ($B=0,43$, $p=0,004$), o desinvestimento comportamental ($B=0,94$, $p<0,001$) e o uso de substâncias ($B=0,65$, $p=0,002$) contribuem para o seu aumento. O planeamento ($B=-0,19$, $p=0,425$), suporte instrumental ($B=0,24$, $p=0,204$), a religião ($B=0,13$, $p=0,259$), a aceitação ($B=0,02$, $p=0,905$), a expressão de sentimentos ($B=-0,24$, $p=0,152$) e humor ($B=-0,23$, $p=0,139$) não predizem, de modo significativo, o stress percebido.

Quadro 13 - Análise do impacto dos estilos de coping no stress percebido

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados <i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	<i>B</i>	<i>Erro</i>						
(Constante)	18,52	1,01	-	18,32	0,000	31,48	<0,001	0,423
Coping Ativo	-0,72	0,23	-0,14	-3,03	0,002			
Planeamento	-0,19	0,24	-0,03	-,79	0,425			
Suporte Instrumental	0,24	0,19	0,05	1,27	0,204			
Suporte Social e Emocional	0,38	0,17	0,09	2,13	0,034			
Religião	0,13	0,12	0,03	1,13	0,259			
Reinterpretção Positiva	-1,11	0,18	-0,24	-6,13	0,000			
Autculpabilização	1,20	0,17	0,24	7,09	0,000			
Aceitação	0,02	0,17	0,00	,11	0,905			
Expressão de Sentimentos	-0,24	0,17	-0,05	-1,43	0,152			
Negação	0,55	0,18	0,10	3,05	0,002			
Autodistração	0,43	0,15	0,09	2,88	0,004			
Desinvestimento	0,94	0,20	0,16	4,55	0,000			
Uso de Substâncias	0,65	0,21	0,10	3,06	0,002			
Humor	-0,23	0,15	-0,04	-1,48	0,139			

Relativamente à análise os resultados relativos a regressão linear múltipla do Coping Adaptativo e Coping não adaptativo no stress percebido, Quadro 14, verifica-se que o modelo se apresenta estatisticamente significativo ($F=143,25$, $p<0,001$) e que explica 31,9% ($R^2=0,319$) da variância do stress percebido. O coping adaptativo ($B=-2,38$, $p<0,001$) contribui para a diminuição do stress percebido e o coping não adaptativo contribui para o seu aumento ($B=4,64$, $p<0,001$).

Quadro 14 - ECA e ECNA como preditores do SP

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados Beta	t	p	F	p	R ²
	B	Erro						
(Constante)	16,84	0,95	-	17,72	0,000	143,25	<0,001	0,319
Coping Adaptativo	-2,38	0,27	-0,29	-8,82	0,000			
Coping Não Adaptativo	4,64	0,31	0,49	14,87	0,000			

Atitudes face ao apoio psicológico profissional

No que se refere às atitudes em geral o modelo de regressão linear múltipla realizado apresenta-se estatisticamente significativo ($F=27,27$, $p<0,001$), sendo que o conjunto das variáveis sociodemográficas analisadas (sexo, intervalo de idade, autoavaliação da saúde mental, o apoio psicológico profissional e o stress percebido) explicam 18,3% ($R^2=0,183$) da variação das atitudes. De modo mais específico, constata-se que os homens avaliam mais negativamente o apoio psicológico profissional que as mulheres ($B=-7,04$, $p<0,001$) e que a AASM contribui para o aumento significativo das atitudes ($B=7,98$, $p<0,001$).

Quadro 15 - Atitudes face ao apoio psicológico profissional em função das características sociodemográficas, APP, AASM e SP

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados Beta	t	p	F	p	R ²
	B	Erro						
(Constante)	24,92	1,87	-	13,32	<0,001			
Sexo	-2,84	0,40	-0,26	-7,04	<0,001			
Intervalo Idade	0,13	0,11	0,05	1,15	0,249			
Autoavaliação da Saúde mental	3,01	0,37	0,31	7,98	<0,001	27,27	<0,001	0,183
Apoio Psi. Profissional	-0,19	0,42	-0,02	-0,47	0,640			
Stress	-0,01	0,03	-0,02	-0,52	0,605			

No Quadro 16 apresenta-se o modelo de regressão linear múltipla do conjunto das dimensões do coping nas atitudes em geral, cujos resultados demonstram ser estatisticamente significativo ($F=4,40$, $p<0,001$) e explicativo de 9,3% ($R^2=0,093$) da variação das atitudes. O suporte social e emocional ($B=0,31$, $p=0,051$) e a religião ($B=0,33$, $p=0,002$) contribuem para o aumento significativo das atitudes.

Quadro 16 - Atitudes face ao apoio psicológico profissional em função dos estilos de coping

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados Beta	t	p	F	p	R ²
	B	Erro						
(Constante)	18,99	0,89	-	21,13	0,000			
Coping Ativo	0,22	0,21	0,06	1,08	0,278			
Planeamento	-0,10	0,21	-0,02	-0,48	0,626			
Suporte Instrumental	0,29	0,17	0,09	1,72	0,085			
Suporte Social e Emocional	0,31	0,15	0,10	1,96	0,051			
Religião	0,33	0,10	0,12	3,10	0,002			
Reinterpretação Positiva	0,06	0,16	0,01	0,39	0,696			
Autoculpabilização	0,12	0,15	0,03	0,83	0,402	4.40	<0.001	0.093
Aceitação	-0,08	0,15	-0,02	-0,57	0,568			
Expressão de Sentimentos	0,22	0,15	0,06	1,48	0,139			
Negação	-0,01	0,16	-0,00	-0,05	0,953			
Autodistração	0,18	0,13	0,05	1,36	0,173			
Desinvestimento	-0,08	0,18	-0,02	-0,45	0,653			
Uso de Substâncias	0,04	0,18	0,00	0,21	0,829			
Humor	-0,23	0,14	-0,06	-1,66	0,097			

O modelo explicativo das atitudes em função das duas principais dimensões do coping, ECA e ECNA, apesar de estatisticamente significativo ($F=16,11$, $p<0,001$), explica apenas 5,0% ($R^2=0,050$) da variação das atitudes. Os ECA ($B=1,17$, $p=0,000$) e os ECNA ($B=0,52$, $p=0,045$) explicam de modo significativo as atitudes contribuindo para o seu aumento.

Quadro 17 - Atitudes face ao apoio psicológico profissional em função dos ECA e ECNA

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados Beta	t	p	F	p	R ²
	B	Erro						
(Constante)	18,04	0,79	-	22,68	0,000			
Coping Adaptativo	1,17	0,22	0,21	5,19	0,000			
Coping Não Adaptativo	0,52	0,26	0,08	2,01	0,045	16.11	<0.001	0.050

Abertura face ao apoio psicológico profissional

O modelo de regressão linear múltipla é estatisticamente significativo ($F=24,89$, $p<0,001$) e explica 17% ($R^2=0,170$) da variável de abertura face ao apoio psicológico profissional. Os homens impactam numa menor abertura que as mulheres ($B=-1,64$, $p<0,001$); o aumento da idade ($B=0,21$, $p=0,002$) e a existência de apoio psicológico profissional ($B=1,53$, $p<0,001$) contribuem para o aumento da abertura.

Quadro 18 - Abertura face ao apoio psicológico profissional em função das características sociodemográficas, APP, AASM e SP

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados <i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	<i>B</i>	<i>Erro</i>						
(Constante)	12,02	1,08	-	11,10	0,000			
Sexo	-1,64	0,23	-0,26	-7,02	0,000			
Intervalo Idade	0,21	0,06	0,12	3,11	0,002			
Autoavaliação da Saúde mental	-0,07	0,24	-0,01	-0,30	0,760	24,89	<0,001	0,170
Apoio Psicológico Profissional	1,53	0,21	0,27	7,04	0,000			
Stress Percebido	0,01	0,01	0,04	0,96	0,336			

No Quadro 19 apresenta-se o modelo de RLM do conjunto das dimensões do coping na abertura, cujos resultados evidenciam o modelo como estatisticamente significativo ($F=3,76$, $p<0,001$), que explica 8,1% ($R^2=0,081$) da variação. O suporte social e emocional ($B=0,21$, $p=0,022$) e a religião ($B=0,16$, $p=0,010$) contribuem para o aumento significativo da abertura, enquanto o humor contribui para a sua diminuição ($B=-0,18$, $p=0,020$).

Quadro 19 - Abertura ao apoio psicológico profissional em função dos estilos de coping

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados <i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	<i>B</i>	<i>Erro</i>						
(Constante)	10,30	0,52	-	19,82	0,000	3,76	<0,001	0,081
Coping Ativo	-0,01	0,12	-0,00	-0,14	0,885			
Planeamento	0,00	0,12	0,00	0,02	0,980			
Suporte Instrumental	0,10	0,09	0,05	1,03	0,300			
Suporte Social e Emocional	0,21	0,09	0,12	2,29	0,022			
Religião	0,16	0,06	0,10	2,59	0,010			
Reinterpretação Positiva	0,10	0,09	0,05	1,11	0,265			
Autoculpabilização	-0,03	0,08	-0,01	-0,42	0,675			
Aceitação	-0,06	0,08	-,033	-0,75	0,452			
Expressão de Sentimentos	0,08	0,08	,045	0,99	0,320			
Negação	0,14	0,09	,066	1,51	0,130			
Autodistração	0,06	0,08	,035	0,82	0,410			
Desinvestimento	-0,06	0,10	-,026	-0,57	0,569			
Uso de Substâncias	0,07	0,10	,029	0,69	0,490			
Humor	-0,18	0,08	-,098	-2,34	0,020			

O modelo de RLM explicativo da dimensão abertura em função das duas categorias de coping, Quadro 20, apresenta-se significativo ($F=10,41$, $p<0,001$) e contribui para 3,3% ($R^2=0,033$) da variação abertura. Apenas os estilos de coping adaptativo apresenta um efeito significativo na abertura, contribuindo para o seu aumento ($B=0,53$, $p<0,001$).

Quadro 20 - Abertura face ao APP em função dos ECA e ECNA

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados <i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	<i>B</i>	<i>Erro</i>						
(Constante)	9,47	0,46	-	20,55	0,000			
Coping Adaptativo	0,53	0,13	0,16	4,09	0,000	10,41	<0,001	0,033
Coping Não Adaptativo	0,27	0,15	0,07	1,79	0,072			

Valor face ao apoio psicológico profissional

O modelo de regressão linear múltipla realizado, Quadro 21, apresenta-se como estatisticamente significativo ($F=18,92$, $p<0,001$) sendo que o conjunto das variáveis consideradas: sexo, intervalo de idade, autoavaliação da saúde mental, o apoio psicológico profissional e o stress explicam 13,4% ($R^2=0,134$) da variação da abertura. Demonstra-se que os homens dão menos valor ao apoio psicológico profissional que as mulheres ($B=-1,20$, $p<0,001$) e que o recurso ao apoio psicológico profissional efetivo contribui para o aumento significativo do valor ($B=1,47$, $p<0,001$).

Quadro 21 - Valor dado ao APP em função do sexo, idade, AASM, APP e SP

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados <i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	<i>B</i>	<i>Erro</i>						
(Constante)	12,89	1,07	-	12,07	0,000			
Sexo	-1,20	0,23	-0,20	-5,21	0,000			
Intervalo Idade	-0,07	0,06	-0,04	-1,14	0,253			
Autoavaliação da Saúde mental	-0,12	0,24	-0,02	-0,50	0,611	18,92	<0,001	0,134
Apoio Psi. Profissional	1,47	0,21	0,27	6,83	0,000			
Stress	-0,03	0,01	-0,09	-1,88	0,060			

O modelo de regressão linear múltipla explicativo do valor em função das 14 dimensões do coping é significativo ($F=4,03$, $p<0,001$) e o conjunto das dimensões explica 8,6% ($R^2=0,086$) da variação. Pode concluir-se que o coping ativo ($B=0,24$, $p=0,036$), o suporte instrumental ($B=0,19$, $p=0,043$) e a religião ($B=0,17$, $p=0,004$) contribuem de modo significativo para o incremento do valor dado ao apoio psicológico profissional (Quadro 22).

Quadro 22 - Impacto dos estilos de coping no valor dado ao APP

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	p	F	p	R ²
	B	Erro						
(Constante)	8,69	0,50	-	17,37	0,000			
Coping Ativo	0,24	0,11	0,12	2,10	0,036			
Planeamento	-0,10	0,12	-0,05	-0,90	0,367			
Suporte Instrumental	0,19	0,09	0,10	2,02	0,043			
Suporte Social e Emocional	0,10	0,08	0,06	1,12	0,262			
Religião	0,17	0,06	0,11	2,88	0,004	4,03	<0,001	0,086
Reinterpretação Positiva	-0,04	0,09	-0,02	-0,45	0,649			
Autoculpabilização	0,16	0,08	0,08	1,94	0,052			
Aceitação	-0,02	0,08	-0,01	-0,24	0,806			
Expressão de Sentimentos	0,13	0,08	0,07	1,62	0,105			
Negação	-0,15	0,08	-0,07	-1,68	0,093			
Autodistração	0,12	0,07	0,06	1,59	0,111			
Desinvestimento	-0,02	0,10	-0,01	-0,21	0,830			
Uso de Substâncias	-0,03	0,10	-0,01	-0,33	0,742			
Humor	-0,04	0,07	-0,02	-0,55	0,579			

O modelo explicativo do valor em função dos estilos de coping adaptativos e não adaptativos é significativo ($F=14,94$, $p<0,001$) e explica apenas 4,7% ($R^2=0,047$) da variação. Não obstante, apenas o coping adaptativo explica de modo significativo o valor contribuindo para o seu aumento ($B=0,64$, $p<0,001$).

Quadro 23 - Estilos de coping adaptativos e não adaptativos no valor dado ao APP

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	p	F	p	R ²
	B	Erro						
(Constante)	8,57	0,44	-	19,38	<0,001			
Coping Adaptativo	0,64	0,13	0,20	5,08	<0,001	14,94	<0,001	0,047
Coping Não Adaptativo	0,25	0,15	0,07	1,75	0,081			

Autoavaliação da saúde mental

Analisando a autoavaliação da saúde mental em função de um conjunto de variáveis sociodemográficas os resultados obtidos apontam para a existência de um r^2 estatisticamente significativo ($F=6,15$, $p<0,001$), que explica 5,7% ($R^2=0,057$) da variação. O aumento da idade ($B=0,05$, $p<0,001$) e maiores habilitações académicas ($B=0,07$, $p=0,051$) impactam num aumento da autoavaliação da saúde mental.

O modelo de RLM explicativo da autoavaliação da saúde mental em função das 14 dimensões do coping apresenta-se estatisticamente significativo ($F=17,27$, $p<0,001$) e explica 28,7% ($R^2=0,287$) da variação da avaliação da saúde mental (Quadro 24). A reinterpretação positiva ($B=0,07$, $p<0,001$) e a expressão de sentimentos ($B=0,04$, $p=0,006$) contribuem para uma melhor avaliação da saúde mental; inversamente, a autoculpabilização ($B=-0,06$,

$p=0,000$), o desinvestimento comportamental ($B=-0,08$, $p<0,001$) e o uso de substâncias ($B=-0,05$, $p=0,001$) contribuem para uma pior avaliação da saúde mental.

Quadro 24 - AASM em função dos estilos de coping

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados <i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	<i>B</i>	<i>Erro</i>						
(Constante)	2,70	0,08	-	31,96	0,000			
Coping Ativo	0,03	0,02	0,09	1,74	0,082			
Planeamento	0,00	0,02	0,01	0,26	0,795			
Suporte Instrumental	-0,01	0,01	-0,03	-0,63	0,524			
Suporte Social e Emocional	-0,01	0,01	-0,03	-0,79	0,425			
Religião	-0,01	0,01	-0,04	-1,17	0,241			
Reinterpretação Positiva	0,07	0,01	0,22	5,07	0,000			
Autoculpabilização	-0,06	0,01	-0,16	-4,38	0,000	17,27	<0,001	0,287
Aceitação	0,02	0,01	0,05	1,39	0,164			
Expressão de Sentimentos	0,04	0,01	0,11	2,78	0,006			
Negação	-0,00	0,01	-0,01	-0,25	0,798			
Autodistração	-0,00	0,01	-0,02	-0,70	0,479			
Desinvestimento	-0,08	0,01	-0,19	-4,69	0,000			
Uso de Substâncias	-0,05	0,01	-0,12	-3,30	0,001			
Humor	-0,00	0,01	-0,00	-0,15	0,881			

O modelo do efeito das duas dimensões do coping na avaliação da saúde mental (Quadro 25) é estatisticamente significativo ($F=70,52$, $p<0,001$) e explica 18,7% ($R^2=0,187$) da variação da autoavaliação da saúde mental. O coping adaptativo contribui para uma melhor autoavaliação da saúde mental ($B=0,18$, $p<0,001$), enquanto o coping não adaptativo contribui para uma pior percepção da saúde mental subjetiva ($B=-0,23$, $p<0,001$).

Quadro 25 - AASM em função dos ECA e ECNA

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados <i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	<i>B</i>	<i>Erro</i>						
(Constante)	2,79	0,08	-	35,74	<0,001			
Coping Adaptativo	0,18	0,02	0,30	8,28	<0,001	70,52	<0,001	0,187
Coping Não Adaptativo	-0,23	0,03	-0,33	-8,92	<0,001			

Análise de efeitos de mediação na relação entre o stress percebido e autoavaliação da saúde mental

Mediação dos estilos de coping

Conforme se pode verificar no modelo de RLM, apresentado no Quadro 26, no modelo 1 o stress percebido apresenta um efeito significativo ($B=-0,04$, $p<0,001$) na autoavaliação da saúde mental contribuindo para a sua diminuição. Contudo, a diferença do coeficiente obtido no modelo 2 ($B=-0,04$) sugere um efeito de mediação do coping adaptativo sobre a relação do stress com a avaliação da saúde mental.

Quadro 26 - RLM do impacto de SP e ECA na AASM

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>
		<i>B</i>	<i>Erro</i>	<i>Beta</i>		
1	(Constante)	3,68	0,05	-	74,81	0,000
	Stress	-0,04	0,01	-0,57	-17,30	0,000
2	(Constante)	3,39	0,09	-	39,59	0,000
	Stress	-0,04	0,009	-0,54	-15,76	0,000
	Coping Adaptativo	0,09	0,02	0,14	4,17	0,000

Mediante o cálculo do efeito indireto do stress na autoavaliação da saúde mental em função da variável mediadora coping adaptativo no Quadro 27, pode verificar-se que o coping adaptativo apresenta um efeito indireto significativo. Dado o sinal negativo do efeito indireto, que a variável coping adaptativo contribui para uma diminuição do efeito negativo da variável stress sobre a avaliação da saúde mental.

Quadro 27 - Efeito indireto/mediação do ECA na relação entre SP e AASM

Mediador	<i>B</i>	<i>Erro</i>	IC-Lim Inf	IC – Lim Sup
Coping Adaptativo	-0,003	0,001	-0,005	-0,001

Conforme se pode verificar pelo Quadro 28, no modelo 1 o stress percebido apresenta um efeito significativo na avaliação da saúde mental contribuindo para a sua diminuição.

Quadro 28 - RLM da AASM em função do SP e ECNA

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>
		<i>B</i>	<i>Erro</i>	<i>Beta</i>		
1	(Constante)	3,69	0,05	-	74,81	0,000
	Stress	-0,04	0,00	-0,58	-17,30	0,000
2	(Constante)	3,71	0,05	-	68,39	0,000
	Stress	-0,04	0,00	-0,55	-14,60	0,000
	Coping Não Adaptativo	-0,03	0,03	-0,04	-1,18	0,240

No Quadro 29 pode-se constatar que o coping não adaptativo apresenta um efeito indireto significativo ($B=-0,00$, IC (-0,005, -0,001)) e que contribui para uma diminuição do efeito negativo da variável stress sobre a percepção da saúde mental.

Quadro 29 - Efeito de mediação dos ECNA na relação entre SP e AASM

Mediador	<i>B</i>	<i>Erro</i>	IC-Lim Inf	IC – Lim Sup
Coping Não Adaptativo	-0,002	0,001	-0,005	-0,001

Mediação pelas atitudes face à procura de apoio psicológico profissional

Não foram encontrados efeitos mediadores significativos das dimensões das atitudes, valor e abertura, na relação entre stress percebido e autoavaliação da saúde mental. Os resultados podem ser consultados no Anexo 3.

Discussão

O propósito principal deste trabalho foi o de perscrutar o estado psicológico dos adultos portugueses, mediante a análise da percepção subjetiva do stress e da saúde mental que, conforme formulado pela APA (2014), podem ser impactadas pela idiosincrasia cultural e estar associadas às estratégias de coping e aos padrões de procura de apoio psicológico profissional (APA, 2014). Nessa perspetiva, foram analisados os valores das variáveis psicológicas de stress percebido, a autoavaliação da saúde mental, os estilos de coping preferenciais e as atitudes face à procura de apoio psicológico profissional, na população geral de Portugal. A relação entre as estas variáveis, e com as principais características sociodemográficas, também foi examinada para que se conseguissem obter conclusões passíveis de interesse científico e de implicações práticas.

A investigação das atitudes face à procura de apoio psicológico profissional na população portuguesa, tanto quanto é do nosso conhecimento, tem sido realizada com recurso à tradução da escala *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help– Short Form* (ATSPPH-SF) originalmente desenvolvida por Fischer e Farina, em 1995. Não obstante, não foram encontrados estudos de validação da escala para a população portuguesa. A fim de poder analisar as crenças subjetivas sobre apoio psicológico profissional, dos adultos portugueses, e estudar a sua relação com as características sociodemográficas e as outras variáveis em análise, propusemo-nos a estudar as suas propriedades métricas, tais como a análise fatorial confirmatória, sensibilidade dos itens e fiabilidade fatorial, pela consistência interna. A escala original ATSPPH-SF foi validada como unifatorial por Fischer e Farina (1995), como medida global do constructo de atitudes face à procura de apoio psicológico profissional, e, noutro estudo mais recente de Elhai et al. (2008) a dimensionalidade da ATSPPH-SF foi ajustada a dois fatores: Valor e necessidade de procura de tratamento e a Abertura à procura de tratamento para problemas emocionais.

Os resultados das análises efetuadas comprovaram que a versão portuguesa se pode utilizar como a versão original de Fischer e Farina (1995), i.e., com estrutura unifatorial, mas que a estrutura de dois fatores também é adequada. A estrutura bifatorial, já utilizada em estudos com população portuguesa, permite a distinção entre os dois fatores implícitos e pode fornecer uma maior compreensão de determinantes atitudinais e correlatos sociodemográficos. Assim, o facto de ambas as estruturas fatoriais da ATSPPH-SF serem passíveis de usar, o critério para a análise de resultados deverá ter em consideração qual o objetivo do estudo e qual o maior benefício para a investigação onde se pretender usar a escala. Reitera-se que a escala foi desenvolvida e é adequada para a investigação, não devendo ser usada com propósitos clínicos

(por exemplo, como triagem de pacientes), a menos que façam parte de um delineamento experimental.

Validada a adequabilidade da ATSPPH-SF para a população geral portuguesa, tido como nosso primeiro objetivo, pôde concluir-se que, em geral, os portugueses avaliam positivamente o apoio psicológico profissional. Os resultados obtidos, congruentes com estudos anteriores, apontaram para diferenças de atitudes, valor e abertura entre ambos os sexos, sendo as mulheres mais favoráveis ao tratamento profissional para a saúde mental. Não foi encontrada correlação entre a idade e as atitudes e abertura ao tratamento para problemas emocionais. Por outro lado, o valor dado ao apoio psicológico profissional, dimensão mais geral e não individual, decresce com a idade e aumenta conforme o grau académico. Não foram encontradas diferenças entre indivíduos residentes em meio urbano e meio rural. Quando comparados, os indivíduos com doenças graves ou crónicas apresentaram-se mais favoráveis e com maior abertura ao apoio psicológico profissional para os seus problemas emocionais do que aqueles sem patologia. As pessoas que já recorreram, ou recorrem, a cuidados psicoterapêuticos dão mais valor a esse tipo de suporte, são mais abertos a fazer diligências para encontrar esse apoio profissional e avaliam de forma mais favorável a procura de tratamento psicológico profissional. Aliás, resultados de modelo de regressão linear confirmaram que maior abertura e maior valor são significativamente determinados pelo facto de ser mulher e por recurso a apoio psicológico efetivo. O suporte social e emocional de alguém e a participação em atividades religiosas contribuem para o aumento da abertura à procura de apoio; o valor e necessidade de tratamento é majorado nos indivíduos que realizam esforços para eliminar causas de mal-estar, procuram informações ou conselhos acerca do que fazer para resolver situações desconfortáveis e se apoiam na religião. As crenças subjetivas dos indivíduos sobre os cuidados psicológicos profissionais não minimizam ou alteram o impacto do stress na autoavaliação da saúde mental.

Os estudos realizados sobre as atitudes face ao apoio psicológico profissional quer à população geral portuguesa (Coppens et al., 2013; Kohls et al., 2016), com recolha de dados entre 2009 e 2011, quer a estudantes universitários (Conceição et al., 2022), em 2019, evidenciaram resultados médios inferiores aos obtidos no presente estudo, sendo a maior diferença encontrada na perceção do valor e necessidade de tratamento psicológico profissional. Dadas as datas de recolha de dados serem há mais de uma década e as mais recentes terem sido no período pré-pandemia de Covid-19 poder-se-á deduzir que os portugueses passaram a valorizar mais os cuidados profissionais em saúde mental. Ainda assim, e apesar de 84,8% dos participantes ponderarem ter ajuda psicológica profissional no futuro, 60,3% dos inquiridos considera que “há algo de admirável numa pessoa que consegue lidar com os seus próprios medos, sem recorrer a apoio profissional”.

A medição do stress percebido, mediante a escala PSS-10 (Cohen et al., 1983; Ribeiro et al., 2009), objetivou a avaliação e análise dos aspetos emocionais mais relacionados com o distress, i.e., como medida que engloba um compósito de stress, ansiedade e depressão, conforme Ribeiro et al. (2009) postularam. Aliás, a correlação negativa encontrada entre o stress percebido e a autoavaliação da saúde mental sugere que os resultados obtidos englobam não só irritabilidade ou tensão nervosa, mediante um estímulo, como também abrange a perceção dos afetos negativos, tangenciais a índices de ansiedade e depressão (Ribeiro et al., 2009).

Os resultados obtidos evidenciaram que a grande maioria dos participantes, cerca de 75%, apresentou níveis de stress baixo e moderado. No entanto, foram encontradas diferenças de perceção de stress entre sexos, idade e níveis de escolaridade, sendo significativamente mais elevada nas mulheres, nos mais jovens e nos indivíduos com o ensino secundário. Estas divergências estão congruentes com os encontrados por Trigo et al. (2010), no estudo realizado à população portuguesa geral. No entanto, os resultados do presente estudo indicam níveis médios de stress percebido superiores, para quaisquer dos sexos, o que parece demonstrar que passados mais de dez anos, os portugueses têm maior nível de stress percebido. Comparando com os efeitos analisados por Cohen e Janicki-Deverts (2012), os mesmos efeitos de sexo e idade foram encontrados na presente investigação; para além destas características sociais, os nossos resultados demonstram associações similares entre o nível socioeconómico e o stress, com correlação negativa, e com a atividade laboral, sendo os reformados com menor índice de stress percebido. Os autores Cohen et al. (2012) sugeriram como explicação plausível, para a diminuição de stress percebido com a idade, a possível relativização de eventos anteriormente considerados como *stressantes* e adoção de estratégias de coping mais adaptativas. Como se descreverá mais à frente, de facto, os estilos de coping considerados como menos adaptativos tendem a diminuir com a idade. As pessoas com doenças graves ou crónicas, e os que têm, ou tiveram, apoio psicológico profissional apresentaram níveis de stress percebido mais elevados, relativamente aos restantes inquiridos. As diferenças supramencionadas, entre sexos e variação da idade, foram corroboradas pelos resultados da análise de regressão; os estilos de coping considerados como mais adaptativos, como agir com a intenção de circunscrever a questão problemática vivenciada ou reinterpretar a situação de forma mais benéfica, determinam um menor valor de stress percebido; inversamente, constatou-se um efeito agravante na perceção de stress, com o recurso ao repertório de estratégias preferenciais menos adequadas à reposição do bem-estar, entre outras a autocritica ou autoculpabilização e desistir de encontrar soluções viáveis para (re)encontrar a homeostasia, interior e com o exterior, do indivíduo.

Numa perspetiva diacrónica e sincrónica, a vida de um individuo é pautada pela perceção subjetiva do stress e a sua forma, mais ou menos consciente, de responder às

vicissitudes do quotidiano. A relação entre o stress percebido e as estratégias de adaptação pode preconizar a autoavaliação subjetiva da saúde mental, que representa a percepção e avaliação holística do bem-estar psicológico por parte de cada sujeito sobre a sua própria saúde mental. Um dos objetos do presente estudo foi analisar como é que os adultos portugueses avaliam a sua saúde mental, com recurso a uma única pergunta, e quais as variáveis que têm influência nas vicissitudes dessa avaliação. Ainda que, a autoavaliação do estado psicológico de cada participante seja a nossa base de estudo sobre a saúde mental dos adultos portugueses, e que esta medida seja fundamentada pela investigação, mediante a significância da associação negativa com os resultados de stress percebido, i.e., de uma medida que avalia dimensões distais à AASM, pode interpretar-se como tendo sido comprovada a validade divergente da AASM.

A grande maioria dos inquiridos classificou a sua saúde mental como boa (75,3%), apesar dos homens avaliarem a sua saúde mental mais positivamente que as mulheres. A variação com a idade é positiva, o que indica que há uma proporcionalidade direta entre o aumento da idade e a percepção favorável do estado mental, assim como, o nível académico e o socioeconómico estimado se associam positivamente à AASM. Os resultados obtidos nos sujeitos com doença grave e com apoio psicológico efetivo refletem uma pior autoavaliação da saúde mental. Foi encontrada uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos que avaliaram como má a sua saúde mental e que recorreram ao apoio psicológico profissional (24,3%) comparativamente aos que não procuraram apoio profissional com a mesma autoavaliação (9,8%). A diferença entre os entrevistados com apoio psicológico profissional e os que não tiveram esse recurso nos indivíduos que estimaram como boa a sua saúde mental é de, apenas, 3,8%; esta percentagem, que corresponde a 23 dos 463 sujeitos com essa autoavaliação, parece indicar que poderão existir indivíduos que procuram apoio psicológico profissional para fins de desenvolvimento pessoal, além daqueles que possam já ter beneficiado dos efeitos benéficos de uma psicoterapia.

Tal como se verificou com a análise da percepção de stress, estratégias mais adaptativas de enfrentar situações percecionadas como difíceis contribuem para o aumento da saúde mental, enquanto as menos adequadas como, por exemplo, consumo de substâncias, impactam negativamente a percepção do estado psicológico. No seu conjunto, adaptativos e não adaptativos, os estilos de coping adotados explicaram, aproximadamente, 19% da variação da autoavaliação da saúde mental.

Os resultados de um estudo epidemiológico de saúde mental evidenciaram que, cerca de, 23% da população geral adulta portuguesa apresenta algum grau de perturbação psicológica, e que a prevalência é das mais altas da Europa, destacando-se as perturbações de ansiedade (Almeida & Xavier, 2015). O facto de haver evidências de que a autoavaliação da saúde mental

pode ser capaz de captar condições subsindrómicas e sintomas subclínicos, que ainda não se instalaram como perturbações psicológicas, poderia sugerir o seu uso quer em investigação, em conjunto com outras medidas de variáveis psicológicas, quer como monitorização da perceção do estado psicológico geral dos portugueses, no entanto, tanto quanto foi possível apurar, não foram realizados estudos, em Portugal, com recurso à medida de AASM. Comparando com estudos realizados com populações de outras nacionalidades, os nossos resultados seguem a mesma variação, nomeadamente com as diferenças de AASM encontradas entre sexos, idades, nível académico, nível socioeconómico, existência de doenças graves (Jang et al., 2012; Levinson & Kaplan, 2014). Num estudo sobre as disparidades na saúde em Portugal, Campos-Matos et al. (2016) reviram as associações entre características socioeconómicas e consequências na saúde, tendo identificado as desigualdades de sexos e de educação como as que mais afetam a saúde mental, à semelhança dos resultados obtidos no nosso estudo. Estes resultados podem sugerir uma ligação aos obtidos por Shaaban et al. (2022) sobre os fatores associados à autoavaliação da saúde geral dos portugueses.

A relação transacional entre a perceção subjetiva de stress e de saúde mental e a procura de apoio profissional podem correlacionar-se com os estilos de coping adotados. Tendo por base esta premissa, um dos objetivos deste estudo foi o de analisar quais os tipos de respostas predominantes e preferidas dos portugueses para minimizar ou mitigar as causas de mal-estar psicológico.

A análise dos resultados foi baseada nos 14 estilos de coping, derivados das subescalas do BriefCOPE, e dos fatores de 2ª ordem, coping adaptativo e coping não adaptativo. O coping ativo, o planeamento e a reinterpretação positiva foram os estilos com maior pontuação, em contraste com o uso de substâncias, desinvestimento comportamental e a negação, como os menos valorados; os estilos de coping adaptativo apresentaram maior média quando comparado com a categoria dos não adaptativos. Foram encontradas diferenças entre sexos, tendo as mulheres recorrido significativamente mais ao suporte instrumental e emocional, à religião, expressão de sentimentos e autodistração; o que se traduziu em valores superiores quer de estilos de coping adaptativo quer dos não adaptativos. Com o aumento da idade verifica-se um aumento do recurso ao coping ativo, religião e reinterpretação positiva; por outro lado, existe uma associação negativa com o suporte instrumental e social, com a autoculpabilização, autodistração, expressão de sentimentos, desinvestimento comportamental. Em suma, o recurso a estilos de coping menos adaptativos diminui com o aumento da idade. Quando agrupados por níveis de escolaridade, os resultados dos estilos de coping dos participantes com o ensino secundário são significativamente superiores para autoculpabilização, autodistração, desinvestimento comportamental e, subsequentemente, para os estilos de coping não adaptativo.

Os resultados dos indivíduos com patologia grave ou crónica foram superiores, face aos outros inquiridos sem patologias, na participação em atividades religiosas, autculpabilização, desinvestimento comportamental, e na aplicação de estilos de coping não adaptativos. Os participantes que têm, ou tiveram, apoio psicológico profissional recorreram mais ao suporte instrumental, social, à autculpabilização, à expressão de sentimentos, à negação, à autodistração, ao desinvestimento comportamental e ao uso de substâncias, quando comparados com as pessoas que não tiveram esse suporte profissional.

Ao longo desta discussão têm sido referidas as principais associações encontradas entre a perceção de stress, autoavaliação da saúde mental e as atitudes face ao apoio psicológico profissional com os estilos de coping; a influência do tipo de respostas de adaptação nessas variáveis psicológicas foi também supramencionada. Não obstante, as análises de mediação dos estilos de coping na relação entre a perceção de stress e a autoavaliação da saúde mental comprovaram que, efetivamente, o repertório de estratégias cognitivas e comportamentais de adaptação, mais ou menos adaptativas, a situações causadoras de mal-estar tem influência na saúde mental através da diminuição do efeito negativo do stress percebido. Assim, ainda que haja evidências de estratégias menos adequadas e com impacto para o bem-estar psicológico, conforme evidenciado pelos resultados do presente estudo, com os estilos menos adaptativos a influenciar negativamente a avaliação da saúde mental e a aumentar a perceção de stress, convém salientar que as respostas de coping são determinadas pela situação e idiosincrasia individual, e o seu grau de adaptabilidade pode variar mediante o contexto, evento ou população; por exemplo, uma determinada pessoa poderá ter como resposta aceitar que o evento stressante ocorreu e é real, numa perspetiva de o enfrentar e resolver, enquanto outra poderá responder com aceitação, mas como resignação e renúncia a um papel interventivo que vise encontrar uma solução. Tendo em consideração essa polivalência, há, no entanto, evidências claras que estilos menos adequados se associam a resultados indesejados no bem-estar do indivíduo. Por outro lado, estudos empíricos e teóricos enfatizam os benefícios do coping adaptativo, quer para sujeitos sem perturbação psicológica quer naqueles com patologias graves, como demonstrou Meyer (2001) na tendência benigna da melhoria dos sintomas de esquizofrenia através da adoção de respostas adaptativas.

Os resultados sobre os efeitos preditores das respostas de coping na saúde mental dos portugueses, durante o confinamento desencadeado pela pandemia de COVID-19 (Jarego et al., 2021), demonstraram que os estilos mais utilizados para lidar com o stress provocado pelo confinamento foram a aceitação, reinterpretação positiva, planeamento e coping ativo; e que os menos usados foram o uso de substâncias e desinvestimento comportamental. Os resultados da associação entre estilos de coping e saúde mental comprovaram que o desinvestimento

comportamental ou o uso de substâncias se correlacionaram positivamente com uma pior saúde mental, enquanto a reinterpretação positiva ou coping ativo estão entre aqueles que se associaram positivamente a uma melhor saúde mental. Quando analisados os preditores da saúde mental, as características demográficas explicaram 5% da variação da saúde mental, mas com a adição das diferentes respostas de coping refletiu-se uma variação de 30%, confirmando que estilos como a reinterpretação positiva e o uso de substâncias predizem, respetivamente uma melhor e uma pior saúde mental. Estes resultados, conquanto tenham sido obtidos num contexto distinto e derivassem da questão de investigação sobre a forma como os portugueses responderam a um evento disruptivo e qual o impacto na sua saúde mental, podem ser comparados com os resultados obtidos no presente projeto (ainda que, essa comparação deva ser cautelosamente caucionada): os participantes deste estudo demonstraram ter o mesmo repertório preferencial de respostas a situações adversas, assim como aquele menos experimentado; os resultados das correlações e dos preditores da saúde mental, seguem as mesmas tendências significativas. Conforme proposição inicial, visámos investigar a perceção subjetiva do stress e da saúde mental dos adultos portugueses, e a sua relação às estratégias de coping e aos padrões de procura de apoio psicológico profissional, assumindo a possível influência da idiosincrasia cultural. Considerando os estilos de coping como sendo influenciados pelas características de personalidade (ainda que flexíveis e adaptáveis às contingências situacionais), o impacto da cultura nos traços de personalidade, e a sua associação à perceção de saúde mental e mal-estar psicológico, também tidas como localmente moldadas (APA, 2014), os paralelismos encontrados entre os nossos resultados e os auferidos por Jarego et al. (2021) podem sugerir que os adultos portugueses tendem a usar as mesmas respostas de coping, com particular ênfase nas consideradas mais adaptativas, repercutindo-se numa melhor perceção e avaliação da sua saúde mental. Apesar dos valores de saúde mental encontrados por Jarego et al. (2021) se encontrarem dentro do intervalo considerado normal, o relatório de Estatísticas da Saúde de 2020 (Instituto Nacional de Estatística, 2021) descreve que 26,6% da população, com mais de 16 anos, reportou ter sentido um efeito negativo da pandemia sobre a saúde mental. O último relatório do INE referente ao ano de 2022, (Instituto Nacional de Estatística, 2023) evidencia que a população reportou menos 2,3 pontos percentuais que no ano precedente; em ambos os dados, foram as mulheres que sentiram maior decréscimo do seu bem-estar psicológico.

Estas evidências podem sugerir que os resultados obtidos sobre a avaliação do estado psicológico tenham subjacentes resquícios da experiência vivida durante o período da pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, ainda que os dados tenham sido recolhidos quase 2 anos depois do último confinamento obrigatório. No entanto, poder-se-á colocar como hipótese de

que o interesse pelas questões do bem-estar psicológico possa ter sido potenciado pelas consequências sociais e individuais da pandemia, e que essa majoração se tenha traduzido em maior sensibilização para as questões da saúde mental, minimizando os erros de autoavaliação.

As principais limitações do presente estudo incluem: o delineamento de corte transversal, restringindo conclusões de inferência causal; o uso de uma amostra não probabilística de conveniência, cuja maioria dos participantes tem o ensino superior completo e de meio urbano; e, o questionário foi distribuído com recurso a meios digitais, o que poderá ter condicionado o acesso equitativo a diferentes meios socioeconómicos, culturais, etários e pontos de residência.

Embora a generalização dos resultados e a inferência de causalidade sejam limitadas, a presente investigação contribuiu para a literatura com o estudo de adaptação da escala de atitudes face à procura de apoio psicológico profissional para a população geral portuguesa e ao utilizar a medida de autoavaliação de saúde mental de um só item, comprovando a sua robustez pelos resultados obtidos, congruentes com outros estudos, e pela associação divergente com o distress.

De facto, os principais argumentos contra a utilização de medidas de um único item prendem-se com a menor fiabilidade, não poderem ser submetidas a análise de consistência interna e fazerem uma avaliação menos refinada. Assim, considera-se pertinente que estudos futuros devam: incluir outras medidas de análise psicológica que se possam associar convergente e divergentemente com a AASM de forma a majorar a sua validade; investigar o papel da AASM como indicador adequado da saúde mental em distintas populações; e, explorar quais os fatores implícitos que contribuem para as perceções subjetivas dos indivíduos sobre seu próprio estado de saúde mental, entre os quais a literacia em saúde mental e o estigma relacionado com a doença mental.

Relativamente às atitudes face à procura de apoio profissional, considera-se essencial que este constructo seja mais estudado na população geral portuguesa, no futuro. Conforme a afirmação de Snowden et al. (1982), citados por Vogel et al. (2005): *“A questão de saber por que razão os potenciais clientes não se tornam clientes reais é consideravelmente mais complicada do que muitas vezes se reconhece. Por trás de qualquer potencial ajuda profissional, está um histórico de perceções, julgamentos e ações, que podem aproximar ou afastar a pessoa desse serviço”* (Snowden et al., 1982, p.281; cit. por Vogel et al., 2005). Consideramos ser fundamental que a ciência continue a tentar perceber e explicar quais os fatores “complexos” que determinam a procura de apoio profissional. Por exemplo, apesar dos resultados terem evidenciado avaliações favoráveis ao suporte psicológico profissional, seria relevante tentar perceber quais os fatores que poderiam explicar que cerca de 10% dos

participantes que avaliaram como má a sua saúde mental não tenham recorrido ao apoio psicológico profissional. Tal como sugerido para a autoavaliação da saúde mental, novos estudos deveriam incidir na investigação sobre a relação entre as atitudes face ao apoio psicológico profissional com o estigma e com a literacia em saúde mental, na população portuguesa. Além disso, as expectativas e crenças podem não ser estáticas, pelo que estudos futuros poderão analisar, em diferentes momentos, quer as atitudes quer as variações nas intenções e na tomada de decisão. Mediante os resultados obtidos, sugerem-se estudos retrospectivos que visassem comparar as atuais crenças e expectativas face ao apoio psicológico profissional e as existentes na época de pré-pandemia, assim como a evolução na literacia em saúde mental. Durante esse período, as pessoas não só foram confrontadas com uma nova realidade, disruptiva a nível individual e social, como existiu mais proliferação de informação, nos meios de comunicação, sobre saúde mental e bem-estar psicológico.

A investigação compreensiva do presente estudo permitiu obter resultados que visaram trazer maior e melhor conhecimento acerca da saúde mental nos adultos portugueses, que pode repercutir-se em proatividade no reconhecimento e ação sobre sinais e sintomas de mal-estar psicológico. Intervenções em saúde pública poderão ser alicerçadas sobre o conhecimento de quais as populações mais vulneráveis a desequilíbrios e perturbações psicológicas, nomeadamente nas que evidenciaram maiores níveis de stress percebido, saúde mental mais pobre e recurso a estilos de coping menos adaptativos, ou sejam, as mulheres, os mais jovens, com menor escolaridade e com doenças graves. Considera-se que a eficácia destas intervenções dependerá do esbater da neutralidade de atuação mediante a adoção de programas que se ajustem às diferenças intrínsecas de cada grupo.

Referências

- Abraham, C., Sheeran, P., & Johnston, M. (1998). From health beliefs to self-regulation: Theoretical advances in the psychology of action control. *Psychology & Health, 13*(4), 569–591. <https://doi.org/10.1080/08870449808407420>
- Ahmad, F., Jhajj, A. K., Stewart, D. E., Burghardt, M., & Bierman, A. S. (2014). Single item measures of self-rated mental health: a scoping review. *BMC health services research, 14*, 398. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-398>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Alluhaibi, B. A., & Awadalla, A. W. (2022). Attitudes and stigma toward seeking psychological help among Saudi Adults. *BMC Psychology, 216*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00923-4>
- Almeida, J. M., & Xavier, M. (2015). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental - 1º Relatório*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Alves, S. A., Sinval, J., Neto, L. L., Marôco, J., Ferreira, A. G., & Oliveira, P. (2022). Burnout and dropout intention in medical students: the protective role of academic engagement. *BMC Medical Education, 22*(83). <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03094-9>
- Ang, R. P., Lau, S., Tan, A.-G., & Lim, K. M. (2007). Refining the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale: Factorial invariance across two Asian samples. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 40*(3), 130-141. <https://doi.org/10.1080/07481756.2007.11909810>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Riedel-Heller, S. G. (1999). Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 34*(4), 202–210. <https://doi.org/10.1007/s001270050134>
- APA - American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.).
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology, 34*, 471–499. <http://dx.doi.org/10.1348/014466601164939>
- Azjen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. Em J. Kuhl, & J. Beckmann (Edits.), *Action Control* (pp. 11-39). Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2

- Bayer, J. K., & Peay, M. Y. (1997). Predicting intentions to seek help from professional mental health services. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *31*(4), 504–513. <https://doi.org/10.3109/00048679709065072>
- Benyamini, Y., & Idler, E. (1999). Community Studies Reporting Association Between Self-Rated Health and Mortality additional studies, 1995 to 1998. *Research on Aging*, *392–401*. <https://doi.org/10.1177/0164027599213002>
- Brenner, R. E., Engela, K. E., Vogela, D. L., Tucker, J. R., Yamawakic, N., & Lannin, D. G. (s.d.). Intersecting cultural identities and help-seeking attitudes: the role of religious commitment, gender, and self-stigma of seeking help. *2018*, *21*(6), 578–587. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1519782>
- Campos-Matos, I., Russo, G., & Perelman, J. (2016). Connecting the dots on health inequalities – a systematic review on the social determinants of health in Portugal. *International Journal for Equity in Health*, *15*(26). <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0314-z>
- Carver, C. (2007). Stress, Coping, and Health. Em H. S. Friedman, & R. C. Silver. (Edits.), *Foundations of health psychology* (pp. 117-144). Oxford University Press, Inc.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, *61*, 679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, *56*(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>
- Casu, G., & Gremigni, P. (2019). Is a Single-Item Measure of Self-Rated Mental Health Useful from a Clinimetric Perspective?. *Psychotherapy and psychosomatics*, *88*(3), 177–178. <https://doi.org/10.1159/000497373>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, *45*(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Cohen, S., & Janicki-Deverts, D. (2012). Who's Stressed? Distributions of Psychological Stress in the United States in Probability Samples from 1983, 2006, and 2009. *Journal of Applied Social Psychology*, *42*(6), 1320–1334. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2012.00900.x>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*, 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>

- Conceição, V., Rothes, I., & Gusmão, R. (2022). The association between stigmatizing attitudes towards depression and help seeking attitudes in college students. *PLoS ONE*, *17*(2), p. e0263622. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263622>
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., Koburger, N., Gottlebe, K., Gusmão, R., O'Connor, R., Postuvan, V., Sarchiapone, M., Sisask, M., Székely, A., van der Feltz-Cornelis, C., & Hegerl, U. (2013). Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *Journal of affective disorders*, *150*(2), 320–329. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.013>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, *59*(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question: A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, *21*(3), 267-275. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>
- Efstathiou, G., Kouvaraki, E., Ploubidis, G., & Kalantzi-Azizi, A. (2019). Self-Stigma, Public-Stigma and Attitudes towards Professional Psychological Help: Psychometric Properties of the Greek Version of Three Relevant Questionnaires. *International Journal for the Advancement of Counselling*, *41*, 175–186. <https://doi.org/10.1007/s10447-018-9364-9>
- Elhai, J. D., Schweinle, W., & Anderson, S. M. (2008). Reliability and validity of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form. *Psychiatry research*, *159*(3), 320–329. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.04.020>
- Eurostat. (2022). Self-perceived health statistics. Obtido de https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Self-perceived_health_statistics
- Fava, G. A., Carrozzino, D., Lindberg, L., & Tomba, E. (2019). Reply to the Letter to the Editor: “Is A Single-Item Measure of Self-Rated Mental Health Useful from a Clinimetric Perspective?”. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *88* (3), 179. <https://doi.org/10.1159/000497737>
- Fine, A., Nasiri, K., Fotinos, K., Anand, L., Furtado, M., Armata, R. S., Badali, K., Mincer, J., Mincer, M., Epstein, I., Cameron, C., Guthrie, A., Cook, S., Laidlaw, B., Sternat, T., & Katzman, M. A. (2018). Examining predictors of help-seeking behaviours in patients with mood and anxiety symptoms. *Psychiatry research*, *265*, 190–197. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.040>

- Fischer, E. H., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development, 36*(4), 368–373.
- Fischer, E., & Turner, J. (1970). Orientations to seeking professional help: development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35*, 79-90. <https://doi.org/10.1037/h0029636>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Psychology Press.
- Fleishman, J. A. (1984). Characteristics and Coping Patterns. *Journal of Health and Social Behavior, 25*(2), 229-244. <https://doi.org/10.2307/2136671>
- Fleishman, J. A., & Zuvekas, S. H. (2007). Global Self-Rated Mental Health: Associations with Other Mental Health Measures and with Role Functioning. *Medical Care, 45*(7), 602-609. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31803bb4b0>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology, 48*(1), 150–170. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.48.1.150>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire: Research Edition*. Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist, 55*(6), 647–654. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.6.647>
- Freud, S. (1964). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud - New Introductory Lectures on Psychoanalysis and other works* (Vol. XXII). (J. Strachey, Trad.) Hogarth press limited.
- Furman, M., Joseph, N., & Miller-Perrin, C. (2018). Associations between coping strategies, perceived stress, and health indicators. *Psi Chi Journal of Psychological Research, 23*(1), 61–71. <https://doi.org/10.24839/2325-7342.JN23,1,61>
- Galambos, N. L., Johnson, M. D., & Krahn, H. J. (2022). Self-rated mental health in the transition to adulthood predicts depressive symptoms in midlife. *Current psychology* (New Brunswick, N.J.), 1–12. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-04081-z>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry, 10*, 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>

- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Brewer, J. L. (2012). A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC psychiatry*, *12*, 81. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-81>
- Hair, J., Babin, B., Anderson, R., & Black, W. (2019). *Multivariate data analysis* (8^a ed.). Andover, UK: Cengage Learning. Obtido de <https://cengage.com.au/product/title/multivariate-data-analysis/isbn/9781473756540>
- Halgin, R. P., Weaver, D. D., Edell, W. S., & Spencer, P. G. (1987). Relation of depression and help-seeking history to attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, *34*(2), 177–185. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.34.2.177>
- Hammer, J. H., Parent, M. C., & Spiker, D. A. (2018). Mental Help Seeking Attitudes Scale (MHSAS): Development, reliability, validity, and comparison with the ATSPPH-SF and IASMHS-PO. *Journal of counseling psychology*, *65*(1), 74–85. <https://doi.org/10.1037/cou0000248>
- Hinson, J. A., & Swanson, J. L. (1993). Willingness to seek help as a function of self-disclosure and problem severity. *Journal of Counseling & Development*, *71*(4), 465-470. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1993.tb02666.x>.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of personality and social psychology*, *52*(5), 946–955. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.52.5.946>
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, *38*(1), 21–37.
- Instituto Nacional de Estatística, I. (2021). *Estatísticas da Saúde - 2020*. INE, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística, I. (2023). *Estatísticas da Saúde - 2021*. INE, I.P.
- Jang, Y., Park, N. S., Kim, G., Kwag, K. H., Roh, S., & Chiriboga, D. A. (2012). The association between self-rated mental health and symptoms of depression in Korean American older adults. *Aging & mental health*, *16*(4), 481–485. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.628981>
- Jarego, M., Pimenta, F., Pais-Ribeiro, J., Costa, R., Patrão, I., Coelho, L., & Ferreira-Valente, A. (2021). Do coping responses predict better/poorer mental health in Portuguese adults during Portugal's national lockdown associated with the COVID-19? *Personality and Individual Differences*, *175*(110698), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110698>
- Kohls, E., Coppens, E., Hug, J., Wittevrongel, E., Van Audenhove, C., Koburger, N., Arensman, E., Székely, A., Gusmão, R., & Hegerl, U. (2017). Public attitudes toward depression

- and help-seeking: Impact of the OSPI-Europe depression awareness campaign in four European regions. *Journal of affective disorders*, 217, 252–259. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.006>
- Kopp, M. S., Thege, B. K., Balog, P., Stauder, A., Salavecz, G., Rózsa, S., Purebl, G., & Adám, S. (2010). Measures of stress in epidemiological research. *Journal of psychosomatic research*, 69(2), 211–225. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.09.006>
- Lambert, W. W. (1970). [Review of Psychological Stress and the Coping Process, by R. S. Lazarus]. *The American Journal of Psychology*, 83(4), 634–637. <https://doi.org/10.2307/1420698>
- Lannin, D. G., Vogel, D. L., Guyll, M., & Seidman, A. J. (2018). Reducing Threat Responses to Help-Seeking Information: Influences of Self-Affirmations and Reassuring Information. *Journal of Counseling Psychology*, 66(3), 375–383. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000313>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company, Inc.
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes. The problem of confounded measures. *The American psychologist*, 40(7), 770–785.
- Levant, R. F., McCurdy, E. R., Keum, B. T. H., Cox, D. W., Halter, M. J., & Stefanov, D. G. (2022). Mediation and moderation of the relationship between men’s endorsement of traditional masculinity ideology and intentions to seek psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 53(3), 234–243. <https://doi.org/10.1037/pro0000461>
- Levinson, D., & Kaplan, G. (2014). What does Self Rated Mental Health Represent. *Journal of public health research*, 3(3), 287. <https://doi.org/10.4081/jphr.2014.287>
- Li, W., Dorstyn, D. S., & Denson, L. A. (2014). Psychosocial correlates of college students’ help-seeking intention: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 163–170. <https://doi.org/10.1037/a0037118>
- Lima, M., & Correia, I. (2017). Atitudes: medida, estrutura e funções. Em J. Vala, & M. Monteiro, *Psicologia Social* (10ª ed., pp. 201-243). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lin, E., & Parikh, S. V. (1999). Sociodemographic, clinical, and attitudinal characteristics of the untreated depressed in Ontario. *Journal of affective disorders*, 53(2), 153–162. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(98\)00116-5](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(98)00116-5)
- Machado, A. V., Pereira, M. G., Souza, G. G., Xavier, M., Aguiar, C., Oliveira, L. d., & Mocaiber, I. (2021). Association between distinct coping styles and heart rate variability changes

- to an acute psychosocial stress task. *Scientific Reports*, 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03386-6>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7^a ed.). ReportNumber.
- Marôco, J. (2021). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, Software & Aplicações* (3^a ed.). Report Number.
- Mawani, F. N., & Gilmour, H. (2010). Validation of self-rated mental health. *Health reports*, 21(3), 61–75.
- McAlpine, D. D., McCreedy, E., & Alang, S. (2018). The Meaning and Predictive Value of Self-rated Mental Health among Persons with a Mental Health Problem. *Journal of health and social behavior*, 59(2), 200–214. <https://doi.org/10.1177/0022146518755485>
- Meyer, B. (2001). Coping With Severe Mental Illness: Relations of the Brief COPE With Symptoms, Functioning, and Well-Being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 265-277. <https://doi.org/10.1023/A:1012731520781>
- Miller, S. M., Brody, D. S., & Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat: implications for health. *Journal of personality and social psychology*, 54(1), 142–148. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.1.142>
- Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: toward an integrative framework. *Journal of clinical psychology*, 59(12), 1387–1403. <https://doi.org/10.1002/jclp.10229>
- Nam, S. K., Choi, S. I., Lee, J. H., Lee, M. K., Kim, A. R., & Lee, S. M. (2010). A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of American College*, 59(2) 110–116. <http://dx.doi.org/10.1080/07448481.2010.483714>
- Nam, S. K., Choi, S. I., Lee, J. H., Lee, M. K., Kim, A. R., & Lee, S. M. (2013). Psychological factors in college students' attitudes toward seeking professional psychological help: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(1), 37-45. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029562>
- Nielsen, M. B., & Knardahl, S. (2014). Coping strategies: a prospective study of patterns, stability, and relationships with psychological distress. *Scandinavian journal of psychology*, 55(2), 142–150. <https://doi.org/10.1111/sjop.12103>
- Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551–603. <https://doi.org/10.1023/A:1020641400589>

- Pérez-García, A. M., Oliván, S., & Bover, R. (2014). Subjective Well-being in Heart Failure Patients: Influence of Coping and Depressive Symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(2) 258–265. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9311-4>
- Picco, L., Abdin, E., Chong, S. A., Pang, S., Shafie, S., Chua, B. Y., Vaingankar, J. A., Ong, L. P., Tay, J., & Subramaniam, M. (2016). Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: Factor Structure and Socio-Demographic Predictors. *Frontiers in psychology*, 7, 547. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00547>
- Ribeiro, J., & Marques, T. (2009). A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de perceção de stress. *Psicologia, saúde e doenças*, 10(2), 237-248.
- Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, saúde e doenças*, 5(1), 3-15.
- Rohrer, J. E. (2004). Medical care usage and self-rated mental health. *BMC Public Health*, 4, 3. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-4-3>
- Schnittker, J., & Bacak, V. (2010). The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health. *PLoS ONE*, 9(1), e84933. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933>
- Seidman, A. J., Crick, K. A., & Wade, N. G. (2022). Personal Growth Initiative, Mental Health Stigma, and Intentions to Seek Professional Psychological Help: A Model Extension. *American Psychological Association*, 7(2), 142–151. <https://doi.org/10.1037/sah0000369>
- Selye, H. (1978). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- Shaaban, A. N., Martins, M. R., & Peleteiro, B. (2022). Factors associated with self-perceived health status in Portugal: Results from the National Health Survey 2014. *Front. Public Health*, 10, 879432. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.879432>
- Sheeran, P. (2002). Intention—Behavior Relations: A Conceptual and Empirical Review. *European Review of Social Psychology*, 12(1), 1-36. <http://dx.doi.org/10.1080/14792772143000003>
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Sun, S., Hoyt, W. T., Brockberg, D., Lam, J., & Tiwari, D. (2016). Acculturation and enculturation as predictors of psychological help-seeking attitudes (HSAs) among racial and ethnic minorities: A meta-analytic investigation. *Journal of Counseling Psychology*, 63(6), 617– 632. <https://doi.org/10.1037/cou0000172>

- Surapaneni, S., Larson, L. M., Heath, P. J., & Vogel, D. L. (2019). The interaction of stigma and distress: predicting the help-seeking attitudes of United States students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 47(5), 603–608. <https://doi.org/10.1080/03069885.2018.1504201>
- ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., Alonso, J., & ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(2), 153–163. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0050-4>
- Torres, L., Magnus, B., & Najjar, N. (2021). Assessing the Psychometric Proprieties of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale–Short Form (ATSPPH-SF) Among Latino Adults. *Assessment*, 28(1), 211-224. <https://doi.org/10.1177/1073191119899470>
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, 53, 353-378. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_17
- Vogel, D. L., & Wei, M. (2005). Adult attachment and help-seeking intent: The mediating roles of psychological distress and perceived social support. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 347–357. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.347>
- Vogel, D. L., & Wester, S. R. (2003). To Seek Help or Not to Seek Help: The Risks of Self-Disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 50(3), 351-361. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.3.351>
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the intentions to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40–50. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40>
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Wei, M., & Boysen, G. A. (2005). The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 459-470. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.459>
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M. P., H. A., W. K., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 603–613. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.603>

- WHO, W. H. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. World Health Organization.
- Zuvekas, S. H., & Fleishman, J. A. (2008). Self-rated mental health and racial/ethnic disparities in mental health service use. *Medical care*, 46(9), 915–923. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817919e5>

Anexo 1

Instrumentos

Consentimento Informado

Relação entre **Stress** Percebido, Estilos de **Adaptação** e Procura de **Apoio Psicológico Profissional**

O presente **questionário faz parte de uma investigação científica**, a ser desenvolvida por Maria Blanco Vilar, no **ISPA - Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida**. Está **garantido o anonimato e a confidencialidade**, e as **informações recolhidas serão exclusivamente usadas no âmbito da investigação** com o objetivo de analisar a relação entre o **stress percebido, adaptação (*coping*) e a procura de apoio psicológico**, na população portuguesa.

A participação é voluntária, e em caso de dúvidas ou comentários **poderá contactar a investigadora principal** através do e-mail 26865@alunos.ispa.pt.

A submissão do questionário reflete a compreensão das condições supramencionadas, nomeadamente que se trata de **recolha de informações para investigação, e que a participação é voluntária, anónima e confidencial**.

** Indica uma pergunta obrigatória*

1. Consentimento para a participação no estudo *

Marcar apenas uma oval.

Após tomar conhecimento das particularidades deste estudo, aceito participar.

Questionário Sociodemográfico

1. Idade (anos) –
2. Sexo
 - a. Feminino
 - b. Masculino
3. Estado civil
 - a. Solteiro/a;
 - b. Numa relação;
 - c. Casado/União de facto;
 - d. Sem relacionamento;
 - e. Viúvo/a

4. Nacionalidade
 - a. Portuguesa;
 - b. Outra
 - i. se respondeu outra, há quanto tempo reside em Portugal?
5. Local de residência
 - a. Cidade
 - b. Meio rural
6. Nível de escolaridade concluído
 - a. Até ao 6º ano (até ao antigo ciclo preparatório)
 - b. Até ao 9º ano (até ao antigo 5º liceal)
 - c. Até ao 12º ano (até ao antigo 7º liceal /ano propedêutico)
 - d. Bacharelato ou curso técnico superior profissional
 - e. Licenciatura
 - f. Mestrado
 - g. Doutoramento
7. Estatuto Profissional
 - a. Empregado ou Estudante
 - b. Desempregado
 - c. Reformado
8. Como classifica a sua situação económica?
 - a. Muito boa
 - b. Boa
 - c. Satisfatória
 - d. Má
 - e. Péssima
9. Tem filhos?
 - a. Sim / Não
10. Como classificaria a sua saúde mental
 - a. Excelente
 - b. Boa
 - c. Má
 - d. Péssima
11. Tem alguma doença, física ou psicológica grave ou crónica diagnosticada?
 - a. Sim/ b. Não

Escala de Stress percebido

As seguintes perguntas serão sobre os seus sentimentos e pensamentos que ocorreram no último mês. Em cada questão pedimos para indicar com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira. Embora algumas das questões sejam parecidas, há diferenças entre elas e deverá responder a cada uma como uma questão diferente. A melhor maneira de o fazer é responder a cada questão rapidamente, assinalando a alternativa que lhe pareça uma estimativa razoável.

A cinco alternativas de resposta: “Nunca”; “Quase Nunca”, “Algumas vezes”; “Com muita frequência”; e “Muitas Vezes”.

1. No último mês, com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente?
2. No último mês, com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso ou “stressado”?
4. No último mês, com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?
6. No último mês, com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha de fazer?
7. No último mês, com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?
8. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor?
9. No último mês, com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?

BriefCOPE

As seguintes questões incidem sobre a forma como reage habitualmente quando se depara com um problema na sua vida. Responda mediante a frequência dessa(s) resposta(s).

Resposta mediante a frequência dessa(s) resposta(s), de acordo com a seguinte classificação: Nunca fiz isso / Às vezes fiz isso / Fiz isso frequentemente / Fiz sempre isso.

1. Concentrei os meus esforços para fazer alguma coisa que permitisse enfrentar a situação.
2. Tomei medidas para tentar melhorar a minha situação.
3. Tentei encontrar uma estratégia que me ajudasse no que tinha de fazer.
4. Pensei muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.
5. Pedi conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.
6. Pedi conselhos e ajuda a outras pessoas que passaram pelo mesmo.
7. Procurei apoio emocional de alguém (família, amigos).
8. Procurei o conforto e compreensão de alguém.
9. Tentei encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.
10. Rezei ou meditei.
11. Tentei analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.
12. Procurei algo positivo em tudo o que estava a acontecer.
13. Fiz críticas a mim próprio/a.
14. Culpei-me pelo que estava a acontecer.
15. Tentei aceitar as coisas tal como estavam a acontecer.
16. Tentei aprender a viver com a situação.
17. Fiquei aborrecido/a e expressei os meus sentimentos (emoções).
18. Senti e expressei os meus sentimentos de aborrecimento.
19. Disse a mim próprio/a: “Isto não é verdade”.
20. Recusei-me a acreditar que isto estivesse a acontecer, desta forma, comigo.
21. Refugiei-me noutras atividades para me abstrair da situação.
22. Fiz outras coisas para pensar menos na situação, tais como ver TV, ler ou ir às compras.
23. Desisti de me esforçar para obter o que queria.
24. Simplesmente desisti de atingir o meu objetivo.
25. Refugiei-me no álcool ou noutras substâncias (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.
26. Usei álcool ou outras drogas (comprimidos) como ajuda para ultrapassar os problemas.
27. Enfrentei a situação levando-a para a brincadeira.
28. Enfrentei a situação com sentido de humor.

Escala de Atitudes face à procura de apoio psicológico profissional (ATSPPH-SF)

As próximas questões pretendem obter informação sobre a sua opinião sobre o recurso a apoio psicológico profissional, em determinadas situações. As alternativas de resposta são mediante a concordância com o exposto em cada item: discordo; discordo parcialmente; concordo parcialmente; concordo.

1. Se eu achasse que estava a ter um esgotamento mental, a minha primeira inclinação seria procurar ajuda profissional.

2. Acho que a ideia de falar com um psicólogo sobre os problemas é uma fraca estratégia de resolução dos conflitos emocionais.

3. Se, em alguma altura da minha vida, experienciasse uma crise emocional séria, estaria confiante de que encontraria alívio na psicoterapia.

4. Há algo de admirável na atitude de uma pessoa que consegue lidar sozinha com os seus medos e conflitos, sem recorrer a ajuda profissional.

5. Eu queria procurar ajuda psicológica se estivesse preocupado ou triste por um longo período.

6. Talvez queira ter ajuda psicológica no futuro.

7. Não é provável que uma pessoa com um problema emocional o resolva sozinha, é mais provável que o resolva com ajuda profissional.

8. Atendendo ao tempo e custo envolvido na psicoterapia, não seria compensatório para uma pessoa como eu.

9. As pessoas deviam resolver os seus próprios problemas; procurar ajuda psicológica devia ser só mesmo em última alternativa.

10. Os problemas pessoais e emocionais, tal como tantas outras coisas, tendem a desaparecer sozinhos.

Anexo 2

Análises descritivas

Dados Sociodemográficos

Quadro 30 - Análise descritiva: sexo

		Frequência	Percentagem %
Válido	Feminino	448	72,8
	Masculino	167	27,2
	Total	615	100,0

Quadro 31 - Análise descritiva: relacionamento

Relacionamento		Frequência	Percentagem %
Válido	Solteiro(a)	186	30,2
	Numa relação	120	19,5
	Casado/União de facto	261	42,4
	Sem relacionamento	43	7,0
	Viúvo(a)	5	,8
	Total	615	100,0

Quadro 32 - Análise descritiva: local de residência

Local de Residência		Frequência	Percentagem %
Válido	Cidade	527	85,7
	Meio rural	88	14,3
	Total	615	100,0

Quadro 33 - Análise descritiva: habilitações académicas

Habilitações académicas		Frequência	Percentagem %
Válido	Outro	4	,7
	Até ao 6º ano (até ao antigo ciclo preparatório)	5	,8
	Até ao 9º ano (até ao antigo 5º liceal)	14	2,3
	Até ao 12º ano (até ao antigo 7º liceal /ano propedêutico)	188	30,6
	Bacharelato ou curso técnico superior profissional	30	4,9
	Licenciatura	245	39,8
	Mestrado	116	18,9
	Doutoramento	13	2,1
	Total	615	100,0

Quadro 34 – Cruzamento de dados entre o Intervalo de Idades e Habilitações escolares

		Habilitações						Total	
		Ensino básico ou menos		Ensino Secundário		Ensino Superior			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Intervalo Idade	[18-25]	0	0.0%	123	65.4%	68	16.8%	191	31.1%
	[26-32]	0	0.0%	3	1.6%	30	7.4%	33	5.4%
	[33-40]	3	13.0%	5	2.7%	41	10.1%	49	8.0%
	[41-50]	7	30.4%	32	17.0%	182	45.0%	221	35.9%
	[51-60]	8	34.8%	20	10.6%	65	16.1%	93	15.1%
	[61-70]	2	8.7%	4	2.1%	14	3.5%	20	3.3%
	>70	3	13.0%	1	0.5%	4	1.0%	8	1.3%
Total		23	100.0%	188	100.0%	404	100.0%	615	100.0%

Quadro 35 - Análise descritiva: atividade laboral

Habilitações (grupos)		Frequência	Porcentagem
Válido	≤ Ensino básico	23	3,7
	Ensino Secundário	188	30,6
	Ensino Superior	404	65,7
	Total	615	100,0
Situação de atividade profissional		Frequência	Porcentagem
Válido	Empregado ou Estudante	570	92,7
	Desempregado	26	4,2
	Reformado	19	3,1
	Total	615	100,0

Quadro 36 - Análise descritiva: área de atividade

Área de formação/profissional		Frequência	Porcentagem
Válido	Não qualificado	26	4,2
	Industrial e operária	22	3,6
	Agripesca	1	,2
	Comercial	15	2,4
	Administrativa	33	5,4
	Forças Armadas	10	1,6
	Desporto	10	1,6
	Artes	6	1,0
	Educação	49	8,0
	Economia e Finanças	33	5,4
	Saúde	48	7,8
	Jurídica	11	1,8
	Arquitetura	13	2,1
	Consultadoria	13	2,1
	Ciências Sociais e Humanas	32	5,2
	Psicologia	149	24,2
	Ciências e Tecnologia	98	15,9
	Gestão	42	6,8
	Direção e Gestão executiva	4	,7
	Total	615	100,0

Quadro 37 - Análise descritiva: áreas de formação agrupadas

Área de atividade		Frequência	Porcentagem
Válido	Psicologia Ciências Sociais	181	29,4
	Gestão	92	15,0
	Saúde Ciência e Tecnologias	146	23,7
	Outras	196	31,9
	Total	615	100,0

Quadro 38 - Análise descritiva: Estatuto socioeconómico percebido

Estatuto socioeconómico percebido		Frequência	Porcentagem
Válido	Má	34	5,5
	Satisfatória	319	51,9
	Boa	236	38,4
	Muito Boa	26	4,2
	Total	615	100,0

Quadro 39 - Análise descritiva: AASM

Autoavaliação da Saúde Mental		Frequência	Porcentagem
Válido	Péssima	5	,8
	Má	104	16,9
	Boa	463	75,3
	Excelente	43	7,0
	Total	615	100,0

Quadro 40 - Análise descritiva: Existência de doença grave ou crónica

Existência de doença grave ou crónica		Frequência	Porcentagem
Válido	Sim	118	19,2
	Não	497	80,8
	Total	615	100,0

Quadro 41 - Análise descritiva: Recurso a apoio psicológico profissional

Recurso a apoio psicológico profissional		Frequência	Porcentagem
Válido	Não	315	51,2
	Sim	300	48,8
	Total	615	100,0

Estatística descritiva dos itens do PSS

Quadro 42 - Estatística descritiva dos itens do PSS

1. No último mês, com que frequência se sentiu aborrecido/a com algo que ocorreu inesperadamente?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca	18	2,9	2,9	2,9
	Quase nunca	127	20,7	20,7	23,6
	Algumas vezes	342	55,6	55,6	79,2
	Com muita frequência	97	15,8	15,8	95,0
	Muitas vezes	31	5,0	5,0	100,0
	Total	615	100,0	100,0	
2. No último mês, com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca	59	9,6	9,6	9,6
	Quase nunca	190	30,9	30,9	40,5
	Algumas vezes	242	39,3	39,3	79,8
	Com muita frequência	74	12,0	12,0	91,9
	Muitas vezes	50	8,1	8,1	100,0
	Total	615	100,0	100,0	
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso ou “stressado”?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca	13	2,1	2,1	2,1
	Quase nunca	105	17,1	17,1	19,2
	Algumas vezes	244	39,7	39,7	58,9
	Com muita frequência	157	25,5	25,5	84,4
	Muitas vezes	96	15,6	15,6	100,0
	Total	615	100,0	100,0	
4. No último mês, com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca	73	11,9	11,9	11,9
	Quase nunca	215	35,0	35,0	46,8
	Algumas vezes	237	38,5	38,5	85,4
	Com muita frequência	84	13,7	13,7	99,0
	Muitas vezes	6	1,0	1,0	100,0
	Total	615	100,0	100,0	
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca	43	7,0	7,0	7,0
	Quase nunca	167	27,2	27,2	34,1
	Algumas vezes	280	45,5	45,5	79,7
	Com muita frequência	114	18,5	18,5	98,2
	Muitas vezes	11	1,8	1,8	100,0
	Total	615	100,0	100,0	
6. No último mês, com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha de fazer?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca	16	2,6	2,6	2,6
	Quase nunca	122	19,8	19,8	22,4
	Algumas vezes	267	43,4	43,4	65,9
	Com muita frequência	139	22,6	22,6	88,5
	Muitas vezes	71	11,5	11,5	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

7. No último mês, com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca	65	10,6	10,6	10,6
	Quase nunca	198	32,2	32,2	42,8
	Algumas vezes	265	43,1	43,1	85,9
	Com muita frequência	81	13,2	13,2	99,0
	Muitas vezes	6	1,0	1,0	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

8. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca	43	7,0	7,0	7,0
	Quase nunca	135	22,0	22,0	28,9
	Algumas vezes	309	50,2	50,2	79,2
	Com muita frequência	120	19,5	19,5	98,7
	Muitas vezes	8	1,3	1,3	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

9. No último mês, com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca	22	3,6	3,6	3,6
	Quase nunca	169	27,5	27,5	31,1
	Algumas vezes	269	43,7	43,7	74,8
	Com muita frequência	114	18,5	18,5	93,3
	Muitas vezes	41	6,7	6,7	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca	118	19,2	19,2	19,2
	Quase nunca	240	39,0	39,0	58,2
	Algumas vezes	152	24,7	24,7	82,9
	Com muita frequência	70	11,4	11,4	94,3
	Muitas vezes	35	5,7	5,7	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

Estadística descritiva dos itens da escala BriefCOPE

Quadro 43 - Estatística descritiva dos itens da escala BriefCOPE

1. Concentrei os meus esforços para fazer alguma coisa que me permitisse enfrentar a situação.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	11	1,8	1,8	1,8
	Às vezes fiz isso	180	29,3	29,3	31,1
	Fiz isso frequentemente	310	50,4	50,4	81,5
	Fiz sempre isso	114	18,5	18,5	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

2. Tomei medidas para tentar melhorar a minha situação.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	7	1,1	1,1	1,1
	Às vezes fiz isso	176	28,6	28,6	29,8
	Fiz isso frequentemente	312	50,7	50,7	80,5
	Fiz sempre isso	120	19,5	19,5	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

3. Tentei encontrar uma estratégia que me ajudasse no que tinha de fazer

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	12	2,0	2,0	2,0
	Às vezes fiz isso	171	27,8	27,8	29,8
	Fiz isso frequentemente	303	49,3	49,3	79,0
	Fiz sempre isso	129	21,0	21,0	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

4. Pensei muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	7	1,1	1,1	1,1
	Às vezes fiz isso	152	24,7	24,7	25,9
	Fiz isso frequentemente	297	48,3	48,3	74,1
	Fiz sempre isso	159	25,9	25,9	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

5. Pedi conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	98	15,9	15,9	15,9
	Às vezes fiz isso	305	49,6	49,6	65,5
	Fiz isso frequentemente	157	25,5	25,5	91,1
	Fiz sempre isso	55	8,9	8,9	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

6. Pedi conselhos e ajuda a outras pessoas que passaram pelo mesmo.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	211	34,3	34,3	34,3
	Às vezes fiz isso	275	44,7	44,7	79,0
	Fiz isso frequentemente	101	16,4	16,4	95,4
	Fiz sempre isso	28	4,6	4,6	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

7. Procurei apoio emocional de alguém (família, amigos).

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	108	17,6	17,6	17,6
	Às vezes fiz isso	295	48,0	48,0	65,5
	Fiz isso frequentemente	142	23,1	23,1	88,6
	Fiz sempre isso	70	11,4	11,4	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

8. Procurei o conforto e compreensão de alguém.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	101	16,4	16,4	16,4
	Às vezes fiz isso	305	49,6	49,6	66,0
	Fiz isso frequentemente	146	23,7	23,7	89,8
	Fiz sempre isso	63	10,2	10,2	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

9. Tentei encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	321	52,2	52,2	52,2
	Às vezes fiz isso	168	27,3	27,3	79,5
	Fiz isso frequentemente	67	10,9	10,9	90,4
	Fiz sempre isso	59	9,6	9,6	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

10. Rezei ou meditei.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	272	44,2	44,2	44,2
	Às vezes fiz isso	203	33,0	33,0	77,2
	Fiz isso frequentemente	86	14,0	14,0	91,2
	Fiz sempre isso	54	8,8	8,8	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

11. Tentei analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	42	6,8	6,8	6,8
	Às vezes fiz isso	266	43,3	43,3	50,1
	Fiz isso frequentemente	232	37,7	37,7	87,8
	Fiz sempre isso	75	12,2	12,2	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

12. Procurei algo positivo em tudo o que estava a acontecer.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	44	7,2	7,2	7,2
	Às vezes fiz isso	249	40,5	40,5	47,6
	Fiz isso frequentemente	231	37,6	37,6	85,2
	Fiz sempre isso	91	14,8	14,8	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

13. Fiz críticas a mim próprio/a.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	24	3,9	3,9	3,9
	Às vezes fiz isso	245	39,8	39,8	43,7
	Fiz isso frequentemente	247	40,2	40,2	83,9
	Fiz sempre isso	99	16,1	16,1	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

14. Culpei-me pelo que estava a acontecer.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	86	14,0	14,0	14,0
	Às vezes fiz isso	362	58,9	58,9	72,8
	Fiz isso frequentemente	119	19,3	19,3	92,2
	Fiz sempre isso	48	7,8	7,8	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

15. Tentei aceitar as coisas tal como estavam a acontecer.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	37	6,0	6,0	6,0
	Às vezes fiz isso	309	50,2	50,2	56,3
	Fiz isso frequentemente	218	35,4	35,4	91,7
	Fiz sempre isso	51	8,3	8,3	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

16. Tentei aprender a viver com a situação.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	23	3,7	3,7	3,7
	Às vezes fiz isso	254	41,3	41,3	45,0
	Fiz isso frequentemente	241	39,2	39,2	84,2
	Fiz sempre isso	97	15,8	15,8	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

17. Fiquei aborrecido/a e expressei os meus sentimentos (emoções).

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	30	4,9	4,9	4,9
	Às vezes fiz isso	335	54,5	54,5	59,3
	Fiz isso frequentemente	185	30,1	30,1	89,4
	Fiz sempre isso	65	10,6	10,6	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

18. Senti e expressei os meus sentimentos de aborrecimento.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	48	7,8	7,8	7,8
	Às vezes fiz isso	336	54,6	54,6	62,4
	Fiz isso frequentemente	181	29,4	29,4	91,9
	Fiz sempre isso	50	8,1	8,1	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

19. Disse a mim próprio/a: "Isto não é verdade".

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	269	43,7	43,7	43,7
	Às vezes fiz isso	279	45,4	45,4	89,1
	Fiz isso frequentemente	57	9,3	9,3	98,4
	Fiz sempre isso	10	1,6	1,6	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

20. Recusei-me a acreditar que isto estivesse a acontecer, desta forma, comigo.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	336	54,6	54,6	54,6
	Às vezes fiz isso	211	34,3	34,3	88,9
	Fiz isso frequentemente	58	9,4	9,4	98,4
	Fiz sempre isso	10	1,6	1,6	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

21. Refugiei-me noutras atividades para me abstrair da situação.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	96	15,6	15,6	15,6
	Às vezes fiz isso	313	50,9	50,9	66,5
	Fiz isso frequentemente	147	23,9	23,9	90,4
	Fiz sempre isso	59	9,6	9,6	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

22. Fiz outras coisas para pensar menos na situação, tais como ir ao cinema, ver TV, ler ou ir às compras.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	90	14,6	14,6	14,6
	Às vezes fiz isso	295	48,0	48,0	62,6
	Fiz isso frequentemente	179	29,1	29,1	91,7
	Fiz sempre isso	51	8,3	8,3	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

23. Desisti de me esforçar para obter o que queria.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	355	57,7	57,7	57,7
	Às vezes fiz isso	213	34,6	34,6	92,4
	Fiz isso frequentemente	43	7,0	7,0	99,3
	Fiz sempre isso	4	,7	,7	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

24. Simplesmente desisti de atingir o meu objetivo.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	426	69,3	69,3	69,3
	Às vezes fiz isso	154	25,0	25,0	94,3
	Fiz isso frequentemente	30	4,9	4,9	99,2
	Fiz sempre isso	5	,8	,8	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

25. Refugiei-me no álcool ou noutras substâncias (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	498	81,0	81,0	81,0
	Às vezes fiz isso	92	15,0	15,0	95,9
	Fiz isso frequentemente	19	3,1	3,1	99,0
	Fiz sempre isso	6	1,0	1,0	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

26. Usei álcool ou outras drogas (comprimidos) como ajuda para ultrapassar os problemas.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	512	83,3	83,3	83,3
	Às vezes fiz isso	78	12,7	12,7	95,9
	Fiz isso frequentemente	18	2,9	2,9	98,9
	Fiz sempre isso	7	1,1	1,1	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

27. Enfrentei a situação levando-a para a brincadeira.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	180	29,3	29,3	29,3
	Às vezes fiz isso	326	53,0	53,0	82,3
	Fiz isso frequentemente	86	14,0	14,0	96,3
	Fiz sempre isso	23	3,7	3,7	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

28. Enfrentei a situação com sentido de humor.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca fiz isso	90	14,6	14,6	14,6
	Às vezes fiz isso	295	48,0	48,0	62,6
	Fiz isso frequentemente	179	29,1	29,1	91,7
	Fiz sempre isso	51	8,3	8,3	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

Estatística descritiva dos itens da ATSPPH-SF

Quadro 44 - Estatística descritiva dos itens da ATSPPH-SF

1. Se eu achasse que estava a ter um esgotamento mental, a minha primeira inclinação seria procurar ajuda profissional.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo	21	3,4	3,4	3,4
	Discordo parcialmente	63	10,2	10,2	13,7
	Concordo parcialmente	190	30,9	30,9	44,6
	Concordo	341	55,4	55,4	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

2. Acho que a ideia de falar com um psicólogo sobre os problemas é uma fraca estratégia de resolução dos conflitos emocionais.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Concordo	23	3,7	3,7	3,7
	Concordo parcialmente	42	6,8	6,8	10,6
	Discordo parcialmente	105	17,1	17,1	27,6
	Discordo	445	72,4	72,4	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

3. Se, em alguma altura da minha vida, experienciasses uma crise emocional séria, estaria confiante de que encontraria alívio na psicoterapia.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo	10	1,6	1,6	1,6
	Discordo parcialmente	51	8,3	8,3	9,9
	Concordo parcialmente	191	31,1	31,1	41,0
	Concordo	363	59,0	59,0	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

4. Há algo de admirável na atitude de uma pessoa que consegue lidar sozinha com os seus medos e conflitos, sem recorrer a ajuda profissional.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Concordo	103	16,7	16,7	16,7
	Concordo parcialmente	268	43,6	43,6	60,3
	Discordo parcialmente	158	25,7	25,7	86,0
	Discordo	86	14,0	14,0	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

5. Eu queria procurar ajuda psicológica se estivesse preocupado ou triste por um longo período.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo	17	2,8	2,8	2,8
	Discordo parcialmente	46	7,5	7,5	10,2
	Concordo parcialmente	213	34,6	34,6	44,9
	Concordo	339	55,1	55,1	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

6. Talvez queira ter ajuda psicológica profissional no futuro.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo	30	4,9	4,9	4,9
	Discordo parcialmente	63	10,2	10,2	15,1
	Concordo parcialmente	218	35,4	35,4	50,6
	Concordo	304	49,4	49,4	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

7. Não é provável que uma pessoa com um problema emocional o resolva sozinha, é mais provável que o resolva com ajuda profissional.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo	42	6,8	6,8	6,8
	Discordo parcialmente	145	23,6	23,6	30,4
	Concordo parcialmente	260	42,3	42,3	72,7
	Concordo	168	27,3	27,3	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

8. Atendendo ao tempo e custo envolvido na psicoterapia, não seria compensatório para uma pessoa como eu.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Concordo	51	8,3	8,3	8,3
	Concordo parcialmente	151	24,6	24,6	32,8
	Discordo parcialmente	204	33,2	33,2	66,0
	Discordo	209	34,0	34,0	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

9. As pessoas deviam resolver os seus próprios problemas; procurar ajuda psicológica devia ser só mesmo em última alternativa.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Concordo	16	2,6	2,6	2,6
	Concordo parcialmente	89	14,5	14,5	17,1
	Discordo parcialmente	164	26,7	26,7	43,7
	Discordo	346	56,3	56,3	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

10. Os problemas pessoais e emocionais, tal como tantas outras coisas, tendem a desaparecer sozinhos.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Concordo	5	,8	,8	,8
	Concordo parcialmente	48	7,8	7,8	8,6
	Discordo parcialmente	152	24,7	24,7	33,3
	Discordo	410	66,7	66,7	100,0
	Total	615	100,0	100,0	

Estatística das dimensões da ATSPPH-SF

Quadro 45 - Estatística das dimensões da ATSPPH-SF

	Abertura AP	Valor AP	Atitudes
Média	11,47	10,81	22,29
Mediana	12,00	11,00	23,00
Desvio Padrão	2,76	2,661	4,79
Intervalo	15,00	14,00	28,00
Mínimo	,00	1,00	2,00
Máximo	15,00	15,00	30,00

Anexo 3

Análise Estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva e estatística inferencial, nomeadamente análises fatoriais confirmatórias (AFC), análise de fiabilidade com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach (α), análise de correlações, testes paramétricos (TP) e não paramétricos (TNP) para análise de diferenças na amostra e grupos independentes, análise de predição com recurso à técnica de regressão linear múltipla (RLM) e a análise de efeitos de mediação. Dada a dimensão da amostra, aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o teorema do limite central, o qual garante que para amostras de dimensão superior a $n > 30$, a média tem distribuição normal, mesmo que a variável não tenha distribuição normal (Marôco, 2018). O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq 0,05$.

De modo a testar a validade fatorial das escalas de avaliação utilizadas foram realizadas AFC de modo a testar as estruturas fatoriais já existentes e que serviram de base ao nosso estudo. Para o efeito foram calculados alguns índices de ajustamento para verificar se as presentes estruturas fatoriais se apresentam válidas ou não, resultados esses que passamos a apresentar em seguida. Foram considerados os seguintes índices de ajustamento, com os respetivos valores de referência, de acordo com Marôco (2021): $\chi^2/g1 \leq 5$; $RMSEA \leq 0,08$; GFI e $CFI \geq 0,90$.

Para a análise das diferenças nas várias escalas de avaliação em função das variáveis sociodemográficas foram utilizados TP e TNP consoante a necessidade. Tendo sido apenas analisada a normalidade dos grupos mais reduzidos ($n < 30$) e consoante o resultado foi escolhido o tipo de teste, TP para distribuição normal ou TNP nos casos de violação da normalidade. Após a verificação do pressuposto da normalidade, para analisar diferenças entre dois grupos, foram utilizados ou o teste paramétrico t de student (t) ou o teste não paramétrico Mann-Whitney (U). Na análise de diferenças entre 3 ou mais grupos os testes utilizados foram a ANOVA (F), TP, ou o TNP de Kruskal-Wallis (H).

Na RLM, foi testado o pressuposto da multicolineariedade entre a variáveis independentes, considerando os valores do Fator de Inflação da Variância (VIF) obtidos; valores superiores a 10 indicam presença de multicolinearidade e problemas com a estimação dos coeficientes de regressão (β_i) (Marôco, 2018).

Na análise dos efeitos de mediação, com recurso à macro PROCESS do SPSS, o efeito indireto e respetiva significância foram analisados através do intervalo de confiança verificado, sendo considerado significativo caso os intervalos de significância não contenham o valor 0.

Análise Fatorial Confirmatória

Escala BriefCOPE

No que respeita a solução fatorial inicial da escala de coping com 14 dimensões (Figura 1 - AFC ao BriefCOPE - 14 subescalas) verifica-se que todos os índices de ajustamento obtidos se apresentam satisfatórios ($\chi^2/df=1,44$, $RMSEA=0,03$, $GFI=0,96$, $CFI=0,99$), o que permite confirmar a validade da presente solução fatorial.

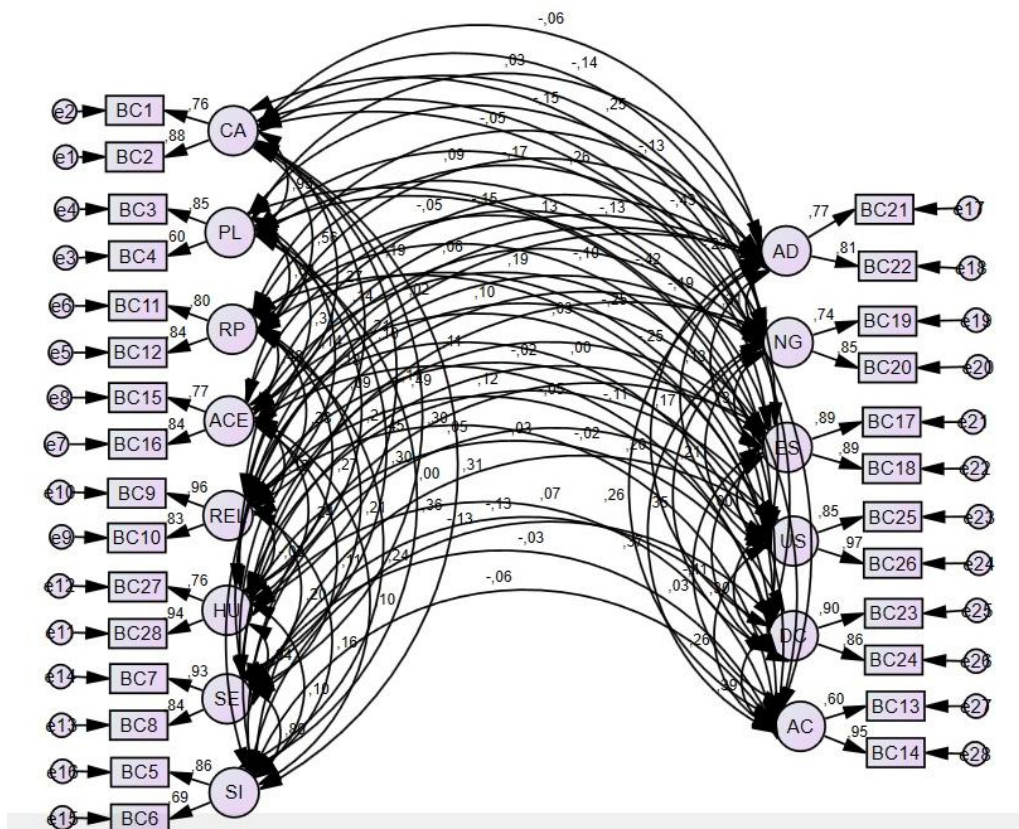


Figura 1 - AFC ao BriefCOPE - 14 subescalas

Na Figura 2 apresentam-se os resultados relativos à solução fatorial da escala de coping com apenas duas dimensões (coping Adaptativo e Coping não adaptativo). Os índices de ajustamento obtidos não se revelam ajustados dado o valor inferior a 0,90 verificado no índice GFI ($\chi^2/df=3,38$, $RMSEA=0,06$, $GFI=0,88$, $CFI=0,90$) pelo que teve de se realizar um ajustamento do modelo de modo a obter índices adequados.

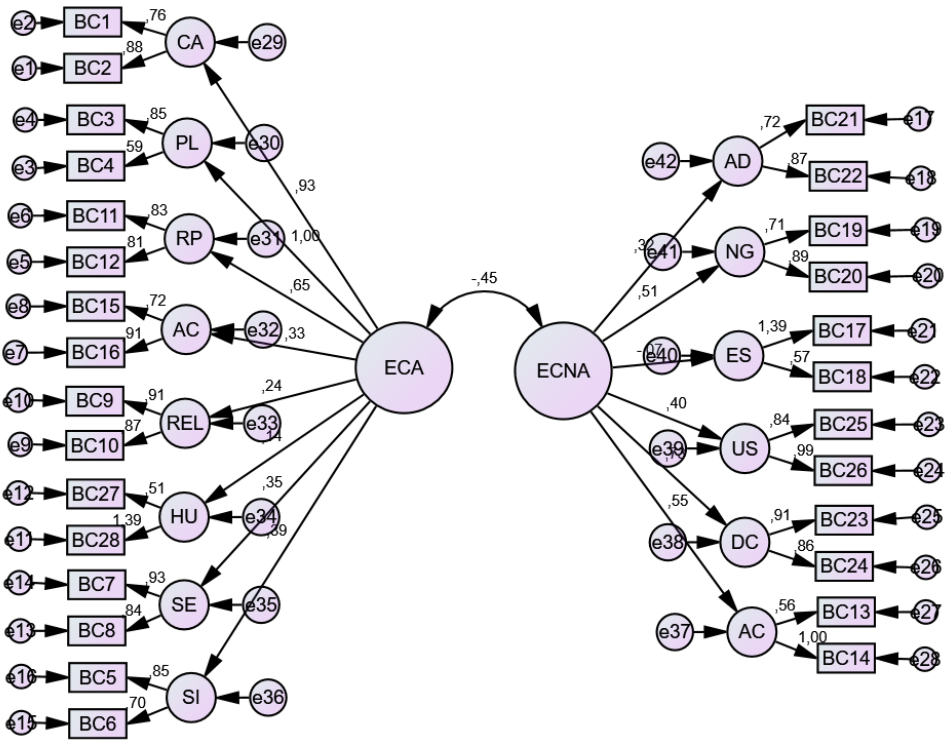


Figura 2 - AFC ao BriefCOPE - ECA e ECNA

A Figura 3 demonstra o modelo fatorial ajustado pela correlação entre resíduos e devidamente validado ($\chi^2/g.l.=2,41$, $RMSEA=0,05$, $GFI=0,91$, $CFI=0,94$).

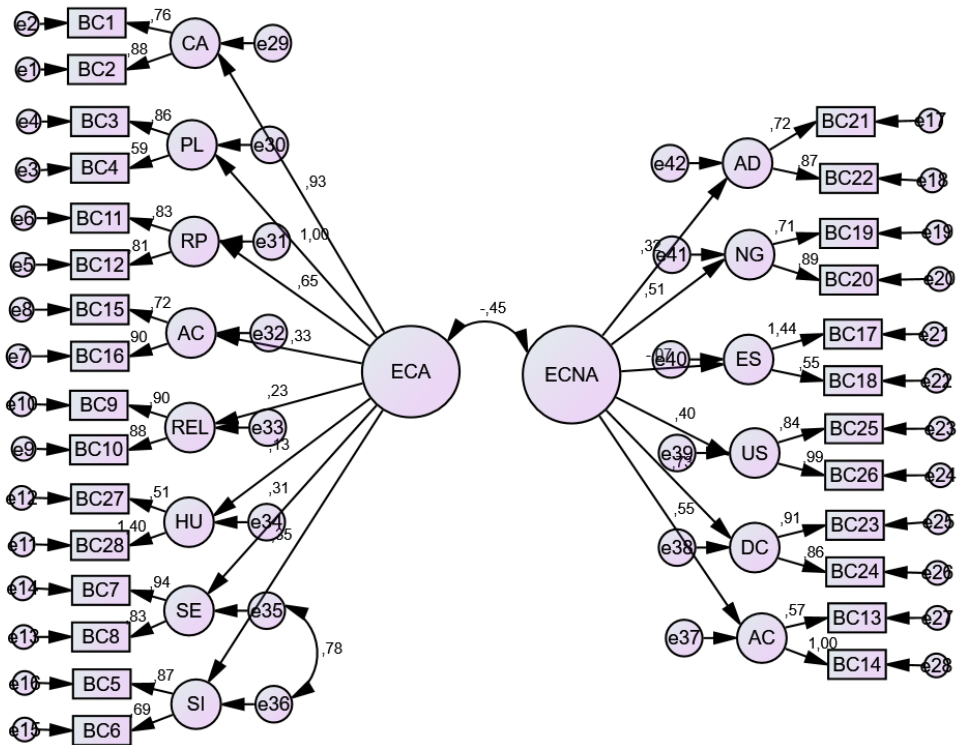


Figura 3 - AFC do BriefCOPE ajustado

Escala de Stress Percebido (PSS)

Na Figura 4 apresenta-se o modelo fatorial da escala de stress percebido que, de acordo com os índices de ajustamento obtidos, não se apresenta válido dado os valores inadequados de χ^2/df e RMSEA ($\chi^2/df=8,71$, $RMSEA=0,11$, $GFI=0,90$, $CFI=0,90$). O modelo foi ajustado de modo a ser possível obter índices de ajustamento adequados.

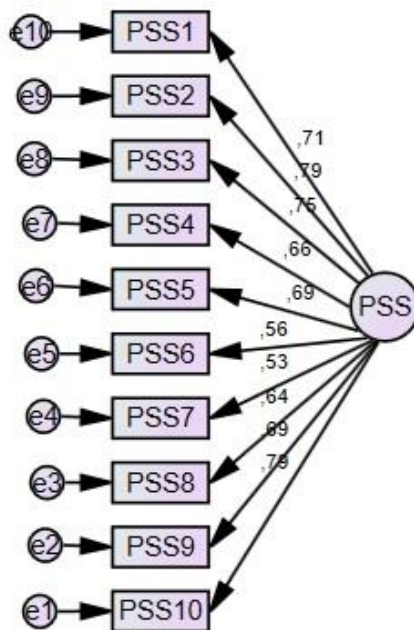


Figura 4 – AFC ao modelo fatorial da PSS

Os resultados obtidos, após o ajustamento do modelo, por correlação entre resíduos dos itens, encontram-se devidamente expostos na Figura 5. Também se verifica que o modelo se apresenta válido tendo em conta os índices de ajustamento obtidos se apresentarem adequados ($\chi^2/df=4,30$, $RMSEA=0,07$, $GFI=0,95$, $CFI=0,96$).

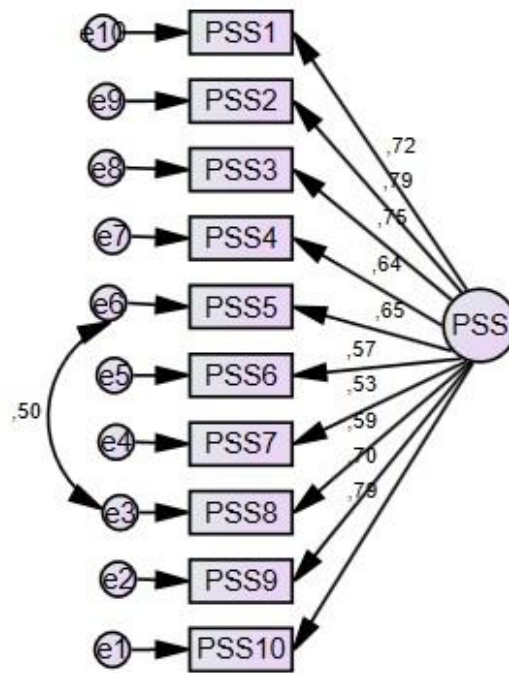


Figura 5 - AFC da PSS ajustada

Análise da consistência interna

BriefCOPE

Conforme os resultados do Quadro 46 verifica-se que os valores de Alfa de Cronbach (α) se apresentam todos adequados ($\alpha \geq 0,67$), o que significa que todas as escalas apresentam uma consistência interna adequada e como tal uma fiabilidade adequada.

Quadro 46 - Consistência interna do BriefCOPE

Dimensões	Alfa de Cronbach
Coping Ativo (CA)	0,80
Planear (PL)	0,67
Reinterpretação Positiva (RP)	0,80
Aceitação (ACE)	0,79
Religião (REL)	0,88
Humor (HU)	0,83
Utilizar Suporte Social Emocional (SE)	0,88
Utilizar Suporte Instrumental (SI)	0,75
Autodistração (AD)	0,77
Negação (NG)	0,77
Expressão de Sentimentos (ES)	0,88
Uso de Substâncias (US)	0,91
Desinvestimento Comportamental (DC)	0,87
Autoculpabilização (AC)	0,72

Quanto à análise em 2 fatores, Coping Adaptativo e Coping não Adaptativo, os resultados obtidos revelam que ambas as dimensões apresentam valores de alfa adequados ($\alpha \geq 0,74$), tendo como tal uma adequada consistência interna e fiabilidade fatorial (Quadro 47).

Quadro 47 - Consistência interna das dimensões de 2ª ordem do BriefCOPE

Dimensões	Alfa de Cronbach
Estilo de Coping Adaptativo (ECA)	0,78
Estilo de Coping não Adaptativo (ECNA)	0,74

Análise descritiva das medidas por características sociodemográficas

Análise das diferenças de estilos de coping por características sociodemográficas

Quadro 48 - Estilos de coping por intervalos de idade

Estilos de Coping	18-25 anos (n=191)		26-32 anos (n=33)		33-40 anos (n=49)		41-50 anos (n=221)		51-60 anos (n=93)		61-70 anos (n=20)		>70 anos (n=8)		H (p)
	M	MR	M	MR	M	MR	M	MR	M	MR	M	MR	M	MR	
Coping ativo	3,4 3	264.1 0	3,8 5	324.1 7	3,9 6	342.3 3	3,8 4	320.8 0	3,8 9	328.7 0	4,2 0	365.7 3	3,7 5	340.4 4	20.04 (0.003) a
Planeamento	3,7 6	295.0 0	4,1 5	343.8 5	4,1 6	343.7 0	3,7 7	290.9 7	4,0 8	334.3 9	4,2 0	344.7 0	3,7 5	323.7 5	9.91 (0.129)
Sup. Inst.	2,4 5	334.2 9	2,5 8	351.4 2	2,0 4	296.0 6	2,0 4	290.6 5	2,0 6	297.1 7	2,0 0	300.9 8	1,2 5	197.0 0	12.66 (0.049) b
Sup. Social e Emocional	3,0 5	354.8 3	3,3 6	398.6 7	2,1 8	271.9 6	2,2 7	279.6 6	2,4 1	293.6 1	1,9 0	231.2 0	1,3 8	178.8 8	40.42 (<0.001) c
Religião	1,0 8	251.1 1	1,9 7	334.7 1	1,7 6	329.5 2	1,7 0	310.7 5	2,4 0	379.3 9	2,1 0	366.5 3	2,1 3	372.1 3	42.82 (<0.001) d
Rein. Positiva	2,7 5	264.3 2	3,4 5	353.3 6	3,0 2	287.7 3	3,2 5	317.9 8	3,5 4	351.2 4	3,8 0	380.2 3	3,3 8	347.1 3	25.88 (<0.001) e
AutoCulpa.	3,5 6	388.8 2	3,0 3	328.0 0	2,6 3	284.8 8	2,5 8	266.6 2	2,4 2	251.7 3	3,0 5	320.5 2	2,0 0	203.6 9	68.89 (<0.001) f
Aceitação	3,1 9	312.6 2	3,4 2	350.0 2	3,1 6	310.6 7	3,1 8	305.9 8	2,8 8	276.7 6	3,3 5	338.0 0	3,3 8	352.1 3	6.35 (0.385)
Expressão Sentimentos	3,1 1	337.1 6	2,9 4	327.6 1	3,0 6	332.4 2	2,7 1	291.6 8	2,6 9	292.6 6	2,1 0	219.9 8	2,1 3	230.6 3	17.46 (0.008) g
Negação	1,4 9	331.7 9	1,3 6	331.5 6	1,1 0	293.7 2	1,0 7	279.3 4	1,2 7	316.3 2	1,3 0	311.6 0	2,0 0	416.4 4	14.49 (0.025) h
AutoDist.	3,3 2	388.5 3	3,0 0	362.9 1	2,3 7	285.0 3	2,1 1	253.3 0	2,3 0	281.3 8	2,2 0	258.5 5	2,0 0	243.7 5	73.35 (<0.001) i
Desinv. Comport.	1,1 5	342.7 9	0,8 8	314.4 2	0,8 4	309.1 4	0,6 7	281.1 5	0,8 7	304.6 2	1,0 0	312.1 5	0,2 5	214.5 0	18.18 (0.006) j
Uso de Subst. Humor	0,7 2,2	332.8 322.7	0,5 2,6	308.5 372.7	0,3 2,0	287.7 304.3	0,3 1,9	299.3 294.7	0,2 1,9	291.8 304.4	0,4 1,9	304.2 280.8	0,1 1,1	274.2 188.3	11.52 (0.074) 12.21 (0.057)
ECA	2,7 5	298.4 3	3,1 8	387.2 7	2,7 9	304.1 1	2,7 4	293.9 0	2,9 0	331.8 8	2,9 3	341.1 3	2,5 2	262.4 4	11.46 (0.075)
ECNA	2,2 2	400.8 5	1,9 5	350.9 4	1,7 3	290.7 0	1,5 8	250.6 0	1,6 4	266.9 0	1,6 8	260.6 0	1,4 2	202.0 6	87.35 (<0.001) k

- a) Teste LSD – 61-70 anos >18-25 anos (p<0.001);
- b) Teste LSD – 26-32 anos > 41-50 anos (p=0.010) e Mais de 70 anos (p=0.027);
- c) Teste LSD – 26-32 anos > 33-40 anos (p<0.001), 41-50 anos (p<0.001), 51-60 anos (p=0.002), 61-70 anos (p<0.001) e maiores de 70 anos (p<0.001);
- d) Teste LSD – 51-60 anos >18-25 anos (p<0.001) e 41-50 anos (p<0.001);
- e) Teste LSD – 61-70 anos >18-25 anos (p=0.004) e 33-40 anos (p=0.034);
- f) Teste LSD – 18-25 anos >26-32 anos (p=0.049), 33-40 anos (p<0.001), 41-50 anos (p<0.001), 51-60 anos (p<0.001) e maiores de 70 anos (p=0.002);
- g) Teste LSD - 18-25 anos >41-50 anos (p=0.006), 51-60 anos (p=0.034) e 61-70 anos (p=0.003);
- h) Teste LSD - Maiores que 70 anos >41-50 anos (p=0.024);
- i) Teste LSD - 18-25 anos >33-40 anos (p<0.001), 41-50 anos (p<0.001), 51-60 anos (p<0.001), 61-70 anos (p<0.001) e maiores de 70 anos (p=0.014);
- j) Teste LSD - 18-25 anos >41-50 anos (p<0.001) e maiores de 70 anos (p=0.025);
- k) Teste LSD - 18-25 anos > 33-40 anos (p<0.001), 41-50 anos (p<0.001), 51-60 anos (p<0.001), 61-70 anos (p<0.001) e maiores de 70 anos (p<0.001);

Quadro 49 - Estilos de coping por habilitações académicas

Estilos de Coping	Ensino básico ou menos (n=23)			Ensino Secundário (n=188)			Ensino Superior (n=404)			H (p)
	M	Md	MR	M	Md	MR	M	Md	MR	
Coping Ativo	3,39	4,00	274,85	3,39	3,00	261,55	3,93	4,00	331,50	22,38
Planeamento	3,74	4,00	284,33	3,68	4,00	282,33	3,99	4,00	321,34	7,04
Suporte Instrumental	1,22	1,00	194,50	2,11	2,00	294,84	2,28	2,00	320,58	13,15
Suporte Social e Emocional	1,70	2,00	217,13	2,65	2,00	315,03	2,57	2,00	309,90	6,75
Religião	2,52	2,00	387,76	1,33	1,00	276,58	1,75	1,00	318,08	12,86
Reinterpretação Positiva	3,17	3,00	312,70	2,85	3,00	271,17	3,29	3,00	324,87	12,43
Autoculpabilização	2,48	2,00	255,89	3,29	3,00	356,33	2,73	3,00	288,48	22,03
Aceitação	2,61	2,00	249,07	2,99	3,00	287,20	3,23	3,00	321,04	7,71
Expressão de Sentimentos	2,52	2,00	264,61	2,89	2,00	311,86	2,84	2,00	308,67	1,66
Negação	1,78	2,00	376,20	1,56	2,00	346,70	1,10	1,00	286,11	20,15
Autodistração	2,09	2,00	244,87	2,84	3,00	334,65	2,50	2,00	299,19	8,66
Desinvestimento	0,78	0,00	280,04	1,14	1,00	339,70	0,76	0,00	294,84	10,86
Uso de Substâncias	0,43	0,00	307,41	0,70	0,00	333,97	0,35	0,00	295,95	11,36
Humor	2,30	2,00	340,43	2,19	2,00	314,77	2,03	2,00	303,00	1,50
Coping Adaptativo	2,58	2,38	261,83	2,65	2,75	279,03	2,88	2,88	324,11	9,89
Coping Não Adaptativo	1,68	1,67	274,26	2,07	2,00	366,07	1,71	1,67	282,90	29,14

- a) Teste LSD – Ensino Superior > Ensino Secundário ($p < 0,001$);
b) Teste LSD – Ensino Superior > Ensino Secundário ($p = 0,001$);
c) Teste LSD - Ensino Superior > Ensino Básico ou menos ($p < 0,001$);
d) Teste LSD – Ensino Secundário > Ensino Básico ou menos ($p = 0,010$);
e) Teste LSD – Ensino Básico ou menos > Ensino Secundário ($p = 0,003$);
f) Teste LSD – Ensino Superior > Ensino Secundário ($p < 0,001$);
g) Teste LSD - Ensino Secundário > Ensino Básico ou menos ($p = 0,008$) e Ensino Superior ($p < 0,001$);
h) Teste LSD – Ensino Superior > Ensino Secundário ($p < 0,001$);
i) Teste LSD - Ensino Básico ou menos > Ensino Superior ($p = 0,012$);
j) Teste LSD - Ensino Secundário > Ensino Básico ou menos ($p = 0,018$) e Ensino Superior ($p = 0,019$);
k) Teste LSD - Ensino Secundário > Ensino Superior ($p = 0,001$);
l) Teste LSD - Ensino Secundário > Ensino Superior ($p < 0,001$);
m) Teste LSD – Ensino Superior > Ensino Secundário ($p = 0,004$);
n) Teste LSD – Ensino Secundário > Ensino Básico ou menos ($p = 0,017$) e Ensino Superior ($p < 0,001$).

Quadro 50 - Estilos de coping por local de residência

Estilos de Coping	Cidade (n=527)		Meio rural (n=88)		t (p)
	M	DP	M	DP	
Coping Ativo	3,76	1,32	3,63	1,35	0,91 (0,365)
Planeamento	3,91	1,29	3,74	1,27	1,12 (0,263)
Suporte Instrumental	2,19	1,51	2,18	1,35	0,04 (0,972)
Suporte Social e Emocional	2,55	1,64	2,64	1,69	-0,46 (0,643)
Religião	1,61	1,79	1,91	2,08	-1,42 (0,157)
Reinterpretação Positiva	3,12	1,45	3,33	1,66	-1,21 (0,226)
Autoculpabilização	2,89	1,39	2,93	1,35	-0,28 (0,783)
Aceitação	3,12	1,35	3,17	1,51	-0,30 (0,766)
Expressão de Sentimentos	2,79	1,38	3,16	1,57	-2,08 (0,040)
Negação	1,25	1,29	1,35	1,35	-0,66 (0,512)
Autodistração	2,60	1,48	2,50	1,60	0,58 (0,564)
Desinvestimento	0,88	1,18	0,84	1,33	0,31 (0,754)
Uso de Substâncias	0,47	1,09	0,39	0,81	0,71 (0,477)
Humor	2,09	1,43	2,07	1,44	0,13 (0,899)
Coping Adaptativo	2,79	0,84	2,83	0,80	-0,40 (0,688)
Coping Não Adaptativo	1,81	0,72	1,86	0,75	-0,56 (0,573)

Quadro 51 - Estilos de coping por situação laboral

Estilos de Coping	Empregado ou Estudante (n=570)			Desempregado (n=26)			Reformado (n=19)			H (p)
	M	Md	MR	M	Md	MR	M	Md	MR	
Coping Ativo	3,74	4,00	307,51	3,65	4,00	291,79	3,95	4,00	345,03	1,13 (0,568)
Planeamento	3,88	4,00	307,76	3,77	4,00	294,90	4,00	4,00	333,13	0,55 (0,758)
Suporte Instrumental	2,20	2,00	309,78	2,38	2,00	319,37	1,58	1,00	239,05	3,20 (0,202)
Suporte Social e Emocional	2,60	2,00	312,36	2,42	2,00	296,87	1,58	2,00	192,34	9,02 (0,011)a
Religião	1,64	1,00	306,18	1,88	2,00	326,15	1,84	2,00	337,74	0,94 (0,625)
Reinterpretação Positiva	3,14	3,00	306,39	3,19	3,00	314,40	3,47	4,00	347,53	1,08 (0,582)
Autoculpabilização	2,90	3,00	309,18	3,12	3,00	332,04	2,37	2,00	239,61	3,52 (0,172)
Aceitação	3,13	3,00	307,69	2,85	2,00	271,52	3,58	4,00	367,16	3,42 (0,181)
Expressão de Sentimentos	2,86	2,00	310,76	2,65	2,00	274,92	2,47	2,00	270,39	2,14 (0,344)
Negação	1,27	1,00	308,04	0,96	0,50	266,71	1,63	2,00	363,45	3,56 (0,169)
Autodistração	2,59	2,00	308,95	2,58	2,00	306,29	2,37	2,00	281,95	0,46 (0,796)
Desinvestimento	0,89	0,00	309,24	0,92	0,00	316,65	0,58	0,00	258,84	1,91 (0,384)
Uso de Substâncias	0,45	0,00	307,20	0,81	0,00	350,19	0,26	0,00	274,24	4,19 (0,123)
Humor	2,08	2,00	307,63	2,50	2,00	354,12	1,68	2,00	256,11	3,73 (0,155)
Coping Adaptativo	2,80	2,75	308,47	2,83	2,75	311,23	2,71	2,50	289,39	0,22 (0,895)
Coping Não Adaptativo	1,83	1,67	310,29	1,84	1,67	309,75	1,61	1,50	237,03	3,15 (0,207)
Coping Total	2,31	2,29	309,29	2,34	2,21	308,33	2,16	2,10	268,79	0,96 (0,620)

a) Teste LSD – Empregado ou estudante >Reformado ($p=0,003$)

Quadro 52 - Estilos de coping mediante existência de patologia grave

Estilos de Coping	Sim (n=118)		Não (n=497)		t(p)
	M	DP	M	DP	
Coping Ativo	3,69	1,29	3,75	1,33	-0,44 (0,660)
Planeamento	3,90	1,36	3,88	1,28	0,16 (0,874)
Suporte Instrumental	2,41	1,54	2,13	1,47	1,79 (0,073)
Suporte Social e Emocional	2,61	1,71	2,55	1,63	0,36 (0,718)
Religião	2,12	1,89	1,54	1,81	3,09 (0,002)
Reinterpretação Positiva	3,02	1,54	3,19	1,46	-1,11 (0,267)
Autoculpabilização	3,28	1,39	2,80	1,37	3,40 (<0,001)
Aceitação	3,09	1,33	3,14	1,39	-0,32 (0,746)
Expressão de Sentimentos	2,95	1,45	2,82	1,40	0,91 (0,361)
Negação	1,47	1,31	1,22	1,29	1,93 (0,054)
Autodistração	2,73	1,47	2,55	1,50	1,16 (0,247)
Desinvestimento	1,24	1,39	0,79	1,13	3,22 (0,002)
Uso de Substâncias	0,64	1,22	0,42	1,00	1,89 (0,061)
Humor	2,29	1,57	2,04	1,39	1,58 (0,115)
Coping Adaptativo	2,89	0,89	2,78	0,82	1,33 (0,186)
Coping Não Adaptativo	2,05	0,72	1,77	0,72	3,89 (<0,001)
Coping Total	2,47	0,53	2,27	0,57	3,47 (<0,001)

Quadro 53 - Estilos de coping mediante recurso, ou não, ao apoio psicológico profissional

Estilos de Coping	Não (n=315)		Sim (n=300)		t (p)
	M	DP	M	DP	
Coping Ativo	3,78	1,36	3,70	1,28	0,73 (0,467)
Planeamento	3,91	1,28	3,85	1,31	-0,65 (0,517)
Suporte Instrumental	1,85	1,35	2,54	1,54	5,90 (<0,001)
Suporte Social e Emocional	2,18	1,52	2,96	1,68	6,08 (<0,001)
Religião	1,51	1,80	1,80	1,87	1,95 (0,051)
Reinterpretação Positiva	3,21	1,43	3,09	1,53	-1,03 (0,304)
Autoculpabilização	2,68	1,27	3,12	1,46	3,93 (<0,001)
Aceitação	3,10	1,40	3,16	1,36	0,59 (0,559)
Expressão de Sentimentos	2,64	1,33	3,06	1,47	3,70 (<0,001)
Negação	1,08	1,12	1,47	1,43	3,72 (<0,001)
Autodistração	2,40	1,44	2,78	1,53	3,17 (0,002)
Desinvestimento	0,70	1,05	1,07	1,31	3,90 (<0,001)
Uso de Substâncias	0,29	0,91	0,64	1,15	4,10 (<0,001)
Humor	2,10	1,37	2,08	1,49	-0,16 (0,872)
Coping Adaptativo	2,71	0,79	2,90	0,88	2,87 (0,004)
Coping Não Adaptativo	1,63	0,63	2,02	0,76	6,89 (<0,001)
Coping Total	2,17	0,52	2,46	0,58	6,58 (<0,001)

Diferenças de stress percebido

Quadro 54 - Diferenças de percepção de stress por idades

	18-25 anos (n=191)		26-32 anos (n=33)		33-40 anos (n=49)		41-50 anos (n=221)		51-60 anos (n=93)		61-70anos (n=20)		>70 anos (n=8)		H (p)
	M	MR	M	MR	M	MR	M	MR	M	MR	M	MR	M	MR	
Stress Percebi	21.9	393.	17.8	298.	18.4	302.	17.7	288.	15.8	230.	13.15	158.4	13.0	166.	84.74 (<0.001)
	4	70	8	47	3	71	9	02	5	01	8	8	0	06	1) a

a) Teste LSD – 18-25 anos >26-32 anos (p=0.002), 33-40 anos (p<0.001), 41-50 anos (p<0.001), 51-60 anos (p<0.001), 61-70 anos (p<0.001) e >70 anos (p<0.001)

Quadro 55 - Tabulação cruzada Intervalo Idade e Nível de stress

Intervalo Idade		Nível de stress						Total	
		Baixo SP		SP moderado		Elevado SP		N	%
		N	%	N	%	N	%		
[18-25]		27	15.7%	101	29.4%	63	63.0%	191	31.1%
[26-32]		6	3.5%	27	7.9%	0	0.0%	33	5.4%
[33-40]		14	8.1%	29	8.5%	6	6.0%	49	8.0%
[41-50]		67	39.0%	130	37.9%	24	24.0%	221	35.9%
[51-60]		39	22.7%	48	14.0%	6	6.0%	93	15.1%
[61-70]		14	8.1%	5	1.5%	1	1.0%	20	3.3%
>70		5	2.9%	3	0.9%	0	0.0%	8	1.3%
Total		172	100.0%	343	100.0%	100	100.0%	615	100.0%

Quadro 56 - Diferenças de stress percebido por escolaridade

Escala PSS	Ensino básico ou menos (n=23)		Ensino Secundário (n=188)		Ensino Superior (n=404)		F (p)
	M	DP	M	DP	M	DP	
Stress Percebido	15,26	6,70	20,39	7,40	17,99	6,28	11,42 (<0,001) a

a) Teste LSD – Ensino Secundário > Ensino Básico ou menos (p<0,001) e Ensino Superior (p<0,001).

Quadro 57 - Diferenças de stress percebido por local de residência

Escala PSS	Cidade (n=527)		Meio rural (n=88)		t (p)
	M	DP	M	DP	
Stress Percebido	18,69	6,75	18,22	6,90	0,61 (0,545)

Quadro 58 - Diferenças de stress percebido por situação laboral

Escala PSS	Empregado ou Estudante (n=570)		Desempregado (n=26)		Reformado (n=19)		F (p)
	M	DP	M	DP	M	DP	
Stress Percebido	18,73	6,72	19,42	6,20	14,00	7,60	4,75 (0,009) a

Quadro 59 - Diferenças de stress percebido mediante existência, ou não, de doença grave ou crônica

Escala PSS	Sim (n=118)		Não (n=497)		t(p)
	M	DP	M	DP	
Stress Percebido	20,86	7,34	18,10	6,52	3,76 (<0,001)

Quadro 60 - Diferenças de stress percebido mediante existência, ou não, de apoio psicológico profissional

Escala PSS	Não (n=315)		Sim (n=300)		t (p)
	M	DP	M	DP	
Stress Percebido	16,92	6,49	20,41	6,60	-6,61 (<0,001)

Diferenças de atitudes por intervalos de idade

Quadro 61 - Diferenças de atitudes por intervalos de idade

	18-25 anos (n=191)		26-32 anos (n=33)		33-40 anos (n=49)		41-50 anos (n=221)		51-60 anos (n=93)		61-70 anos (n=20)		>70 anos (n=8)		H (p)
	M	MR	M	MR	M	MR	M	MR	M	MR	M	MR	M	MR	
Abertura	11,49	307,71	11,15	290,98	12,14	349,48	11,36	299,03	11,52	311,33	11,10	291,30	12,13	381,75	5,20 (0,518)
Valor	11,06	326,88	11,12	335,02	11,55	356,61	10,73	301,13	10,44	278,72	9,75	226,30	8,50	182,44	17,92 (0,006) a
Atitudes	22,55	317,52	22,27	318,48	23,69	357,90	22,09	300,98	21,96	292,12	20,85	244,55	20,63	268,88	8,59 (0,198)

a) Teste LSD – 33-40 anos>41-50 (p=0,045), 51-60 anos (p=0,012), 61-70 anos (p=0,005) e >70 anos (p=0,009).

Diferenças de autoavaliação da saúde mental entre diferentes grupos sociodemográficos e clínicos

Quadro 62 - Diferenças da AASM entre sexos

AASM	Feminino (n=448)						Masculino (n=167)			U (p)	
	Média (M)		Mediana (Md)		Mean Rank (MR)		Média (M)		Mediana (DP)		Mean Rank (MR)
	2,65	3,00	300,91	2,94	3,00	327,02	34232,00 (0,032)				

Quadro 63 - Diferenças de AASM por intervalos de idade

AASM	18-25 anos (n=191)		26-32 anos (n=33)		33-40 anos (n=49)		41-50 anos (n=221)		51-60 anos (n=93)		61-70 anos (n=20)		>70 anos (n=8)		H (p)
	M	MR	M	MR	M	MR	M	MR	M	MR	M	MR	M	MR	
	2,74	271,50	2,94	321,05	2,92	315,99	2,92	316,71	2,99	335,98	3,10	363,25	3,13	372,63	24,93 (<0,001)

a) Teste LSD – Maiores de 70 anos >18-25 anos (p=0,034)

Quadro 64 - Diferenças da AASM por diferentes escolaridades

AASM	Ensino básico ou menos (n=23)			Ensino Secundário (n=188)			Ensino Superior (n=404)			H (p)
	M	Md	MR	M	Md	MR	M	Md	MR	
	2,91	3,00	316,35	2,78	3,00	280,75	2,93	3,00	320,20	

a) Teste LSD – Ensino Superior >Ensino Secundário (p<0,001).

Quadro 65 - Diferenças da AASM por local de residência

AASM	Cidade (n=527)			Meio Rural (n=88)			U (p)
	M	Md	MR	M	Md	MR	
2,88	3,00	307,31	2,91	3,00	312,11	22826,50 (0,756)	

Quadro 66 - Diferenças da AASM por situação profissional/académica

AASM	Empregado ou Estudante (n=570)			Desempregado (n=26)			Reformado (n=19)			H (p)
	M	Md	MR	M	Md	MR	M	Md	MR	
	2,89	3,00	308,59	2,69	3,00	252,60	3,11	3,00	366,03	

a) Teste de LSD – Reformado >Desempregado (p=0,005)

Quadro 67 - Diferenças AASM por Existência de Doença Grave

AASM	Sim (n=118)			Não (n=497)			U (p)
	M	Md	MR	M	Md	MR	
	2,65	3,00	248,71	2,94	3,00	322,08	

Quadro 68 - Diferenças de AASM por Apoio Psicológico Efetivo

AASM	Não (n=315)			Sim (n=300)			U (p)
	M	Md	MR	M	Md	MR	
3,01	3,00	342,28	2,75	3,00	272,01	36452,50 (<0,001)	

Análise de efeitos de mediação

Pretendeu-se analisar o efeito mediador de uma variável na relação entre duas variáveis (uma independente e outra dependente). Para analisar o efeito de mediação optou-se por um método definido por dois passos:

1) Inicialmente, foi realizada uma regressão linear hierárquica para verificar o efeito da variável mediadora no efeito da variável independente na dependente, ou seja, é efetuada um

primeiro modelo apenas com a variável independente e a variável dependente e depois outro modelo com duas variáveis independentes uma das quais a mediadora. Pretende-se neste caso que o efeito da variável dependente diminua do primeiro para o segundo.

2) Foi calculado o efeito indireto e respetiva significância através do intervalo de confiança verificado. Neste caso é considerado significativo o efeito indireto cujos intervalos de significância não contenham o valor 0, com recurso à macro Process do SPSS.

Atitudes na relação entre stress e AASM

Abertura

No Quadro 69 apresentam-se os coeficientes de regressão obtidos nos dois modelos de regressão realizados (o primeiro apenas com a variável independente stress) e o segundo com as variáveis independentes stress e abertura. No primeiro modelo, denota-se que o stress apresenta um efeito significativo na avaliação da saúde mental ($B=-0,043$, $p=0,000$). De igual forma, no segundo modelo, se verifica essa mesma significância sendo igual o efeito obtido ($B=-0,043$, $p=0,000$). Concluiu-se, deste modo, que o efeito do stress não varia estando ou não em conjunto com a variável abertura, uma vez que o coeficiente beta obtido se apresenta semelhante. Tal facto leva a concluir que não deverá existir nenhum efeito mediador da variável abertura na relação entre o stress e a avaliação da saúde mental.

Quadro 69 - RLM: SP e Abertura na AASM

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	p
		B	Erro	Beta		
1	(Constante)	3,686	0,049	-	74,805	0,000
	Stress	-0,043	0,002	-0,573	-17,301	0,000
2	(Constante)	3,763	0,081	-	46,230	0,000
	Stress	-0,043	0,003	-0,568	-17,023	0,000
	Abertura	-0,007	0,006	-0,040	-1,198	0,231

De modo a verificar mais concretamente a significância deste efeito de mediação analisou-se o efeito indireto. Conforme exposto no Quadro 70 verifica-se que a abertura não apresenta um efeito indireto (mediador) na relação entre o stress e a avaliação da saúde mental dado que o valor de 0 se encontra dentro do intervalo de confiança obtido ($B=-0,000$, IC (-0,001, 0,000)).

Quadro 70 - Efeito indireto da abertura na relação entre SP e AASM

Mediador	B	Erro	IC-Lim Inf	IC-Lim Sup
Abertura	-0,000	0,000	-0,001	0,000

Valor

No Quadro 71 apresentam-se os coeficientes de regressão obtidos nos dois modelos de regressão realizados, o primeiro apenas com a variável independente stress e o segundo com as variáveis independentes stress e valor. No primeiro modelo, o stress apresenta um efeito significativo na avaliação da saúde mental ($B=-0,043$, $p=0,000$). Também no segundo modelo se verifica essa mesma significância sendo igual o efeito obtido ($B=-0,043$, $p=0,000$).

Conclui-se deste modo que o efeito do stress não varia estando ou não em conjunto com a variável valor, uma vez que o coeficiente beta obtido se apresenta semelhante. Tal facto, leva a concluir que não deverá existir nenhum efeito mediador do valor na relação entre o stress e a avaliação da saúde mental.

Quadro 71 - RLM na análise do Valor e SP na AASM

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	p
		B	Erro	Beta		
1	(Constante)	3,686	0,049		74,805	0,000
	Stress	-0,043	0,002	-0,573	-17,301	0,000
2	(Constante)	3,776	0,083		45,663	0,000
	Stress	-0,043	0,002	-0,571	-17,238	0,000
	Valor	-0,009	0,006	-0,045	-1,363	0,173

Conforme Quadro 72, verifica-se que o valor não apresenta um efeito indireto (mediador) na relação entre o stress e a avaliação da saúde mental dado que o valor de 0 se encontra dentro do intervalo de confiança obtido ($B=-0,000$, IC (-0,001, 0,000)).

Quadro 72 - Análise de efeito de mediação de Valor entre SP e AASM

Mediador	B	Erro	IC-Lim Inf	IC – Lim Sup
Valor	-0,000	0,000	-0,001	0,000

Anexo 4

Estudo sobre a adaptação da escala de atitudes face à procura de apoio psicológico profissional para a população portuguesa

Resumo

A escala reduzida de atitudes em relação à procura de apoio psicológico profissional na população portuguesa foi estudada, no presente trabalho, para a população portuguesa. A escala *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help– Short Form* (ATSPPH-SF) é amplamente utilizada e citada como medida de atitudes face ao tratamento profissional na saúde mental. Análises fatoriais confirmatórias à versão portuguesa da escala ATSPPH-SF evidenciaram que quer o modelo original, com uma dimensão, quer a estrutura bidimensional, apresentaram valores ajustados. A escala ATSPPH-SF evidenciou adequada fiabilidade fatorial, com o coeficiente de Alfa de Cronbach satisfatórios. Considera-se que o uso da estrutura bifatorial poderá ser relevante para análise distinta de cada fator, ou seja, o Valor e necessidade de procura de tratamento e a Abertura à procura de tratamento para problemas emocionais. Maiores resultados, referentes a atitudes mais favoráveis, foram associados a indivíduos que recorrem a apoio psicológico profissional e do sexo feminino. Dada a sua brevidade, e adequação ao constructo que avalia, considera-se que a ATSPPH-SF poderá ser usada em estudos da população portuguesa.

Palavras-chave: Psicometria; Saúde Mental; Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale – Short Form; Atitudes face à procura de apoio psicológico profissional

Icek Ajzen (1985;1991) desenvolveu a teoria de ação planeada (TAP), visando explicar e prever o funcionamento humano, na qual o fator central é a intenção do indivíduo em realizar o comportamento. As intenções, que captam os fatores motivacionais que influenciam o comportamento efetivo, são indicadores de quanto esforço os indivíduos estão dispostos a despende para realizar o comportamento. Regra geral, quanto maior a intenção de realizar uma determinada ação maior se torna a probabilidade da sua realização concreta. A TAP postula que a intenção poderá vir a ser expressa em ação apenas quando o comportamento em questão está sob o controlo volitivo dos sujeitos, ou seja, a pessoa decide se irá realizar, ou não, essa ação. No entanto, o desempenho depende, pelo menos em algum grau, de fatores não motivacionais, como a disponibilidade de recursos ou oportunidades (e.g. tempo, dinheiro, suporte, etc.), que representam o controlo percebido do comportamento. Desta forma, a TAP postula três determinantes da intenção, conceptualmente independentes. O primeiro corresponde às atitudes face ao comportamento, ou seja, o grau em que a pessoa tem uma avaliação ou apreciação, favorável ou desfavorável, do comportamento em questão. O segundo preditor é o fator social, ou seja, as normas subjetivas referentes à percepção da pressão social face à realização desse comportamento. Por último, o terceiro antecedente da intenção é o grau de controlo percebido, que se refere à maior ou menor facilidade de desempenhar esse comportamento, assumindo que este reflete experiências prévias e antecipação de contingências e dificuldades. Em resumo, quanto mais positivas forem as atitudes e as normas subjetivas e maior o controlo percebido, relativas a uma determinada ação, mais forte é a intenção de realizar a ação em consideração (Ajzen, 1991).

Aplicando a TAP ao contexto de procura de ajuda psicológica profissional pode afirmar-se que as atitudes face a esse objeto específico, em articulação com as normas subjetivas (pressão social de outros significativos) e o controlo comportamental percebido (eficácia e obstáculos percebidos) podem prever a intenção de procura de ajuda, precursora da procura efetiva de apoio psicológico. As atitudes, ou seja, a avaliação subjetiva sobre o ato de procurar ajuda de um profissional de saúde mental têm sido um dos fatores de influência sobre a procura efetiva de apoio psicológico profissionais mais citados; atitudes favoráveis, normas subjetivas favoráveis e maior controle percebido levam à formação da intenção, precursora do comportamento real de procura de ajuda no futuro (Hammer et. al, 2018). Li et al. (2014) estimaram a magnitude da associação entre a intenção de procura de ajuda e uma série de construtos psicossociais, e os resultados evidenciaram as associações a medidas individuais de atitudes de procura de ajuda como as mais significativas. De facto, tem-se assistido a um crescimento do interesse sobre as atitudes das pessoas face à procura de ajuda psicológica. Apesar do aumento da procura de apoio

psicológico profissional, há ainda um número significativo de pessoas que optam por não procurar ajuda para problemas relacionados com saúde mental (Picco et al., 2016). Dada a importância, quer teórica quer em intervenção, a investigação tem sido extensa, nomeadamente a relação das atitudes face à procura de apoio psicológico profissional com outros construtos relacionados (Hammer et al., 2018); por ex., as meta-análises sugerem que as atitudes de procura de ajuda estão relacionadas com: a aculturação/enculturação (Sun et al., 2016); a diferença entre géneros (Nam, 2010); a conformidade com normas masculinas (Levant et al., 2022); benefícios e ameaças antecipados, autoestigma e estigma público de procurar ajuda, autorrevelação, apoio social e depressão (Lannin et al., 2018; Nam et al., 2013; Vogel et al., 2005), a intenção e comportamento (Armitage & Conner, 2001; Sheeran, 2002). A subutilização de serviços profissionais de apoio psicológico tem sido, muitas vezes, relacionada com estigma (Gulliver et al., 2010; Nam et al., 2013; Vogel et al., 2007); relutância com a autorrevelação (Hinson & Swanson, 1993; Vogel & Wester, 2003). Segundo Fishbein e Azjen (2010), um determinado comportamento pode resultar em consequências não antecipadas, positivas ou negativas, e desencadear reações de outros, favoráveis ou desfavoráveis, e revelar fatores facilitadores ou dificuldades inesperadas. É, assim, muito provável que este *feedback* impacte numa mudança de comportamento, das normas subjetivas e/ou perceção de controlo, e subsequentemente afete futuras intenções e ações.

Congruente com este pressuposto, estudos comprovaram que indivíduos com visões negativas sobre a eficácia dos serviços de saúde mental não expressaram intenções de recorrerem a essa ajuda (Angermeyer et al., 1999; Bayer & Peay, 1997) e, por outro lado, outros demonstraram que as pessoas que já tiveram apoio psicológico profissional, em alguma altura das suas vidas, têm atitudes mais positivas face a este recurso (Halgin et al., 1987; Lin & Parikh, 1999).

Com o objetivo de melhor entender as atitudes face ao comportamento de procurar ajuda psicológica profissional e o recurso a serviços de saúde mental, têm sido adotadas e aplicadas várias conceptualizações. Fischer e Turner, em 1970, tiveram como objetivo a construção de uma escala que visasse esclarecer o impacto das atitudes, baseadas nas idiosincrasias individuais, na procura, ou na resistência, de apoio psicológico profissional. Os autores assumiram que as diferenças atitudinais estariam subjacentes à procura efetiva de ajuda, e que, juntamente com outras variáveis, poderiam justificar o porquê de, para alguns indivíduos, o apoio psicológico profissional ser o último recurso, enquanto, para outros, fazer psicoterapia, de forma voluntária e aberta, ser visto como uma oportunidade de apreciáveis mudanças. Apesar das evidências sobre fatores que influenciavam negativamente a procura de apoio psicológico profissional, tais como,

o nível socioeconómico baixo, receio de autorrevelação ou estigma, os autores consideraram que essas variáveis poderiam estar a obscurecer importantes fontes de variação individual, tais como as dimensões de personalidade, interpessoais e sociais que impactassem a decisão de procurar aconselhamento psicológico profissional. A escala *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help* (ATSPPH), composta por 29 itens, apresentou boas propriedades psicométricas. A variação dos resultados obtidos foi parcialmente explicada pelas diferenças de sexo e área de estudo dos universitários (Fischer & Turner, 1970).

Em 1995, Fischer e Farina, desenvolveram uma adaptação da escala ATSPPH com menos itens dos que usados na forma original. O estudo, realizado com amostra de estudantes universitários semelhante à de Fischer e Turner (1970), deu origem a uma escala reduzida a 10 itens, unidimensional: *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help – Short Form*, (ATSPPH-SF). A escala apresentou boas propriedades psicométricas (Fischer & Farina, 1995) e tem sido amplamente usada (Kohls et al., 2016; Seidman et al., 2022; Vogel et al., 2005). Apesar do seu uso, algumas questões a respeito da sua estrutura fatorial emergiram. Elhai et al. (2008) analisaram as propriedades psicométricas da ATSPPH-SF. A análise fatorial exploratória (AFE) evidenciou a existência de dois fatores: Abertura ao tratamento para problemas emocionais e Valor e necessidade na procura de tratamento. A análise fatorial confirmatória (AFC) validou a solução bifatorial. Outros estudos têm-se debruçado sobre a estrutura fatorial da ATSPPH-SF e demonstrado algumas inconsistências (Ang et al., 2007; Efstathiou et al., 2019; Picco et al., 2016; Torres et al., 2021). Não obstante, a escala ATSSPH e a versão reduzida são as medidas mais aceites e utilizadas nas investigações sobre atitudes face à procura de apoio psicológico profissional (Nam et al., 2013).

A escala ATSPPH-SF foi usada anteriormente em estudos com população portuguesa (Conceição et al., 2022; Coppens et al., 2013; Kohls et al., 2016), mas com recurso a uma versão traduzida. Tanto quanto é do nosso conhecimento, não foram efetuadas quaisquer análises psicométricas. O presente trabalho visa contribuir para a adaptação da escala de Fischer e Farina (1995) para a população portuguesa, inspecionando as características psicométricas, da versão portuguesa da ATSPPH-SF.

Método

Participantes

A amostra contou com 615 indivíduos da população geral portuguesa, com média de idades 38,75 ($DP=14,88$). Foram recolhidas as respostas com recurso a plataformas sociais (*Instagram, Facebook, LinkedIn e WhatsApp*) para seleção. A amostra visou ser diversa e

heterogénea no que respeita às habilitações académicas, nível socioeconómico, áreas de formação e profissional e sexo. O Quadro 73 reúne as principais características da amostra.

Quadro 73 - Caracterização da amostra

Característica sociodemográfica	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	448	72,85%
	Masculino	167	27,15%
Intervalo Idade	[18-25]	191	31,06%
	[26-32]	33	5,37%
	[33-40]	49	7,97%
	[41-50]	221	35,93%
	[51-60]	93	15,12%
	[61-70]	20	3,25%
	>70	8	1,30%
Estado civil	Solteiro(a)	186	30,24%
	Numa relação	120	19,51%
	Casado/União de facto	261	42,44%
	Sem relacionamento	43	6,99%
	Viúvo(a)	5	0,81%
Escolaridade concluída	Outro	4	0,65%
	Até ao 6º ano (até ao antigo ciclo preparatório)	5	0,81%
	Até ao 9º ano (até ao antigo 5º liceal)	14	2,28%
	Até ao 12º ano (até ao antigo 7º liceal /ano propedêutico)	188	30,57%
	Bacharelato ou curso técnico superior profissional	30	4,88%
	Licenciatura	245	39,84%
	Mestrado	116	18,86%
Estatuto profissional	Doutoramento	13	2,11%
	Empregado ou Estudante	570	92,68%
	Desempregado	26	4,23%
Local de residência	Reformado	19	3,09%
	Cidade	527	85,69%
Existência de doença grave	Meio rural	88	14,31%
	Sim	118	19,19%
Apoio Psi. Profissional	Não	497	80,81%
	Sim	315	51,22%
Situação socioeconómica	Sim	300	48,78%
	Má	34	5,50%
	Satisfatória	319	51,90%
	Boa	236	38,40%
	Muito boa	26	4,20%

Procedimento

A ATSPPHS-SF (Fischer & Farina, 1995) havia sido já submetida ao processo de tradução para a língua portuguesa europeia e, posteriormente, usada noutros estudos empíricos (Conceição et al., 2022; Coppens et al., 2013). Foi solicitada essa versão aos autores, e devidamente cedida pela Doutora Virgínia Conceição, foi utilizada no presente estudo de adaptação para a população portuguesa.

Material

Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico (idade, sexo, relacionamento, a nacionalidade, o nível de escolaridade e área de formação/profissional); adicionalmente, procederam a uma autoavaliação subjetiva da sua saúde mental (tipo Likert –

excelente, boa, má, péssima) e da situação económica (tipo Likert – muito boa, boa, satisfatória, má e muito má).

À semelhança dos autores da ATSPPHS-SF (Fischer & Farina, 1995), os indivíduos responderam à questão sobre se estavam a ter, ou já tinham tido, acompanhamento psicológico profissional. De seguida, os participantes avaliaram cada um dos 10 itens da ATSPPHS-SF com respostas de tipo Likert, de 4 pontos, e a pontuação geral foi obtida pela soma de cada item, com valores entre 0 e 3, sendo o valor máximo correspondente à posição mais positiva em relação à procura de apoio psicológico profissional. Os itens 2, 4, 8, 9 e 10 são invertidos, dado que pressupõem uma posição anti procura de apoio psicológico profissional, e nos quais a alternativa “discordo” tem a pontuação mais alta. Desta forma, pontuações mais altas devem indicar atitudes mais positivas em relação à busca de ajuda profissional, e a soma total, dos resultados das 10 variáveis, tem um valor pertencente ao [0;30].

Teoricamente, a estrutura fatorial da ATSPPH-SF pode ser constituída por um ou dois fatores. Os 10 itens parecem estar associados a um fator, segundo Fischer e Farina (1995), retirado da escala completa ATSPPH, com 4 fatores, de Fischer e Turner (1970). Elhai et al. (2008) obtiveram dois fatores, que designaram por Abertura à procura de tratamento para problemas emocionais (itens 1, 3, 5, 6, e 7) e Valor e necessidade da procura de tratamento (itens 2, 4, 8, 9 e 10, invertidos antes de somados). O score máximo de cada subescala, valor e abertura, é 15, e resultados mais elevados indicam maior abertura à procura de apoio psicológico profissional e maior valor dado à procura de suporte profissional à saúde mental.

Análise estatística

A análise dos dados foi realizada pelos *softwares* IBM SPSS Statistics® (versão 29) para análise de estatística descritiva, análise de consistência interna e estudo de relação com dados sociodemográficos e com o IBM SPSS AMOS® (versão 29) para a análise fatorial confirmatória (AFC). A AFC foi usada para testar a validade da estrutura uni-fatorial, proposta pelos autores Fischer e Farina (1995) e a estrutura de dois fatores, proposta por Elhai et al. (2008) e previamente usada em estudos com amostras portuguesas (Conceição et al., 2022; Coppens et al., 2013; Kohls et al., 2016). Dada a dimensão da amostra, aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o teorema do limite central, o qual garante que para amostras de dimensão superior a $n > 30$ a média tem distribuição normal, mesmo que a variável não tenha distribuição normal (Marôco, 2018).

Nas AFC foram analisados os seguintes índices qualidade do ajustamento do modelo: GFI (*Goodness of fit index*), RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), χ^2/gl (ratio

do qui-quadrado e os graus de liberdade) e o CFI (*Comparative Fit Index*). O ajuste dos modelos foi considerado bom se $\chi^2/g.l. \leq 5$, $RMSEA \leq 0,08$, GFI , CFI e $NFI \geq 0,9$ (Marôco, 2021). A consistência interna foi analisada pelo α de Cronbach.

Resultados

Os itens apresentaram valores de assimetria e curtose que não indicaram violação severa à distribuição normal, conforme Quadro 74, (Marôco, 2018; 2021). Todas as opções de resposta, em cada item, foram preenchidas revelando uma boa sensibilidade dos itens, conforme análise descritiva patente no Anexo 2. A amostra global apresentou resultados com $M=22,29$ ($DP=4,79$).

Quadro 74 - Análise descritiva dos itens da ATSPPH-SF

Itens da ATSPPH-SF	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
1	0	3	2,38	0,805	-1,199	0,763
2	0	3	2,58	0,778	-1,903	2,851
3	0	3	2,47	0,717	-1,256	1,061
4	0	3	1,37	0,921	0,282	-0,732
5	0	3	2,42	0,748	-1,261	1,265
6	0	3	2,29	0,840	-1,094	0,562
7	0	3	1,90	0,880	-0,411	-0,571
8	0	3	1,93	0,956	-0,429	-0,860
9	0	3	2,37	0,824	-1,048	0,092
10	0	3	2,57	0,671	-1,450	1,383

Análise fatorial confirmatória à escala unifatorial

Na Figura 6 está exposta a solução fatorial da escala de atitudes definida para apenas um fator, conforme a encontrada pelos autores Fischer e Farina (1995). Os índices de ajustamento obtidos ($\chi^2/g.l.=6,18$, $RMSEA=0,09$, $GFI=0,93$, $CFI=0,86$) não se apresentaram adequados pelo que se procederam a modificações no modelo.

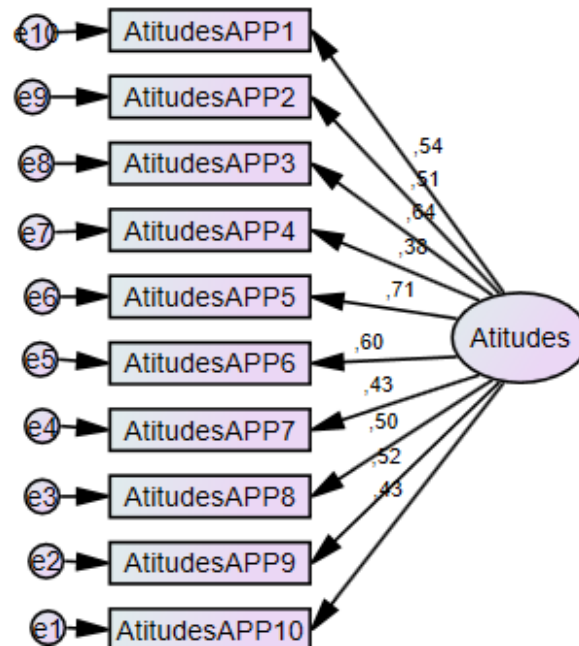


Figura 6 - AFC à ATSPPH-SF unidimensional

Na Figura 7 apresenta-se a solução unifatorial corrigida, mediante a correlação entre os erros 6 e 7, e considerada válida de acordo com os corretos índices de ajustamento obtidos ($\chi^2/g1=4,62$, $RMSEA=0,08$, $GFI=0,95$, $CFI=0,90$).

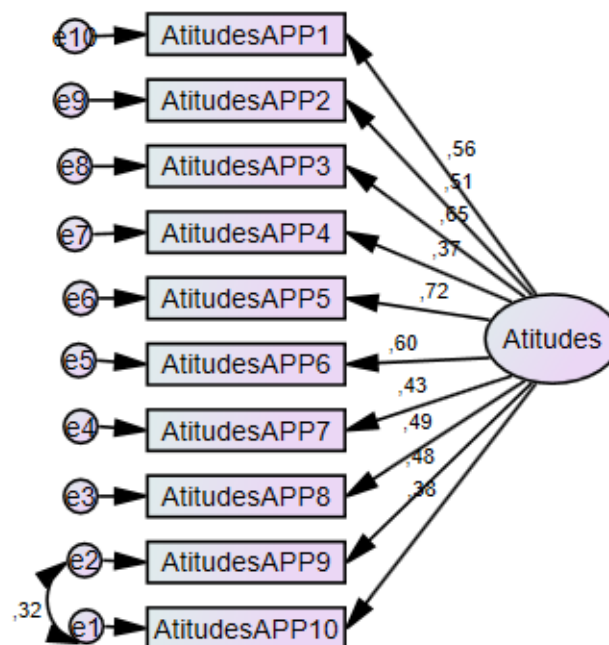


Figura 7 - AFC do modelo unifatorial da ATSPPH-SF com ajustamento do modelo

O valor de alfa de Cronbach obtido foi de $\alpha=0,79$, o que permite constatar que esta escala apresenta uma adequada consistência interna e como tal uma adequada fiabilidade fatorial.

Análise fatorial confirmatória à escala com duas dimensões

A Figura 8 mostra o modelo bidimensional da escala ATSPPH-SF, conforme solução apresentada por Elhai et al. (2008), com os fatores de Valor e Abertura. De acordo com os índices de ajustamento obtidos ($\chi^2/df=5,04$, $RMSEA=0,08$, $GFI=0,94$, $CFI=0,89$) este modelo inicial não se pode considerar.

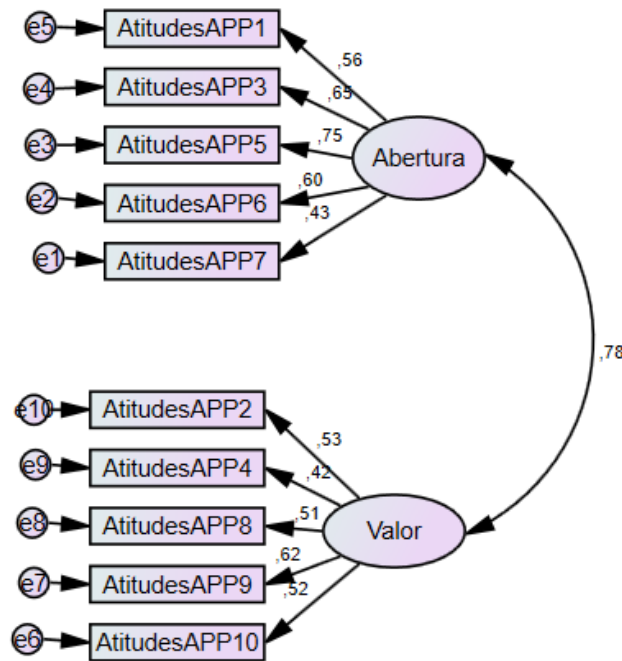


Figura 8 - AFC à escala ATSPPH-SF bidimensional

A Figura 9 demonstra uma solução bifatorial validada, após a correlação entre resíduos 6 e 7 dos itens, conforme se pode observar pelos índices de ajustamento obtidos: $\chi^2/df=4,18$, $RMSEA=0,07$, $GFI=0,95$, $CFI=0,91$.

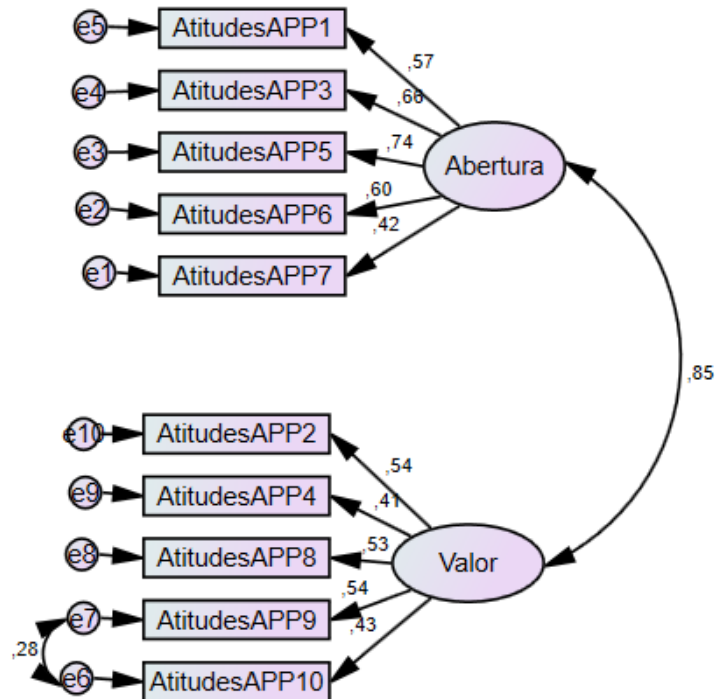


Figura 9 - AFC ajustada à solução bidimensional da ATSPPH-SF

Os fatores em estudo, Abertura e Valor, apresentam uma adequada consistência interna e como consequência uma adequada fiabilidade, dados os valores de α , conforme Quadro 75 - Análise da consistência interna às duas dimensões da ATSPPHS-SF.

Quadro 75 - Análise da consistência interna às duas dimensões da ATSPPHS-SF

Dimensões	Alfa de Cronbach
Abertura	0,72
Valor	0,63

Observando o Quadro 76 pode verificar-se que os valores são elevados para a amostra em estudo.

Quadro 76 - Análise descritiva da ATSPPHS-SF

Escalas (ATSPPH-SF)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Mínimo (MIN)	Máximo (Max)
Abertura	11,48	2,76	0,00	15,00
Valor	10,81	2,66	1,00	15,00
Total	22,29	4,79	2,00	30,00

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos, em quaisquer das dimensões de atitudes analisadas ($F(2, 612) = 32,41, p < 0,001$). Os resultados indicaram que as mulheres têm significativamente as pontuações mais elevadas nas dimensões de abertura e de valor, tal como no total das atitudes ($p < 0,001$), conforme Quadro 77.

Quadro 77 - Diferenças de atitudes entre sexos

ATSPPH-SF	Feminino		Masculino		Sig
	M	DP	M	DP	
Abertura	11,98	2,36	10,13	3,26	0,001***
Valor	11,20	2,41	9,79	3,01	0,001***
Atitudes total	23,18	4,08	19,92	5,71	0,001***

M – Média; DP – Desvio padrão; *** $p < 0,001$

Quanto à relação entre a idade e as atitudes apenas a dimensão valor se apresenta como estatisticamente significativa, conforme Quadro 78 ($r=-0,122$; $p=0,003$), cujo coeficiente negativo permite evidenciar que são os mais novos que dão maior valor à procura de apoio psicológico profissional.

Quadro 78 - Correlação entre a idade e as atitudes

			Abertura	Valor	Atitudes	Idade
Correlação de Pearson	Abertura AP	Coefficiente de Correlação	--			
		Sig. (2 extremidades)				
	Valor AP	Coefficiente de Correlação	,569**	--		
		Sig. (2 extremidades)	0,000			
	Atitudes	Coefficiente de Correlação	,890**	,881**	--	
		Sig. (2 extremidades)	0,000	0,000		
Idade	Coefficiente de Correlação	0,001	-,122**	-0,067	--	
	Sig. (2 extremidades)	0,978	0,003	0,098		

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre a área de formação e profissional e as dimensões das atitudes, ($F(6, 1220) = 6,08$, $p < 0,001$). Em quaisquer das dimensões de atitudes analisadas, os indivíduos com formação nas áreas de psicologia e ciências sociais obtêm valores significativamente mais elevados do que os que frequentam cursos na área da saúde/ tecnologias ou outras áreas, Quadro 79.

Quadro 79 - Diferenças entre áreas de formação e Atitudes

ATSPPH-SF	Psicologia/Ciências Sociais		Gestão		Saúde e Tecnologias		Outras		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Abertura	12,12	2,21	11,39	2,88	10,68	2,84	11,52	2,95	0,001***
Valor	11,50	2,39	11,02	2,69	10,41	2,76	10,39	2,68	0,001***
Total Atitudes	23,61	3,90	22,41	5,07	21,09	5,06	21,91	4,96	0,001***

M – Média DP – Desvio padrão; $p < 0,001$

Não foram encontradas diferenças de atitudes, estatisticamente significativas, entre o local de residência. Residir em cidade ou meio rural não faz variar significativamente para as atitudes em geral ($t=1,70$, $p=0,090$), assim como para as suas dimensões abertura ($t=1,71$, $p=0,088$) e valor ($t=1,29$, $p=0,197$).

Verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas em função da situação profissional ao nível das dimensões abertura ($F=0,90$, $p=0,408$), valor ($F=2,32$, $p=0,100$) e atitudes em geral ($F=1,04$, $p=0,353$).

O facto de ter, ou não, apoio psicológico efetivo faz diferir significativamente nos resultados das atitudes ($F(2, 612) = 39,93, p < 0,001$). Os resultados obtidos nas dimensões Abertura e Valor, e no total das atitudes foram significativamente mais elevadas nos sujeitos que têm apoio psicológico ($p < 0,001$), conforme patente no Quadro 80.

Quadro 80 - Diferenças de atitudes nos participantes com e sem apoio psicológico efetivo

ATSPPH-SF	Apoio psicológico profissional efetivo					
	Não		Sim		Sig	
	M	DP	M	DP		
Abertura	10,67	2,85	12,32	2,39	0,001***	
Valor	10,03	2,68	11,64	2,38	0,001***	
Atitudes total	20,70	4,77	23,96	4,23	0,001***	

M – Média DP – Desvio padrão; *** $p < 0,001$

Discussão

O constructo de atitude, identificado pelos 10 itens, define a disponibilidade para a procura de apoio psicológico profissional. Em termos de características da escala, os resultados das análises fatoriais confirmatórias comprovaram que a versão portuguesa, em estudo, se pode igualar à versão original de Fischer e Farina (1995), numa estrutura unifatorial. Não obstante, os resultados sugerem que também poderá ser usada com a estrutura de dois fatores obtida por Elhai et al. (2008) e já utilizada em estudos prévios, com população portuguesa. Este último modelo considera um fator referente à abertura à procura de apoio psicológico para resolução de problemas emocionais próprios, e um segundo fator, mais geral, que envolve as perceções sobre o valor do tratamento psicológico profissional.

A estrutura bidimensional poderá ser importante para estudos de investigação na medida em que a distinção entre os fatores implícitos pode fornecer uma maior compreensão de determinantes atitudinais e correlatos sociodemográficos. Assim, apesar de ambas as estruturas apresentarem resultados válidos, do ponto de vista psicométrico, poder-se-á usar a estrutura bidimensional, sempre que acarretar benefício para a investigação onde se pretender usar a escala.

À semelhança dos estudos anteriores foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nomeadamente sexo, área de estudos e apoio psicológico profissional efetivo. Não foram, no entanto, encontradas correlações significativas com a idade, exceto para a dimensão do valor.

Os resultados evidenciaram que as mulheres têm atitudes mais favoráveis que os homens, tal como resultados de outros estudos (Conceição et al., 2022; Efstathiou et al., 2019; Elhai et al., 2008; Fischer & Farina, 1995; Fischer & Turner, 1970 (Nam et al., 2010)). A maior favorabilidade face à procura de apoio psicológico em sujeitos das áreas de formação na psicologia e ciências sociais, face a outras, vão no sentido do estudo original de Fischer e Turner (1970), tal como Alluhaibi e Awadalla (2022).

Os indivíduos que têm ou tiveram apoio psicológico profissional apresentaram maiores resultados, i.e., com atitudes mais favoráveis, tal como os encontrados originalmente por Fischer e Turner (1970), no estudo de validação de Elhai et al. (2008) ou, recentemente, em Portugal por Conceição et al. (2022), sugerindo que o contacto com recurso profissional tem efeito numa mudança atitudinal positiva, o que poderá levar à procura efetiva de apoio psicológico, numa situação de crise na saúde mental.

O presente estudo contou com um número de participantes adequado, mas deve ressaltar-se o facto de se tratar de uma amostra composta, na sua maioria, por indivíduos com elevadas habilitações académicas (65% dos participantes com ensino superior), residentes em meio urbano,

e com autoavaliação da saúde mental favorável (75,3%). Apesar desta limitação da amostra face à sua heterogeneidade, julga-se que o presente estudo contribuiu, com informação psicométrica relevante, para a validação da adaptação da escala à população adulta portuguesa. Considera-se o seu uso na população geral adequado dado, não só, ter confirmado as principais propriedades psicométricas da escala original de Fischer e Farina (1995) e a sua validação mais recente desenvolvida por Elhai et al. (2008), como pelos resultados estarem congruentes com os resultados da investigação científica.

A miríade de estudos sobre a relação entre atitudes e comportamento, não deve conduzir à assunção de que os resultados obtidos por esta medida, ou mesmo da versão longa de Fischer e Turner, de 1970, traduzam a procura efetiva de tratamento psicológico profissional. A relação entre esta medida e o comportamento post-atitudinal tem sido tópico de vários estudos e deverá continuar a ser sistematicamente investigado.

Dada a sua brevidade e adequação ao constructo que avalia a ATSPPH-SF é uma escala com elevado interesse para a investigação, numa área sensível como a de procura de apoio psicológico profissional. Ressalva-se que a escala foi desenvolvida e é adequada para a investigação, não devendo ser usada com propósitos clínicos (por exemplo, como triagem de pacientes para seriar aqueles mais adequados e motivados a uma determinada intervenção psicoterapêutica), a menos que façam parte de um delineamento experimental.

Referências

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Alluhaibi, B. A., & Awadalla, A. W. (2022). Attitudes and stigma toward seeking psychological help among Saudi Adults. *BMC Psychology*, 216, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00923-4>
- Ang, R. P., Lau, S., Tan, A.-G., & Lim, K. M. (2007). Refining the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale: Factorial invariance across two Asian samples. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 40(3), 130-141. <https://doi.org/10.1080/07481756.2007.11909810>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Riedel-Heller, S. G. (1999). Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(4), 202–210. <https://doi.org/10.1007/s001270050134>
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 471–499. <http://dx.doi.org/10.1348/014466601164939>
- Bayer, J. K., & Peay, M. Y. (1997). Predicting intentions to seek help from professional mental health services. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 31(4), 504–513. <https://doi.org/10.3109/00048679709065072>
- Conceição, V., Rothes, I., & Gusmão, R. (2022). The association between stigmatizing attitudes towards depression and help seeking attitudes in college students. *PLoS ONE*, 17(2), p. e0263622. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263622>
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., Koburger, N., Gottlebe, K., Gusmão, R., O'Connor, R., Postuvan, V., Sarchiapone, M., Sisask, M., Székely, A., van der Feltz-Cornelis, C., & Hegerl, U. (2013). Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *Journal of affective disorders*, 150(2), 320–329. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.013>
- Efstathiou, G., Kouvaraki, E., Ploubidis, G., & Kalantzi-Azizi, A. (2019). Self-Stigma, Public-Stigma and Attitudes towards Professional Psychological Help: Psychometric Properties of the Greek Version of Three Relevant Questionnaires. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 41, 175–186. <https://doi.org/10.1007/s10447-018-9364-9>

- Elhai, J. D., Schweinle, W., & Anderson, S. M. (2008). Reliability and validity of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form. *Psychiatry research*, *159*(3), 320–329. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.04.020>
- Fischer, E. H., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, *36*(4), 368–373.
- Fischer, E. H., & Turner, J. L. (1970). Orientations to seeking professional help: development and research utility of an attitude scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, *35*(1), 79–90. <https://doi.org/10.1037/h0029636>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Psychology Press.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, *10*, 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Brewer, J. L. (2012). A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC psychiatry*, *12*, 81. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-81>
- Halgin, R. P., Weaver, D. D., Edell, W. S., & Spencer, P. G. (1987). Relation of depression and help-seeking history to attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, *34*(2), 177–185. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.34.2.177>
- Hammer, J. H., Parent, M. C., & Spiker, D. A. (2018). Mental Help Seeking Attitudes Scale (MHSAS): Development, reliability, validity, and comparison with the ATSPPH-SF and IASMHS-PO. *Journal of counseling psychology*, *65*(1), 74–85. <https://doi.org/10.1037/cou0000248>
- Hinson, J. A., & Swanson, J. L. (1993). Willingness to seek help as a function of self-disclosure and problem severity. *Journal of Counseling & Development*, *71*(4), 465–470. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1993.tb02666.x>
- Kohls, E., Coppens, E., Hug, J., Wittevrongel, E., Van Audenhove, C., Koburger, N., Arensman, E., Székely, A., Gusmão, R., & Hegerl, U. (2017). Public attitudes toward depression and help-seeking: Impact of the OSPI-Europe depression awareness campaign in four European regions. *Journal of affective disorders*, *217*, 252–259. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.006>

- Lannin, D. G., Vogel, D. L., Guyll, M., & Seidman, A. J. (2018). Reducing Threat Responses to Help-Seeking Information: Influences of Self-Affirmations and Reassuring Information. *Journal of Counseling Psychology*, 66(3), 375–383. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000313>
- Li, W., Dorstyn, D. S., & Denson, L. A. (2014). Psychosocial correlates of college students' help-seeking intention: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 163–170. <https://doi.org/10.1037/a0037118>
- Lima, M., & Correia, I. (2017). Atitudes: medida, estrutura e funções. Em J. Vala, & M. Monteiro, *Psicologia Social* (10ª ed., pp. 201-243). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lin, E., & Parikh, S. V. (1999). Sociodemographic, clinical, and attitudinal characteristics of the untreated depressed in Ontario. *Journal of affective disorders*, 53(2), 153–162. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(98\)00116-5](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(98)00116-5)
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7ª ed.). ReportNumber.
- Marôco, J. (2021). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, Software & Aplicações* (3ª ed.). Report Number.
- Nam, S. K., Choi, S. I., Lee, J. H., Lee, M. K., Kim, A. R., & Lee, S. M. (2010). A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of American College*, 59(2) 110–116. <http://dx.doi.org/10.1080/07448481.2010.483714>
- Nam, S. K., Choi, S. I., Lee, J. H., Lee, M. K., Kim, A. R., & Lee, S. M. (2013). Psychological factors in college students' attitudes toward seeking professional psychological help: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(1) 37-45. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029562>
- Picco, L., Abidin, E., Chong, S. A., Pang, S., Shafie, S., Chua, B. Y., Vaingankar, J. A., Ong, L. P., Tay, J., & Subramaniam, M. (2016). Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: Factor Structure and Socio-Demographic Predictors. *Frontiers in psychology*, 7, 547. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00547>
- Sheeran, P. (2002). Intention—Behavior Relations: A Conceptual and Empirical Review. *European Review of Social Psychology*, 12(1), 1-36. <http://dx.doi.org/10.1080/14792772143000003>
- Sun, S., Hoyt, W. T., Brockberg, D., Lam, J., & Tiwari, D. (2016). Acculturation and enculturation as predictors of psychological help-seeking attitudes (HSAs) among racial

- and ethnic minorities: A meta-analytic investigation. *Journal of Counseling Psychology*, 63(6),617– 632. <https://doi.org/10.1037/cou0000172>
- Torres, L., Magnus, B., & Najjar, N. (2021). Assessing the Psychometric Proprieties of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale–Short Form (ATSPPH-SF) Among Latino Adults. *Assessment*, 28(1), 211-224. <https://doi.org/10.1177/1073191119899470>
- Vogel, D. L., & Wei, M. (2005). Adult attachment and help-seeking intent: The mediating roles of psychological distress and perceived social support. *Journal of Counseling Psychology*, 347–357. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.347>
- Vogel, D. L., & Wester, S. R. (2003). To Seek Help or Not to Seek Help: The Risks of Self-Disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 50(3), 351-361. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.3.351>
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the intentions to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40–50. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40>
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Wei, M., & Boysen, G. A. (2005). The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 459-470. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.459>