



RELIGIOSIDADE E ATITUDES DE PROCURA DE AJUDA  
PSICOLÓGICA EM PORTUGAL

SANÁH AQUIL SULEMAN

Orientadora de Dissertação

PROFESSORA DOUTORA DIANA FRASQUILHO

Coordenadora do Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA DIANA FRASQUILHO

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

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Lisboa

ANO 2023/2024

Dissertação de Mestrado realizada  
sob a orientação de Professora  
Doutora Diana Frasilho,  
apresentada no Ispa – Instituto  
Universitário para obtenção de grau  
de Mestre na especialidade de  
Psicologia Clínica

## **Agradecimentos**

O meu agradecimento à Professora Doutora Diana Frasilho, sem a qual este trabalho não teria sido possível. Obrigada pela exigência, pela motivação, pelas palavras de conforto, por me inspirar a estudar aquilo que é importante para mim e para as pessoas que me rodeiam.

Um grande agradecimento aos meus colegas do seminário de tese. Fico contente em ter feito esta viagem a vosso lado. Um especial agradecimento à Diana, por todo o apoio.

Gostaria também de agradecer a todos os meus amigos ispanos, que muito me apoiaram na realização deste trabalho e me proporcionaram momentos de risos e gargalhas quando mais precisava. Um grande agradecimento aos Banzai, que foram a minha família no ISPA. Pelos momentos que levo para a vida. Não poderia ter pedido amigos melhores.

Obrigada também à Daniela, à Bárbara, à Beatriz F., Yamina, Filipa e Raquel por fazerem parte da minha vida e serem as pessoas que são.

Obrigada ao meu pai, à minha mãe, à Hania e ao Atiq, por todo o apoio, confiança, compreensão, risos, noitadas e aventuras. Obrigada por acreditarem em mim, por estarem ao meu lado, por serem a minha família. Não vos trocava por nada neste mundo.

Obrigada à minha comunidade religiosa. Obrigada por me providenciarem um local seguro onde pude crescer, pelos valores que me transmitiram e pela pessoa em que me ajudaram a tornar. Obrigada por participarem neste estudo.

Obrigada a todas as comunidades religiosas com que tive o prazer de contactar e conhecer. A todos os que participaram. A todos os que partilharam. A todos os que se sentiram vistos. A todos os que me deram palavras de força e motivação.

Obrigada a todas as pessoas que fizeram parte do meu percurso académico. A todos os professores que já tive e que tiveram um grande contributo na minha educação e na pessoa que sou hoje. Um especial agradecimento ao professor Fernando Fernandes, sem o qual o meu percurso académico não teria sido o mesmo. Um grande agradecimento a todos os professores do ISPA, com destaque para os Professores João Marôco e António Pazo Pires, cujos ensinamentos tiveram um grande papel na realização deste trabalho.

Obrigada ao ISPA. Palavras não chegam para expressar a gratidão e carinho que sinto por esta casa. Passei aqui alguns dos melhores anos da minha vida. Obrigada por tudo o que me deste e por tudo o que levo daqui.

Obrigada a Portugal. Obrigada por seres o país onde nasci e cresci. Obrigada pelo acolhimento, pela segurança, pelas memórias. Obrigada pelo respeito, pela aceitação. Obrigada por fazeres parte de mim e de quem sou. Obrigada por seres a minha casa.

Obrigada.

## Resumo

**Enquadramento** — Os serviços de saúde mental (SSM) são internacionalmente subutilizados por pessoas religiosas. Porém, pouco se sabe sobre como estas perspetivam os SSM em Portugal, um país fortemente Católico e cada vez mais religiosamente diverso.

**Objetivos** — Estudar a relação entre: religiosidade e atitudes de procura de ajuda psicológica; características sociodemográficas e atitudes; religiosidade e barreiras ao acesso a SSM.

**Método** — A amostra foi de conveniência e constituída por 310 residentes portugueses adultos (78.7% afiliados a religiões, 74.8% mulheres, 23.5% imigrantes). A recolha de dados foi feita através do *Google Forms*, com os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico; *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire – Brief Version* (SCSRFQ-BR); *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help-Short Form* (ATSPPH-SF); e um questionário adaptado de barreiras ao acesso a SSM.

**Resultados** — Foi encontrada uma correlação negativa significativa entre religiosidade e atitudes de procura de ajuda, mesmo quando controlada por diferentes características sociodemográficas. Todavia, perdeu significância perante a afiliação religiosa e tempo de residência. As principais barreiras evocadas relacionaram-se com receio de incompatibilidade entre valores religiosos/espirituais (R/E) e os tratamentos disponíveis, e preocupação sobre como as suas crenças R/E seriam recebidas nos SSM.

**Conclusões** — Pessoas religiosas perspetivam os SSM de forma mais negativa e experienciam preocupações e receios particulares em procurar ajuda profissional. É necessário que os profissionais de SM desenvolvam competências R/E para dar resposta às necessidades desta população, e que se estabeleçam maiores pontes de comunicação entre ambas. Investigações futuras poderão aprofundar o estudo das barreiras específicas experienciadas por diferentes comunidades religiosas e étnicas.

**Palavras-chave:** Religião; Religiosidade; Atitudes de procura de ajuda; Barreiras ao acesso a cuidados; Serviços de saúde mental.

## Abstract

**Background** — Mental health care services (MHCS) are internationally underutilized by religious people. However, little is known about how these people perceive MHCS in Portugal, a country with a strong Catholic tradition and increasing religious diversity.

**Aims** — To study the relationship between: religiosity and help-seeking attitudes (HSA); sociodemographic characteristics and HSA; religiosity and barriers to access to mental health care.

**Method** — A convenience sample was used, made up of 310 adult participants residing in Portugal (78.7% affiliated to religions, 74.8% women, 23.5% immigrants). The data collection was done online through the Google Forms platform, using the following instruments: sociodemographic questionnaire; Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire – Brief Version (SCSRFQ-BR); Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help-Short Form (ATSPPH-SF); and an adapted questionnaire of barriers to access to care.

**Results** — Religiosity and HSA were negatively and significantly correlated, even when controlled for different sociodemographic variables. However, the correlation lost significance in the presence of religious affiliation and time of residence in Portugal. The main barriers to access evoked were fear of incompatibility between religious/spiritual (R/E) values and the treatments available, and concerns about how their R/E beliefs would be received by MHCS.

**Conclusions** — Religious people perceive MHCS more negatively and experience particular concerns and fears in seeking professional help. Mental health professionals must develop R/E skills to better respond to these people's needs. A more open communication and interaction between both parties is also needed. Future studies may deepen the understanding of specific barriers experienced by different religious and ethnic communities.

**Keywords:** Religion; Religiosity; Help-seeking attitudes; Barriers to access to care; Mental health care services.

## Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Enquadramento Teórico.....</b>	<b>3</b>
A Religião em Portugal.....	3
Religião, Religiosidade e Espiritualidade — Qual a diferença?.....	4
Teoria da Ação Planeada — Atitudes, Religiosidade e Barreiras.....	5
A Relação entre Psicoterapia e Religião ao longo dos Tempos.....	7
Religião e Atitudes de Procura de Ajuda Psicológica .....	12
Investigação sobre Religião e SSM em Portugal.....	14
Objetivos do Presente Estudo .....	16
<b>Métodos de Investigação.....</b>	<b>17</b>
Participantes.....	17
Tipo de estudo.....	17
Variáveis em estudo e Instrumentos Utilizados.....	17
<i>Características Sociodemográficas.....</i>	<i>17</i>
<i>Religiosidade .....</i>	<i>18</i>
<i>Atitudes de Procura de Ajuda Psicológica Profissional .....</i>	<i>19</i>
<i>Barreiras Religiosas/Espirituais ao Acesso a Cuidados de SM.....</i>	<i>20</i>
Procedimentos.....	22
Análise de Dados .....	24
<b>Resultados .....</b>	<b>27</b>
Análise da Amostra de Participantes .....	27
Objetivo 1 — Relação entre Características da Amostra e Atitudes de Procura de Ajuda Psicológica .....	30
Objetivo 2 — Relação entre Religiosidade e Atitudes de Procura de Ajuda Psicológica .....	35
<i>Análise de possíveis Variáveis de Confundimento na relação entre Religiosidade e Atitudes de Procura de Ajuda Psicológica .....</i>	<i>36</i>

Objetivo 3 — Relação entre Religiosidade e Barreiras Religiosas ao Acesso a SSM.....	39
<b>Discussão .....</b>	<b>43</b>
Religiosidade e Atitudes de Procura de Ajuda .....	43
Religião e Atitudes de Procura de Ajuda.....	44
Cultura e Atitudes de Procura de Ajuda .....	47
Outras Características Sociodemográficas e Atitudes de Procura de Ajuda.....	49
Religiosidade e Barreiras ao Acesso a Cuidados de SM .....	50
Limitações.....	53
Pontos fortes.....	55
Implicações do Estudo.....	56
Estudos Futuros.....	58
<b>Conclusão .....</b>	<b>59</b>
<b>Referências.....</b>	<b>61</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>77</b>
Anexo A – Questionário Sociodemográfico.....	77
Anexo B – Versão portuguesa do Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire – Brief Version (SCSRFQ-BR).....	85
Anexo C – Versão portuguesa do Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help-Short Form (ATSPPH-SF) .....	86
Anexo D – Questionário (adaptado) de Barreiras Religiosas/Espirituais ao Acesso a Cuidados de Saúde Mental .....	87
Anexo E – Consentimento Informado .....	95
Anexo F – Secção de Resposta Aberta (opcional).....	97
Anexo G – Página de fecho .....	98
Anexo H – Testes à Normalidade (Religiosidade e Atitudes) .....	99
Anexo I – Análises Descritivas (Idade, Estatuto Socioeconómico, Tempo de Residência em Portugal, Barreiras).....	100

Anexo J – Análises *Post-Hoc*: Testes de Tukey (Estado Civil, Estatuto Ocupacional, Origem Étnica, Afiliação Religiosa).....106

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> – Consistência interna dos instrumentos por $\alpha$ de Cronbach.....	22
<b>Tabela 2</b> – Caracterização da Amostra.....	28
<b>Tabela 3</b> – Testes T-Student das Características Sociodemográficas com as Atitudes de Procura de SSM.....	31
<b>Tabela 4</b> – ANOVA das Características Sociodemográficas com as Atitudes de Procura de SSM.....	32
<b>Tabela 5</b> – Características Sociodemográficas e Atitudes de Procura de SSM: Teste à Significância dos Coeficientes de Correlação de Pearson.....	34
<b>Tabela 6</b> – Satisfação com SSM e Atitudes de Procura de SSM: Teste à Significância do Coeficiente de Correlação de Spearman.....	34
<b>Tabela 7</b> – Religiosidade e Atitudes de Procura de SSM: Testes à Significância dos Coeficientes de Correlação de Pearson.....	35
<b>Tabela 8</b> – Modelos de Regressão Linear para Religiosidade e Atitudes de Procura de SSM, ajustados para as Características Sociodemográficas relevantes.....	37
<b>Tabela 9</b> – Testes à Significância dos Coeficientes de Correlação de Spearman entre Barreiras ao Acesso aos SSM e Religiosidade.....	40
<b>Tabela H</b> – Testes à Normalidade para as Variáveis Religiosidade e Atitudes de Procura de Ajuda Psicológica Profissiona.....	100
<b>Tabela I.1</b> – Idade: Frequência das Faixas Etárias.....	101
<b>Tabela I.2</b> – Frequência dos graus do Estatuto Socioeconómico.....	101
<b>Tabela I.3</b> – Tempo de Residência em Portugal para os participantes Imigrantes.....	102
<b>Tabela I.4</b> – Estatísticas descritivas dos itens do Questionário de Barreiras R/E ao Acesso a Cuidados de Saúde Mental.....	102
<b>Tabela J.1</b> – Teste de Tukey: Estado Civil.....	107
<b>Tabela J.2</b> – Teste de Tukey: Estatuto Ocupacional.....	107

<b>Tabela J.3</b> – Teste de Tukey: Origem Étnica.....	108
<b>Tabela J.4</b> – Teste de Tukey: Afiliação Religiosa.....	109

### **Lista de Figuras**

<b>Figura 1</b> – Relação entre Variáveis em Estudo e Teoria da Ação Planeada (esquema adaptado de Ajzen, 1991).....	6
<b>Figura 2</b> – Variáveis e Relações em Estudo.....	7

### **Lista de Abreviaturas**

- ATSPPH: Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help*
- ATSPPH-SF: Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help-Short Form*
- BACE-3: Barriers to Access to Care Evaluation*
- R/E: Religião/Espiritualidade (ou Religioso/Espiritual)
- SCSRFQ: Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire*
- SCSRFQ-BR: Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire – Brief Version*
- SM: Saúde Mental
- SSM: Serviços de Saúde Mental
- TAP: Teoria da Ação Planeada

## Introdução

A história da religião e psicoterapia mostra-nos que a relação entre estas nem sempre foi positiva. Pelo contrário, desde o nascimento da psicoterapia com Freud e o desenvolvimento posterior de outras abordagens psicoterapêuticas, a religião foi durante muito tempo considerada, em si, um indicador de psicopatologia, uma obstrução ao desenvolvimento pessoal, algo que deveria ser ultrapassado, ou então, na melhor das hipóteses, excluído do contexto psicoterapêutico por não ser do âmbito da psicologia científica (Ellis, 1971; Freud, 1961; Skinner, 1971). Da mesma forma, diferentes comunidades religiosas ao longo do tempo têm-se oposto à procura de ajuda psicológica formal, considerando-a uma ameaça à preservação da sua religiosidade — uma abordagem secular que é incompatível com os valores religiosos (Ahmad et al., 2023; Loewenthal, 2006; Papaleontiou-Louca, 2021).

Atualmente, no entanto, como resultado da vasta investigação que evidencia uma relação positiva entre religião e saúde mental (e.g. Cunha & Scorsolini-Comin, 2019; Koenig, Al-Zaben, et al., 2020; Lefevor et al., 2022; Malviya, 2023; Marques et al., 2022; Martins et al., 2021; Pankowski & Wytrychiewicz-Pankowska, 2023; Papaleontiou-Louca, 2021), esforços têm sido feitos no sentido de promover uma maior integração de aspetos religiosos e espirituais (R/E) no espaço clínico. Considera-se atualmente a religião e a espiritualidade como variáveis contextuais tão importantes como a família, amigos, contexto escolar, cultura ou a identidade de género (American Psychiatric Association [APA], 2013, 2015; American Psychological Association [APA], 2017; Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2011). Reconhece-se a R/E como uma parte fundamental na vida de muitas pessoas, que gostariam de ter espaço para falar sobre estas questões no consultório, sem julgamento (Bagasra, 2023; Freire et al., 2016; Freire et al., 2019).

Apesar destes avanços na psicoterapia, pergunta-se, no entanto, dada a história por vezes hostil entre psicoterapia e religião, qual a perspetiva atual das populações mais religiosas relativamente aos Serviços de Saúde Mental (SSM) e que barreiras percecionam na procura de ajuda profissional. Esta pergunta é especialmente pertinente para Portugal, que apesar de ter atualmente um estado secular e não confessional, tem uma tradição fortemente marcada pelo Catolicismo e, como resultado de fluxos migratórios, depara-se

com o crescimento de comunidades religiosas minoritárias (Coutinho, 2019; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012; Teixeira, 2023). No entanto, pouco se sabe sobre este tema em Portugal (Freire, 2018).

Assim, o presente trabalho, através de um método quantitativo, com recurso a um questionário online, tem como objetivo estudar a relação entre religiosidade e atitudes de procura da ajuda profissional em residentes portugueses, bem como as barreiras que poderão estar a impedir ou atrasar a procura/manutenção de apoio psicológico formal nesta população. Numa primeira fase, será descrito o estado da arte sobre o tema no mundo e em Portugal, seguida da descrição dos métodos utilizados, os resultados encontrados e, por fim, a discussão sobre os mesmos e principais conclusões.

## **Enquadramento Teórico**

Com o desenvolvimento científico e tecnológico, supunha-se que a religião perderia o seu lugar na vida das pessoas (Martins et al., 2021; Papaleontiou-Louca, 2021). No entanto, contrariamente ao esperado, estima-se que 85% da população mundial encontra-se ainda afiliada a religiões e envolvida em práticas religiosas (Pew Research Center, 2022). Face à globalização e o aumento de processos migratórios no séc. XXI, assiste-se ao crescimento da diversidade religiosa em vários países, incluindo Portugal, pelo que é imprescindível que os profissionais de saúde mental (SM) desenvolvam competências culturais e religiosas que possibilitem dar resposta às necessidades psicológicas destas populações (APA, 2015; APA 2017; Coutinho, 2019; INE 2012; Teixeira, 2023). Dados internacionais e portugueses indicam que menos de metade das pessoas que precisam de ajuda psicológica a procuram (Conceição et al., 2022; Moreno et al., 2022; Silva et al., 2022), sendo que pessoas religiosas experienciam particular hesitação na utilização dos SSM (Fanegan et al., 2022; Freire et al., 2016; Khatib et al., 2023; Lefevor et al., 2022). Em Portugal, apesar da sua forte tradição religiosa (Coutinho, 2019; Teixeira, 2023) e elevadas taxas de perturbação mental (21,8%, Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2021), pouco se sabe sobre como as pessoas religiosas perspetivam os SSM (Freire, 2018). À semelhança do que acontece em outros países (e.g. Fox et al., 2020; Harris et al., 2021; Hlongwane & Juby, 2023; Sadek & Hashem, 2024), é possível que também em Portugal as necessidades desta população não estejam a ser respondidas. Assim, torna-se necessário perceber quais as atitudes que os portugueses religiosos têm sobre os SSM e quais as barreiras que poderão estar a impedir o seu acesso.

### **A Religião em Portugal**

Portugal tem, atualmente, um estado secular e não confessional, no entanto, a sua história é profundamente marcada pelo Catolicismo, afiliação religiosa esta que se mantém a predominante entre os portugueses no presente (81%). Por outro lado, assistimos, ao mesmo tempo, ao crescimento de outras populações, nomeadamente: pessoas sem religião (6.84%); Protestantes (0.84%); Cristãos Ortodoxos (0.63%); Outros Cristãos (1.82%, e.g. Testemunhas de Jeová, Igreja Universal do Reino de Deus, Religião Animista dos papéis guineenses, Igrejas Kimbanguista e Tokoísta, Umbanda e

Candomblé, Espíritas); Muçulmanos (0.23%); Judeus (0.03%); e Outros (0.32%, e.g. Budistas, Hindus, Pagãos, Bahá'ís) (Coutinho, 2019; INE, 2012; Teixeira, 2023). A distribuição relativa destas religiões varia consoante as zonas do país, encontrando-se em Lisboa a maior diversidade religiosa e cultural, seguida pelo Algarve (Coutinho, 2019). Em termos de religiosidade, no entanto, de acordo com o estudo de Kovess-Masfety e colaboradores (2017), em Portugal, ter uma afiliação religiosa não é sinónimo de ser religioso, pois enquanto 90% dos participantes portugueses declarou ter uma religião, apenas entre um terço e um quarto considerou esta como algo muito importante na sua vida, sendo que apenas 5% reportou ser ativo nos seus respetivos locais de culto (e.g. igrejas) — percentagem esta que é inferior à média de outros países. Dada esta discrepância, a avaliação da religião em Portugal deverá assim, sempre que pertinente, incluir uma medida de religiosidade.

### **Religião, Religiosidade e Espiritualidade — Qual a diferença?**

O conceito de religião e religiosidade, apesar de pertencerem à mesma família, são distintos. Quando falamos de *religião*, referimo-nos ao sistema de crenças, práticas e rituais facilitantes da relação com o sagrado, que pertencem a uma instituição organizada e são partilhados pelos seus membros (Argyle & Beit-Hallahmi, 2013; Freire & Moleiro, 2015; Koenig et al., 2012). As religiões geralmente incluem crenças específicas sobre a vida e a morte, e estabelecem regras para orientar o comportamento durante a vida (Bouwhuis-Van Keulen et al., 2023; Koenig et al., 2012). *Religiosidade*, por sua vez, refere-se ao grau pelo qual uma pessoa adere às crenças e práticas da sua religião, bem como a importância que lhe atribui para a sua vida (Koenig, Al-Zaben, et al., 2020). Por fim, o termo *espiritualidade*, apesar de um conceito próximo, difere destes dois por não estar necessariamente ligado a uma instituição religiosa. É uma crença pessoal, não formalizada, relacionada com processos de busca pessoal por significado, propósito e conexão com diferentes aspetos da vida (Freire & Moleiro, 2015; Koenig et al., 2012). Para o presente estudo, focar-nos-emos na religiosidade formalizada — que poderá ou não englobar também dimensões de espiritualidade e cultura (Cunha & Scorsolini-Comin, 2019) — e a sua relação com as atitudes de procura de ajuda profissional e barreiras ao acesso a cuidados de SM.

## Teoria da Ação Planeada — Atitudes, Religiosidade e Barreiras

A Teoria da Ação Planeada (TAP, Ajzen, 1985, 1991) postula que a combinação de 3 fatores, independentes, mas interrelacionados entre si — atitudes face ao comportamento, normas subjetivas e controlo comportamental percebido — predizem as intenções de efetuar um dado comportamento e, conseqüentemente, o próprio comportamento. No contexto da utilização dos SSM, a TAP ajuda a explicar como estes 3 fatores se poderão relacionar entre si e influenciar as intenções de procurar ajuda e, por seu turno, a utilização efetiva dos SSM (Hammer et al., 2018). Na presente investigação, as variáveis em estudo — atitudes de procura de ajuda psicológica, religiosidade e barreiras ao acesso a SSM — poderão constituir subdimensões destes 3 fatores de base propostas no modelo. A Figura 1 ajuda a ilustrar as relações entre os construtos da TAP, e como as variáveis do presente estudo poderão inserir-se no modelo. A Figura 2, por sua vez, esquematiza as relações que se pretendem estudar.

A primeira variável em estudo, *atitudes de procura de ajuda psicológica profissional*, é definida segundo Fischer e Turner (1970) como “a tendência de um indivíduo procurar ou resistir a ajuda profissional durante uma crise pessoal ou após desconforto psicológico prolongado” (p. 79). Estas *tendências* psicológicas constituem avaliações subjetivas que podem ser classificadas como positivas ou negativas, consoante a abertura que o indivíduo mostra em procurar ajuda profissional e o valor que atribui a essa ajuda (Blanco & Pais-Ribeiro, 2023; Eagly & Chaiken, 1993; Fischer & Farina, 1995). A metanálise de Li e colaboradores (2014) revelou que as atitudes de procura de ajuda são dos preditores mais fortes das intenções de procurar ajuda psicológica, pelo que o estudo desta variável e dos fatores a ela associados é de grande relevância.

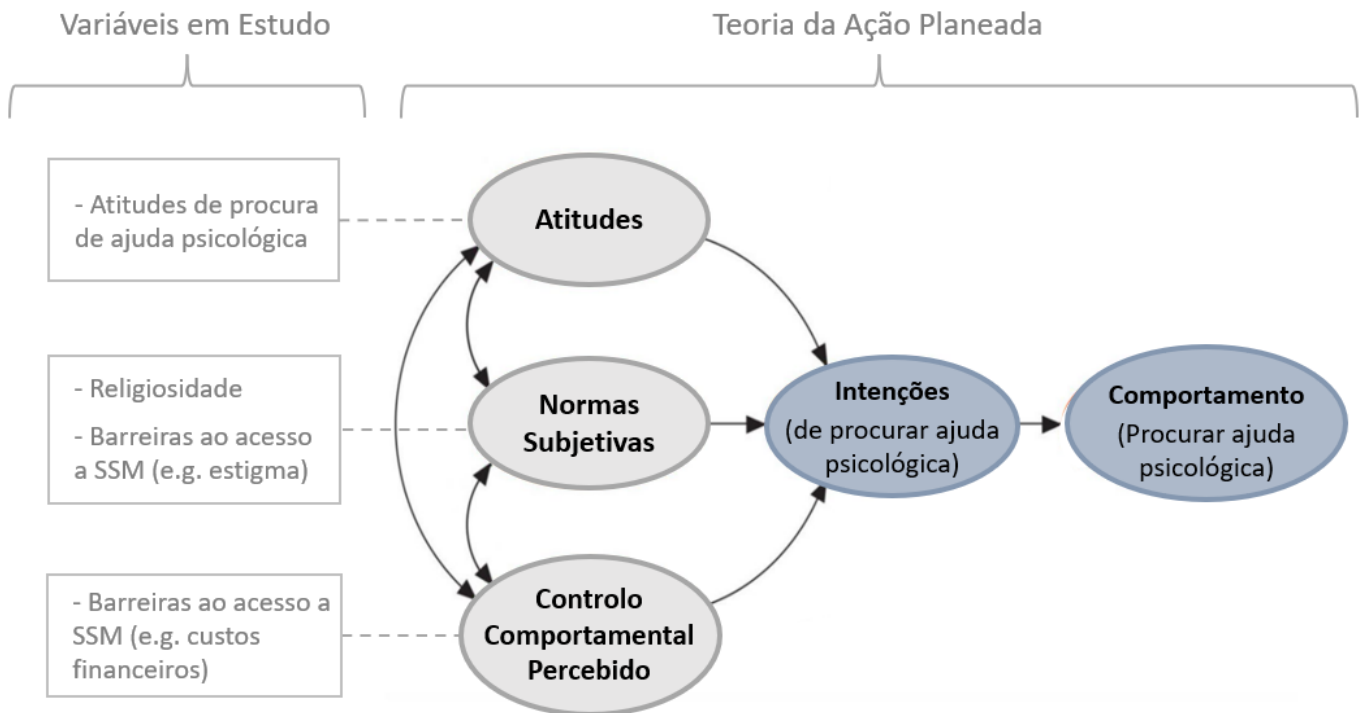
A segunda variável em estudo, *religiosidade*, poderá constituir uma possível vertente das normas subjetivas propostas na TAP (Mohammadifirouzeh et al., 2023). As normas subjetivas referem-se às regras de funcionamento que o indivíduo percebe que são partilhadas por um grupo de pessoas que lhe é relevante e a percepção que tem da pressão social exercida pelos mesmos em, neste caso, procurar ou não ajuda psicológica profissional (Hammer et al., 2018). No presente estudo, este grupo de referência diz respeito à afiliação religiosa do indivíduo e a comunidade religiosa em que está inserido.

Zia e colaboradores (2022) observaram que a religiosidade era o principal preditor da procura de ajuda psicológica junto de líderes religiosos, em detrimento dos SSM.

Por último, as barreiras ao acesso a SSM poderão inserir-se na TAP por duas vias. São várias as barreiras reportadas pelas populações religiosas na procura ou manutenção de cuidados de SM, conforme veremos mais à frente. Algumas destas poderão estar mais ligadas a aspetos sociais (e.g. estigma, medo de procurar ajuda), inserindo-se na dimensão das normas subjetivas (Mohammadifirouzeh et al., 2023). Outras (e.g. recursos financeiros, deslocação, conhecimento sobre os serviços existentes) poderão inserir-se na dimensão do controlo comportamental percebido, pois relacionam-se com o grau de dificuldade/facilidade percecionado pelo indivíduo em procurar ajuda profissional (Dumaop et al., 2023, Hammer et al., 2018; Mohammadifirouzeh et al., 2023).

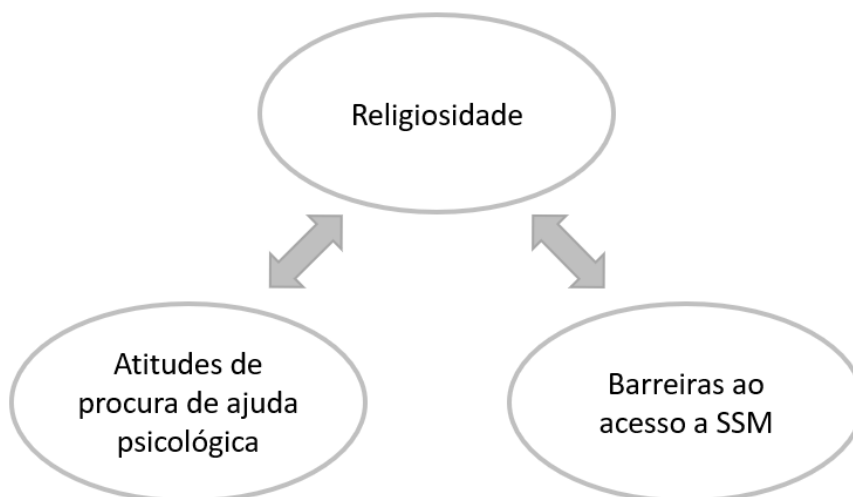
### Figura 1

*Relação entre Variáveis em Estudo e Teoria da Ação Planeada (esquema adaptado de Ajzen, 1991)*



## Figura 2

### *Variáveis e Relações em Estudo*



O estudo destas variáveis poderá, de acordo com a TAP, contribuir, de forma indireta, para a antecipação do uso dos SSM por parte da população religiosa em Portugal.

### **A Relação entre Psicoterapia e Religião ao longo dos Tempos**

Desde o nascimento da psicoterapia, tem-se observado uma relação conflituosa entre esta e a religião. No séc. XX, Freud (1961) considerava a religião como uma ilusão, comparando-a à neurose infantil. Posteriormente, correntes comportamentais e cognitivas, com autores como Ellis (1971) e Skinner (1971), entre outros, consideravam a religião como masoquista e promotora da inibição e da culpa, ou então como uma estratégia de evitamento experiencial (*spiritual bypass*) — pelo que um bom psicólogo não deveria, desta forma, promover a permanência da religião na vida dos seus pacientes. Assim, durante muito tempo, para além dos aspetos R/E não serem integrados em psicoterapia, estes eram ainda vistos como indicadores de psicopatologia e algo a ser superado (Cunha & Scorsolini-Comin, 2019; Freire & Moleiro, 2015; Khan, 2019; Koenig, Al-Zaben, et al., 2020; Koenig, Peteet, et al., 2020). Como consequência, ainda nos dias de hoje, algumas pessoas religiosas poderão considerar a psicoterapia e outros SSM como detrimenais para a sua fé R/E, existindo um clima de desconfiança face aos mesmos (Ahmad et al., 2023; Loewenthal, 2006; Papaleontiou-Louca, 2021). Todavia, nos últimos

anos, tem-se assistido a esforços para promover uma cooperação entre estas duas vertentes.

A partir da década de 80/90, vários autores pronunciaram-se contra a perspectiva negativa vigente da religião, a qual não tinha uma base científica. Desta forma, estudos científicos foram desenvolvidos com o intuito de investigar a relação entre religião e saúde mental (Carli, 2019), evidenciando uma relação positiva entre envolvimento religioso e: bem-estar (Koenig, Al-Zaben, et al., 2020; Pankowski e Wytrychiewicz-Pankowska, 2023); satisfação com a vida, felicidade e crescimento pós-traumático (Pankowski & Wytrychiewicz-Pankowska, 2023); resiliência, ajustamento, adaptação, e criação de significado perante situações adversas (Cunha & Scorsolini-Comin, 2019; Malviya, 2023; Martins et al., 2021); suporte social, sentimento de pertença e socialização (Koenig, Al-Zaben, et al., 2020; Malviya, 2023); estabilidade conjugal e familiar (Koenig, Al-Zaben, et al., 2020); orientação moral, sentido na vida, propósito, esperança, compaixão, capacidade de perdão e gratidão (Papaleontiou-Louca, 2021); prevenção do desenvolvimento de diversas perturbações mentais (Koenig, Al-Zaben, et al., 2020; Lefevor et al., 2022; Marques et al., 2022; Papaleontiou-Louca, 2021); e recuperação psicológica mais rápida (Koenig, Al-Zaben, et al., 2020).

Aspetos negativos associados à R/E, por outro lado, também têm sido identificados, como por exemplo: sentimentos de vergonha ou culpa por não viverem de acordo com os padrões da religião (Freire & Moleiro, 2015; Papaleontiou-Louca, 2021); experiências de discriminação, preconceito e condenação (efetuados quer pela população geral, quer dentro da própria comunidade religiosa; APA, 2017; Abu-Ras et al., 2018; Bagasra, 2023; Barkdull et al., 2011; Beydoun, 2019; Loewenthal, 2006); perspectivas sobre o mundo por vezes rígidas e inflexíveis (Koenig, Peteet, et al., 2020); evitamento experiencial através da religião (*spiritual bypass*; Ahmad et al., 2023; Fox et al., 2020); utilização exclusiva da religião como forma de combater o sofrimento mental, e a negligência na procura e adesão a tratamentos prescritos por profissionais de SM — o que é especialmente problemático em pessoas com perturbação mental severa (Cunha & Scorsolini-Comin, 2019).

Em contexto clínico, por sua vez, estudos têm identificado a necessidade por parte de pacientes religiosos de falarem abertamente sobre as suas crenças R/E — de forma a serem melhor compreendidos enquanto pessoas — e que os profissionais de SM questionem e estejam abertos a ouvir sobre estas crenças, de forma neutra e não enviesada (Bagasra, 2023; Freire et al., 2016, King et al. 2023; Malviya, 2023). As metanálises de Bouwhuis-Van Keulen e colaboradores (2023) e de Marques e colaboradores (2022) evidenciam ainda que, nestas populações, tratamentos que integram aspetos R/E têm uma eficácia significativamente superior a tratamentos que não o fazem, e com resultados mais duradouros a longo-prazo.

Como resultado deste tipo de investigação, tem-se assistido a uma mudança gradual no paradigma vigente, observável nos próprios DSM-IV (APA, 1994) e DSM-V (APA, 2013), cujas edições anteriores consideravam a R/E como um indicador psicopatológico. Atualmente, a R/E é reconhecida internacionalmente como uma dimensão fundamental na vida de muitas pessoas, e tão importante de ser discutida e integrada em contexto clínico como outras variáveis contextuais. As próprias *American Psychiatric Association* (2015) e *American Psychological Association* (2017) frisam, nas suas linhas orientadoras para a prática clínica, a importância de desenvolver competências R/E. Em Portugal, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011) apela a que a prática direcionada a populações minoritárias respeite e tenha em conta o contexto da pessoa, incluindo a sua religião; e a Constituição Portuguesa garante que qualquer cidadão tem o direito de ter as suas necessidades religiosas e espirituais incluídas quando procuram cuidados de saúde (Decreto-Lei nº 253/2009).

Na prática, no entanto, a integração da R/E nos SSM não parece ser ainda algo comum (Freire, 2018; Khan, 2019; Kørup et al., 2021; Martins et al., 2021), e pouco se sabe sobre como a R/E é recebida nos SSM portugueses (Freire, 2018). São várias as razões identificadas pelos profissionais nesta falta de integração, tais como: falta de treino e educação formal nesta área (Cunha & Scorsolini-Comin, 2019; Freire, 2018; Vieten et al., 2023); receio de que este seja um tópico sensível para os pacientes (Vieten et al., 2023); dificuldade em discutir estes tópicos de forma neutra e objetiva (Cunha & Scorsolini-Comin, 2019); medo de incorrer em problemas de foro ético (e.g. induzir o paciente a determinadas crenças, sejam elas R/E ou seculares; Cunha & Scorsolini-Comin,

2019; Freire, 2018), entre outros. No geral, os profissionais de SSM parecem mostrar-se abertos a fazer esta integração e muitos vêm-na como algo positivo (Freire, 2018; Vieten et al., 2023), mas sentem-se impreparados para o fazer (Freire, 2018; Baumann et al., 2021; Cunha & Scorsolini-Comin, 2019; Khan, 2019; Kørup et al., 2021; Martins et al., 2021). Por outro lado, embora uma minoria, profissionais de SM que consideram que não há espaço para a R/E no espaço clínico também existem (Vieten et al., 2023), e experiências de discriminação, preconceitos e estereotipagem de base R/E nos SSM são ainda uma realidade — podendo estar a passar despercebidas pelos profissionais que o fazem (Bagasra, 2023).

Face a este panorama, embora as experiências negativas reportadas na literatura sejam minoritárias (Bagasra, 2023; Freire et al., 2016), a hesitação por parte de populações religiosas em procurar ajuda nos SSM é evidente (e.g. Fanegan et al., 2022; Freire et al., 2016; Freire et al., 2019; Harris et al., 2021; Khatib et al., 2023; Zia et al., 2022). São várias as razões (i.e. barreiras) identificadas na literatura para este fenómeno, entre elas: receio de incompatibilidade entre os SSM disponíveis e crenças R/E dos indivíduos (Bagasra, 2023; Freire et al., 2016; Freire et al., 2019; Loewenthal, 2006; Malviya, 2023; Planey et al., 2019); medo que os clínicos tenham atitudes desfavoráveis, hostis ou patologizantes relativamente à R/E (Bagasra, 2023; Freire et al., 2019; Isacco et al., 2014); medo de serem julgados pelos profissionais de saúde mental relativamente às suas crenças R/E e/ou que estas sejam contestadas (Freire et al., 2016); medo de discriminação devido à sua etnia ou religião (Bagasra, 2023; Lowther-Payne et al., 2023; McLaughlin et al., 2022; Plante, 2023); preocupação com falta de familiaridade dos clínicos com o *worldview* destas pessoas e consequente incapacidade de os compreender (Bagasra, 2023, King et al., 2023); crença de que os psicólogos e psiquiatras não providenciam intervenções com integração de R/E (King et al., 2023); desconfiança na competência dos clínicos em lidar com questões R/E (Bagasra, 2023; Freire et al., 2016; Isacco et al., 2014; Khatib et al., 2023); indisponibilidade de profissionais de SM provenientes do mesmo contexto R/E (Cheesmond et al., 2019; Freire et al., 2016; Loewenthal, 2006; McLaughlin et al., 2022; Taylor & Kuo, 2019); falta de confiança na confidencialidade dos serviços (Khatib et al., 2023; Loewenthal, 2006); receio de que a procura de SSM possa significar falta de confiança em Deus (ou Entidade Superior) e consequentemente falta de fé (Bagasra, 2023;

Planey et al., 2019; Taylor & Kuo, 2019; Zia & Mackenzie, 2024); estigma do próprio associado à doença mental e procura de ajuda profissional, ou medo de julgamento por parte da comunidade (Antunes et al., 2022; Brenner et al., 2018; Fekih-Romdhane, Daher-Nashif et al., 2023; Hlongwane & Juby, 2023; Isacco et al., 2014; Khatib et al., 2023; McLaughlin et al., 2022; Zia & Mackenzie, 2024); atribuição de origens R/E às doenças mentais e, portanto, percepção de necessidade de tratamentos R/E em vez de médicos/psicológicos (Al Shelali et al., 2023; Bagasra, 2023; Fekih-Romdhane, Jahrami et al., 2023; Freire et al., 2016; Khatib et al., 2023; Mudryk & Johnson, 2022; Lloyd et al., 2021; Loewenthal, 2006; Taylor & Kuo, 2019; Zia et al., 2022); falta de recursos financeiros para frequentar SSM (Khatib et al., 2023; Planey et al., 2019); falta de conhecimento sobre os SSM disponíveis e no que consistem as intervenções psicológicas (Khatib et al., 2023), entre outros.

Isto leva a que muitas pessoas religiosas procurem ajuda psicológica preferencialmente junto de fontes informais (e.g. amigos, família; Zia et al., 2022); recorrendo muitas vezes à ajuda dos seus líderes religiosos (Al Shelali et al., 2023; Freire, 2018; Freire et al., 2016; Khatib et al., 2023; King et al., 2023; Kovess-Masfety et al., 2017; Malviya, 2023; Moreno et al., 2022) — embora muitos também não considerem estes últimos como a opção preferível (Lannin et al., 2020; Zia et al., 2022). A procura de SSM é considerada muitas vezes como último recurso (Al Shelali et al., 2023; Bagasra, 2023), havendo preferência por profissionais de SM que façam integração de R/E e/ou que pertençam à mesma religião/cultura que o paciente (Cheesmond et al., 2019; Freire et al., 2016; Loewenthal, 2006; Martins et al., 2021; McLaughlin et al., 2022; Taylor & Kuo, 2019). Os líderes religiosos, por sua vez, apesar de muito procurados, muitas vezes não se sentem aptos para lidar com problemas mentais mais severos, pois não têm formação para tal (Freire et al., 2019; Martins et al., 2021). Assim, as pessoas religiosas caem numa zona problemática a que se denomina “*No-Man’s-Land*”, em que tanto consultar profissionais de SM, como líderes religiosos, são opções menos do que ótimas para satisfazer as suas necessidades, o que leva a que muitos indivíduos fiquem sem receber a ajuda de que necessitam (Freire, 2018; Martins et al., 2021).

A fim de ajudar a combater este problema, torna-se imprescindível perceber quais as atitudes que as populações religiosas têm relativamente aos SSM e as barreiras que

poderão estar a experienciar nessa procura nos diferentes países (Baumann et al., 2021; Freire, 2018; Khatib et al., 2023; Kørup et al., 2021; Martins et al., 2021) — objetivo para o qual o presente estudo pretende contribuir.

### **Religião e Atitudes de Procura de Ajuda Psicológica**

Em diversas partes do mundo e diferentes comunidades, pessoas religiosas apresentam atitudes mais negativas relativamente à procura de ajuda psicológica e hesitação em recorrer aos SSM, tal como evidenciado em: imigrantes na Austrália (Malviya, 2023); residentes nos EUA (Fox et al., 2020); populações africanas nos EUA, maioritariamente cristãs (Harris et al., 2021; Planey et al., 2019; Taylor & Kuo, 2019); cristãos americanos mais conservadores (ou fundamentalistas, Moreno et al., 2022); cristãos evangélicos (fundamentalistas) no Reino Unido (Lloyd et al., 2021); cristãos pentecostais na África do Sul (Hlongwane & Jubu, 2023); populações árabes, com crenças maioritariamente islâmicas (Al Shelali et al., 2023; Khatib et al., 2023); muçulmanos em países não-muçulmanos/ocidentais (e.g. Canadá, EUA; Ahmad et al., 2023; King et al., 2023; McLaughlin et al., 2022; Sadek & Hashem, 2024; Zia et al., 2022); indianos, maioritariamente hindus (Ahn et al., 2024); e judeus ortodoxos (Loewenthal, 2006).

Por outro lado, outros estudos indicam a relação inversa, isto é, que pessoas mais religiosas têm atitudes de procura de ajuda psicológica mais positivas, tal como observado em estudos com norte-americanos: universitários (Brenner et al., 2018), cristãos (Lefevor et al., 2022), e líderes católicos (Isacco et al., 2014); e com muçulmanos: nos EUA (Mudryk & Johnson, 2022) e em países árabes (Fekih-Romdhane, Daher-Nashif et al., 2023). A relação entre religiosidade e atitudes parece ser tanto mais positiva quando maior é a abertura por parte dos líderes religiosos em falar sobre SM (Lefevor et al., 2022) e o nível de apoio percecionado por parte da comunidade (Lloyd et al., 2021).

No que diz respeito a características sociodemográficas, assiste-se geralmente a atitudes de procura de ajuda mais negativas em: homens (Blanco & Pais-Ribeiro, 2023, 2024; Brenner et al., 2018; Coppens et al., 2013; Fekih-Romdhane, Daher-Nashif et al., 2023; Fekih-Romdhane, Jahrami et al., 2023; Khatib et al., 2023; Mudryk & Johnson, 2022; Zia & Mackenzie, 2024); pessoas mais velhas (Blanco & Pais-Ribeiro, 2023, 2024;

Coppens et al., 2013); solteiros (Coppens et al., 2013; Harris et al., 2021); pessoas em situação de desemprego (Harris et al., 2021); imigrantes e minorias étnicas/religiosas (Khatib et al., 2023; Kim & Lee, 2022; King et al., 2023; Malviya, 2023; Mohammadifrouzeh et al., 2023; Sadek & Hashem, 2024); imigrantes com menores níveis de integração no país de residência (Ahn et al., 2024; Mudryk & Johnson, 2022); pessoas com menos habilitações literárias (Blanco & Pais-Ribeiro, 2024; Coppens et al., 2013; Fekih-Romdhane, Daher-Nashif et al., 2023); níveis socioeconómicos mais baixos (Fekih-Romdhane, Daher-Nashif et al., 2023; Kovess-Masfety et al., 2017); residentes em zonas rurais (Al Shelali et al., 2023; Bracke et al., 2019; Cheesmond et al., 2019); congregantes, comparativamente a líderes religiosos (Freire et al., 2019); e pessoas que nunca usaram SSM no passado (Blanco & Pais-Ribeiro, 2023).

Em Portugal, os estudos sobre atitudes de procura de ajuda profissional revelam este como dos países europeus com atitudes mais positivas relativamente à procura de ajuda profissional e maiores taxas de utilização de SSM (Bracke et al., 2019; Coppens et al., 2013; Kohls et al., 2017), observando-se atitudes especialmente positivas em mulheres, com maior grau de educação e experiência prévia com utilização de SSM (Blanco & Pais-Ribeiro, 2023, 2024; Conceição et al., 2022; Silva et al., 2022). Por outro lado, assistem-se a atitudes significativamente mais negativas em pessoas com maior estigma relativamente à doença mental (Conceição et al., 2022; Vogel et al., 2017), mais velhas (Blanco & Pais-Ribeiro, 2023, 2024); solteiras e desempregadas (Silva et al., 2022). É importante notar que, apesar de uma comparação internacional favorável, Silva e colaboradores (2022) mostraram, com base nos dados portugueses do *National Mental Health Survey* de 2009, que a maioria dos participantes com perturbação mental não estava a receber tratamento; e pouco se sabe sobre o grau de utilização dos SSM por parte dos portugueses mais religiosos (Freire, 2018; Freire et al., 2016; Freire et al., 2019; Kovess-Masfety et al., 2017).

## **Investigação sobre Religião e SSM em Portugal**

No contexto português, são escassos os estudos existentes no campo da religião e SSM (e.g. Freire, 2018; Freire & Moleiro, 2015; Freire et al., 2016; Freire et al., 2019; Kovess-Masfety et al., 2017).

Dentre estes, num estudo internacional no qual constaram 21 países (Kovess-Masfety et al., 2017), Portugal surgiu como dos países com menores taxas de utilização de serviços religiosos para problemas psicológicos, tendo os participantes portugueses apresentado preferência por serviços formais de SM. O estudo evidenciou também, globalmente, diferenças ao nível das afiliações religiosas na utilização destes serviços surgindo os participantes Católicos e Sem Religião — os dois maiores grupos religiosos em Portugal — como os grupos a recorrer menos a ajuda religiosa. Os participantes Muçulmanos, por sua vez, tenderam a procurar ajuda psicológica junto de líderes religiosos ligeiramente mais do que outros grupos, seguidos pelos participantes Judeus e Outros-Cristãos.

Por outro lado, os resultados de Freire e colaboradores (2016), com base em entrevistas com membros congregantes de 8 afiliações religiosas em Portugal, mostraram que estes consideravam a religião como uma parte vital das suas vidas e utilizavam a R/E como estratégias de coping e criação de significado face à adversidade. Os participantes reportaram sentir barreiras, desconforto e apreensão em utilizar os SSM, sendo que, destes, 73% nunca os tinha frequentado. Porém, destacaram o desejo em falar sobre as suas crenças R/E em contexto clínico e a importância da sua integração caso procurassem tratamento (Freire, 2018; Freire et al., 2016).

Por sua vez, noutra estudo, com base em entrevistas com 11 líderes religiosos de 10 afiliações diferentes (Freire et al., 2019), os mesmos reportaram que a providência de apoio psicológico informal compunha uma parte significativa do seu trabalho diário e apresentaram atitudes positivas relativamente à procura de ajuda psicológica profissional, destacando a sua importância particularmente em casos de patologia mais severa. Ainda assim, disseram raramente referenciar membros congregantes para profissionais de SM fora da sua comunidade religiosa, e eram também raramente chamados para colaborar com profissionais de SM no acompanhamento de pacientes religiosos. Os líderes

religiosos enunciaram algumas barreiras experienciadas pelos membros congregantes das suas respetivas instituições na procura de ajuda psicológica formal, entre elas: o receio de julgamento; de incompreensão; e de incompatibilidade entre os seus valores R/E e os valores maioritariamente seculares dos profissionais de SM. As principais áreas de potencial conflito com SSM identificadas pelos participantes foram: homossexualidade, uso da pornografia e masturbação, aborto, medicação e problemas conjugais (Freire, 2018; Freire et al., 2019).

Por fim, num estudo com psicólogos e psiquiatras portugueses (Freire, 2018), os profissionais revelaram: falta de competências R/E; preferência em trabalhar com crenças religiosas semelhantes às suas (i.e. católicas); atitudes positivas relativamente à R/E e a sua integração em psicoterapia, bem como abertura e receptividade em trabalhar com estas questões, embora raramente o fizessem ou introduzissem o tópico de forma explícita. Os profissionais entrevistados indicaram preferir que fosse o paciente a trazer estes tópicos à consulta (Freire, 2018); porém, por outro lado, o estudo de Freire e colaboradores (2016), mostrou que os pacientes religiosos, apesar de desejarem falar sobre estas questões em terapia, tinham receio em fazê-lo. Desta forma, ambas as partes — pacientes e profissionais de SM —, apesar da vontade dos primeiros e receptividade dos últimos em integrar aspetos R/E no tratamento, parecem sentir apreensão em introduzir o tópico de forma explícita, o que poderá levar à exclusão ou inclusão superficial/insatisfatória da mesma nos SSM portugueses.

Desta forma, atendendo ao facto de Portugal possuir taxas de perturbação mental das mais elevadas na Europa (IHME, 2021), em que a cultura é fortemente influenciada por uma tradição Católica e em que se observa, como resultado dos fluxos migratórios, um aumento de residentes pertencentes a afiliações religiosas minoritárias (Coutinho, 2019; INE 2011; Teixeira, 2023); torna-se imprescindível perceber se os SSM oferecem serviços que vão ao encontro das necessidades da população portuguesa religiosa. Atualmente, a dissertação de doutoramento de Freire (2018), composta por um total de 5 estudos, alguns deles já publicados (Freire & Moleiro, 2015; Freire et al., 2016; Freire et al., 2019) constituem, do nosso conhecimento, os únicos a investigar as perspetivas da população religiosa portuguesa relativamente aos SSM, com recurso a uma abordagem qualitativa, uma amostra de 41 participantes afiliados a diferentes religiões (Freire et al.,

2016) e 11 líderes religiosos (Freire et al., 2019) — pelo que mais estudos são necessários. Desta forma, utilizando um método quantitativo e procurando a inclusão de contextos religiosos diversos, o presente estudo pretende investigar a relação entre religiosidade e atitudes de procura de ajuda psicológica em residentes portugueses, bem como identificar algumas das barreiras que poderão estar a condicionar o acesso aos SSM nos residentes mais religiosos.

### **Objetivos do Presente Estudo**

Utilizando um método quantitativo, o presente estudo teve como principal objetivo responder à seguinte questão: *Qual a relação entre religiosidade e atitudes de procura de ajuda psicológica, numa amostra de adultos residentes em Portugal?*

Os objetivos específicos, por sua vez, foram:

- 1) Estudar a relação entre características sociodemográficas e atitudes de procura de ajuda psicológica profissional;
- 2) Estudar a relação entre religiosidade e atitudes de procura de ajuda psicológica profissional;
- 3) Avaliar a relação entre religiosidade e barreiras religiosas/espirituais ao acesso a cuidados de saúde mental.

## **Métodos de Investigação**

### **Participantes**

A participação no presente estudo teve como requisitos: ser adulto (18+ anos), residir em Portugal (Continental ou Ilhas), e saber ler e escrever em português. Procurou-se ainda a inclusão de uma população diversa no que diz respeito ao grau de religiosidade e pertença a afiliações religiosas (incluindo pessoas sem religião, e.g. ateus, agnósticos, outros), tendo-se por base as categorias religiosas existentes no contexto português, tal como identificadas nos Censos (INE, 2012) e no estudo de Coutinho (2019). O tipo de amostragem utilizado foi o da bola de neve (Marôco, 2018), obtendo-se a partir daqui um total de 312 respostas. Dois participantes foram excluídos da análise: um devido a não consentimento em participar, e outro por indicar uma idade inferior a 18 anos. Assim, a amostra final foi composta por um total de 310 participantes.

### **Tipo de estudo**

O presente estudo, quantitativo, teve um delineamento do tipo transversal. A medição das variáveis foi feita uma única vez, sem manipulação de variáveis — os grupos em estudo foram naturalmente constituídos, e pretendeu-se estudar as características pré-existentes na população. Assim, dada a natureza do estudo, não foi possível estabelecer relações de causalidade, limitando-se este a análises descritivas, correlacionais e comparativas.

### **Variáveis em estudo e Instrumentos Utilizados**

#### *Características Sociodemográficas*

O presente estudo incluiu um questionário sociodemográfico (Anexo A) a fim de possibilitar a recolha de informação relevante sobre os participantes. Foram apresentadas questões em formato de escolha múltipla sobre: género; estado civil; habilitações literárias, estatuto ocupacional; se a pessoa nasceu em Portugal; região de Portugal onde reside; residência em meio urbano ou rural; e se tinha experiência prévia com utilização de SSM. Para os que indicaram ter experiência prévia com utilização de SSM, foi pedido

que classificassem o seu nível de satisfação com os mesmos numa escala de 5 pontos (“1 – Nada Satisfeito” a “5 – Muito Satisfeito”). Foram ainda colocadas questões de resposta aberta para: idade; origem étnica; e, para os participantes que não nasceram em Portugal, qual o tempo de residência no país. O estatuto socioeconómico, por sua vez, foi avaliado com recurso à Escala de Estatuto Social Subjetivo de MacArthur (Adler et al., 2000), que pedia para os participantes se autoavaliarem numa escala de 1 (menos estatuto) a 10 (mais estatuto), tendo em conta a sociedade portuguesa. Nesta escala, eram consideradas como tendo um maior estatuto as pessoas com mais dinheiro, escolaridade e empregos mais valorizados pela sociedade.

Ainda no questionário sociodemográfico foram colocadas duas questões ligadas à religião. A primeira diz respeito à afiliação religiosa, onde os participantes poderiam selecionar uma opção entre as seguintes: Sem religião (e.g. ateu, agnóstico, outro); Cristão Católico; Cristão Ortodoxo; Cristão Protestante; Outro Cristão (pedido para especificar); Muçulmano; Judeu; Hindu; Budista; Pagão; Bahá’í; e Outro (pedido para especificar). Seguidamente, para os participantes que indicaram estar afiliados a uma religião, foi pedido para indicarem, através de uma pergunta de resposta múltipla, se se identificavam enquanto líderes religiosos ou membros congregantes.

### ***Religiosidade***

Para medir a religiosidade, foi usada a versão portuguesa do *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire – Brief Version* (SCSRFQ-BR, Amado & Diniz, 2017; Plante et al., 2002; Anexo B). Trata-se de um questionário com 5 itens, cujas respostas variam numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (“1 – Discordo totalmente” a “4 - Concordo Totalmente”). O objetivo deste questionário é medir a religiosidade de forma geral (fator único), através da avaliação da força da fé religiosa. Quanto maior a pontuação total, maior a religiosidade. O conteúdo dos itens inclui 3 afirmações ligadas à centralidade da religião na vida da pessoa (e.g. “A minha fé tem impacto em muitas das minhas decisões”), e 2 questões ligadas à prática religiosa (e.g. “Rezo todos os dias.”). A versão original da SCSRFQ, com 10 itens, foi desenvolvida por Plante e Bocaccini (1997), sendo que, de acordo com a revisão de Plante (2021), a mesma tem consistentemente apresentado boas

qualidades psicométricas (consistência interna,  $\alpha > .90$ ; validade convergente =  $].76, .90[$ ,  $p \leq .05$ ; validade divergente =  $].02, .03[$ ,  $p \leq .05$ ), sendo o seu uso adequado a diversas populações culturais e religiosas. A versão reduzida do SCSRFQ, por sua vez, é da autoria de Plante e colaboradores (2002), tendo esta sido validada para Portugal por Amado e Diniz (2017), com uma consistência interna de .93 e validade convergente de .74. Embora o estudo inicial de validação tenha sido feito com uma população portuguesa idosa (65+ anos, Amado, 2008; Amado e Diniz, 2017), estudos posteriores têm utilizado esta escala com sucesso em participantes portugueses de meia-idade (45-55 anos;  $\alpha = .94$ , validade convergente = .77, Pereira, 2019), e jovens-adultos (18-25 anos;  $\alpha = .97$ , validade convergente = .86, Carvalho, 2021), pelo que o uso da versão portuguesa da SCSRFQ-BR parece ser adequado a adultos de diferentes faixas etárias. No que diz respeito a aspetos culturais e religiosos, a versão portuguesa da SCSRFQ-BR não parece ter sido anteriormente utilizada em populações multiculturais e multirreligiosas, existindo apenas, do nosso conhecimento, evidências do seu uso em populações portuguesas católicas, ateias e agnósticas (Amado, 2008; Amado e Diniz, 2017). No entanto, a escala original tem sido utilizada com sucesso em populações diversas (Plante, 2021), dada a inclusão de itens religiosamente neutros (e.g. “*Considero-me ativo(a) na minha fé ou igreja.*”), pelo que a sua utilização no presente estudo parece também adequada. A consistência interna obtida no presente estudo foi muito boa ( $\alpha = .944$ , Tabela 1; Pestana & Gageiro, 2014).

### ***Atitudes de Procura de Ajuda Psicológica Profissional***

Foi utilizada a versão portuguesa do *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help-Short Form* (ATSPPH-SF, Blanco & Pais-Ribeiro, 2023; Coppens et al., 2013; Fischer & Farina, 1995), constituída por um total de 10 itens (Anexo C). Neste, as respostas variam numa escala tipo *Likert* de 4 pontos, de “*Discordo*” até “*Concordo*”, sendo estas cotadas de 0 a 3. Tem como objetivo medir as atitudes das pessoas relativamente à procura de ajuda nos SSM (com destaque para: psicologia, psicoterapia, aconselhamento psicológico e psiquiatria), e é composta por uma escala total e duas subescalas: Abertura à procura de tratamento para problemas emocionais; e Valor e Necessidade em procurar tratamento. Na subescala de Abertura (itens 1, 3, 5, 6 e 7), as cotações são somadas, sendo que pontuações mais altas indicam maior abertura em

procurar ajuda (e.g. “*Algures no futuro poderei querer ter aconselhamento psicológico.*”). Por sua vez, na subescala de Valor (itens 2, 4, 8, 9 e 10), as cotações são primeiramente invertidas e depois somadas, de modo que pontuações mais altas indicam que a pessoa atribui maior valor aos tratamentos formais e apresenta atitudes menos estigmatizantes face aos mesmos (e.g. “*A ideia de falar sobre problemas com um psicólogo, parece-me pouco eficiente no que diz respeito a eliminar conflitos emocionais.*”). As pontuações destas duas subescalas podem posteriormente ser somadas para dar lugar à pontuação total, com um máximo de 30 pontos. Quanto mais elevadas forem as pontuações na escala total, mais favoráveis são as atitudes relativamente à procura de ajuda profissional (Blanco & Pais-Ribeiro, 2023; Coppens et al., 2013; Fischer & Farina, 1995).

A ATSPPH-SF foi originalmente desenvolvida por Fischer e Farina (1995) e traduzida para português por Coppens e colaboradores (2013) no âmbito do programa *OSPI-Europe — Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe* — e posteriormente utilizada em Portugal por outros estudos derivantes deste programa (e.g. Conceição et al., 2022; Kohls et al., 2017; Voguel et al., 2017). Recentemente, Blanco e Pais-Ribeiro (2023) validaram a versão portuguesa da ATSPPH-SF para o contexto português, tendo realizado o estudo das suas propriedades psicométricas. Neste, a escala total da ATSPPH-SF apresentou uma consistência interna de  $\alpha = .79$ , a subescala de Abertura  $\alpha = .72$ , e a subescala de Valor  $\alpha = .63$  (Blanco & Pais-Ribeiro, 2023). No presente estudo, os valores de consistência interna foram bons (Pestana & Gageiro, 2014) e próximos aos anteriormente apresentados: escala total,  $\alpha = .785$ ; subescala Abertura,  $\alpha = .760$ ; e subescala Valor,  $\alpha = .682$  (Tabela 1).

### ***Barreiras Religiosas/Espirituais ao Acesso a Cuidados de Saúde Mental***

As barreiras R/E dizem respeito às barreiras normalmente percecionadas por populações religiosas e/ou espirituais na procura de ajuda por parte de profissionais de SM (e.g. psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas, enfermeiros de saúde mental, entre outros). São condições que por vezes impedem, atrasam ou desencorajam a procura de ajuda nestas populações, podendo o conteúdo das barreiras ser de cariz R/E (e.g. “*2 – Indisponibilidade de profissionais do meu grupo religioso/espiritual*”) ou geral (e.g. “*18*

– *Não ser capaz de suportar os custos financeiros envolvidos*”). Dada a população religiosa/espiritual ser uma população particular, não foram encontradas escalas que medissem as barreiras ao acesso a SSM especificamente percebidas nesta população, o que poderia levar a uma subrepresentação das preocupações experienciadas por estas pessoas. Assim, para o presente estudo, optou-se por adaptar os itens da versão portuguesa da BACE-3 (*Barriers to Access to Care Evaluation*) — escala de 30 itens originalmente desenvolvida por Clement e colaboradores (2012), e posteriormente validada para a população portuguesa por Miranda (2018), com  $\alpha = .961$  — para barreiras especificamente percebidas por pessoas religiosas/espirituais. Foi respeitada a instrução da escala portuguesa original e mantido o estilo de linguagem utilizado ao longo do questionário, dando lugar a um “Questionário (adaptado) de Barreiras Religiosas/Espirituais ao Acesso a Cuidados de Saúde Mental” (ou Questionário de Barreiras R/E ao Acesso a SSM), com um total de 22 itens (Anexo D). Destes 22 itens — cuja ordem foi aleatorizada para minimizar enviesamentos — 6 itens foram mantidos iguais à escala original (itens 1, 5, 11, 12, 18 e 19); 7 itens foram inspirados em afirmações da BACE-3 e parcialmente modificados (itens 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10); e 9 itens (itens 8, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22) constituíram itens totalmente novos. Tal como na BACE-3, a resposta a estes itens variou numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (de “0 – Nada” a “3- Muito”). No final deste questionário, foi providenciado um espaço opcional de resposta aberta, intitulado “*Outra barreira que tenha percebido em procurar ou manter cuidados de saúde mental*”, tal como sugerido noutra escala internacional de barreiras ao acesso, a *Barriers to Care Checklist* (BCC), de Vanheusden e colaboradores (2008) — embora não tenha sido possível analisar as respostas a este item devido a limitações de tempo. Importa salientar que todos os itens incluídos neste questionário adaptado têm por base barreiras R/E identificadas pela literatura e anteriormente apresentadas neste documento, tais como: estigma de doença mental; estigma e desconhecimento relativamente aos tratamentos existentes; perceção de incompatibilidade entre paciente e o profissional de SM; preocupação com ser incompreendido, julgado ou discriminado pelo profissional; desconfiança nas competências dos profissionais em trabalhar questões relacionadas com R/E; preocupação com questões de confidencialidade; preferência por obter ajuda psicológica informal (e.g. familiares, amigos, líderes religiosos); conceptualização do

problema como um de cariz R/E e não psicológico; receio que procurar ajuda signifique falta de fé em Deus (ou Entidade Divina); questões financeiras; questões de transporte, entre outros. No presente estudo, o questionário adaptado teve uma consistência interna de .894 (Tabela 1). Ainda assim, para fins de análise de dados, como este não constitui um instrumento validado, as análises foram realizadas item a item, e não enquanto escala total.

**Tabela 1**

*Consistência interna dos Instrumentos por  $\alpha$  de Cronbach*

<b>Instrumento</b>	<b><math>\alpha</math></b>
SCSRFQ-BR	.944
ATSPPH-SF (Total)	.785
ATSPPH-SF (Subescala Abertura)	.760
ATSPPH-SF (Subescala Valor)	.682
Questionário de Barreiras R/E ao acesso a cuidados de SM	.894

*Nota: SCSRFQ-BR = Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire – Brief Version (SCSRFQ-BR); ATSPPH-SF = Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help-Short Form*

## **Procedimentos**

O presente estudo consistiu num inquérito online desenvolvido através da plataforma *Google Forms*, disponível através de um *link* ou código QR. A elaboração do questionário foi sujeita a múltiplas revisões, sendo inclusivamente efetuado um estudo piloto com 10 participantes (professora do seminário, estudantes de psicologia e participantes leigos), a fim de obter feedback sobre a adequação e percetibilidade das perguntas, experiência de utilização da plataforma e preenchimento do questionário (e.g. dificuldades técnicas, grau de facilidade em manusear a plataforma, possíveis efeitos de cansaço), deteção de erros, necessidade de elaboração adicional ou eliminação de perguntas/opções de resposta, cálculo do tempo médio de preenchimento e outras questões levantadas pelos participantes. Após feitas as alterações necessárias, foi pedido novamente a 2 destes participantes que testassem o questionário a fim de detetar a

necessidade de melhorar algum aspeto adicional. Recebendo um feedback positivo por parte dos mesmos, chegou-se à versão final do inquérito, cujo preenchimento tinha uma duração estimada de 12 minutos.

No que diz respeito à sua composição, o inquérito final foi constituído por uma página introdutória, 5 secções de resposta, e uma página de fecho. De acordo com Barker e colaboradores (2016), a ordem de apresentação das perguntas num questionário deve seguir uma sequência lógica, partindo do mais simples para o mais complexo, de forma a possibilitar a criação de uma relação com o participante. Tendo este princípio como base, o inquérito iniciava com um texto introdutório onde constava o consentimento informado e os critérios para participar no estudo (Anexo E). Após obtenção de consentimento por parte do participante, este acedia aos questionários, um de cada vez, na seguinte ordem: questionário sociodemográfico; escala de religiosidade (SCSRFQ-BR); escala de atitudes (ATSPPH-SF); e questionário de barreiras R/E ao acesso a cuidados de saúde mental. Após estes, era apresentada uma secção adicional de resposta aberta (opcional), onde o participante poderia responder livremente à questão “*Qual a sua perspetiva relativamente aos profissionais de saúde mental em Portugal?*” (Anexo F). Devido a limitações de tempo, no entanto, as respostas a esta questão não foram analisadas. Por fim, o participante poderia submeter o questionário, após qual era reencaminhado para a página de fecho, onde constava uma mensagem de agradecimento pela participação, um pedido de reencaminhamento para conhecidos, e o contacto das investigadoras em caso de alguma dúvida ou questão (Anexo G).

Relativamente à divulgação do inquérito e recolha de dados, esta foi feita em 3 etapas, a partir de uma amostragem do tipo bola de neve, no intervalo entre inícios de dezembro e fins de janeiro. Numa primeira fase, o *link* do questionário foi partilhado através das redes sociais (e.g. *Whatsapp, Instagram, Facebook, LinkedIn*) a familiares, amigos e conhecidos. Foi-lhes também pedido que reencaminhassem o *link* para quem pudessem de forma a possibilitar a participação de uma população diversa. De seguida, após obtenção de cerca de 200 respostas, foram monitorizadas as características sociodemográficas dos participantes e reforçado o pedido de partilha do questionário com populações mais específicas, que estavam em menor número (e.g. habitantes de zonas rurais, zonas fora de lisboa, homens, líderes religiosos, idosos, diferentes grupos étnicos,

diferentes afiliações religiosas, etc.). Por fim, após obtenção de cerca de 250 respostas, foram reanalisadas as características sociodemográficas dos participantes. No que diz respeito à afiliação religiosa, notou-se um número grande de participantes Muçulmanos, Católicos e Sem Religião, pelo que se tentou reforçar o recrutamento de pessoas de outras religiões.

Através de uma pesquisa no motor de busca *Google*, foram obtidos os contactos de diferentes instituições religiosas espalhadas pelo país e enviou-se um email aos mesmos com o convite à participação e pedido de reencaminhamento do questionário nas respetivas comunidades. Através do *Instagram*, pesquisaram-se alguns perfis representantes das religiões em Portugal (e.g. Comunidade Hindu de Portugal, Comunidade Israelita de Portugal, Instituto Bahá'í de Portugal, União Budista Portuguesa, entre outros) e enviada mensagem privada aos mesmos e/ou a vários dos seus seguidores com a finalidade de dar a conhecer o estudo e convidar a participar. Por fim, no *Facebook*, foram pesquisados grupos de comunidades religiosas em Portugal, efetuado o pedido de ingresso nos mesmos e, de acordo com as normas de funcionamentos dos grupos, e obtenção de permissão por parte de alguns, foi feita uma publicação relativa ao estudo com o convite à participação no mesmo. Infelizmente, a utilização dos grupos do *Facebook* como meio de recrutamento foi apenas iniciada a meio de janeiro, o que não permitiu tempo suficiente para usufruir de todo o potencial desta ferramenta (e.g. alguns grupos apenas aceitaram a ingresso nos mesmos em fevereiro, após a recolha ter sido já encerrada).

### **Análise de Dados**

A análise dos dados foi feita com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29.0. A fiabilidade dos instrumentos utilizados foi avaliada através do  $\alpha$  de Cronbach, revelando todos estes uma consistência interna boa ou muito boa (ver Tabela 1; Pestana & Gageiro, 2014).

O primeiro passo na análise teve que ver com a limpeza dos dados e a recodificação das variáveis de forma a formar grupos o mais equiparados possível (principalmente para as categorias com  $n < 10$ ). Desta forma, é importante informar que na variável Género,

apesar de ter sido disponibilizada uma categoria de resposta “Outro” no inquérito, apenas 2 participantes se identificaram desta forma, pelo que, dada a impossibilidade de análise desta categoria de forma separada ou integração da mesma nas restantes categorias (“Masculino” e “Feminino”), a mesma foi excluída e tratada como *missing values*. Na variável Estado Civil, as categorias “Divorciado/Separado” e “Viúvo” foram agregadas numa só categoria. Nas Habilitações Literárias, as respostas “1º Ciclo”, “2º Ciclo” e “3º Ciclo” foram agregadas numa única categoria a que se denominou “Ensino Básico”. No Estatuto Ocupacional, de forma a eliminar a categoria “Outro”, os participantes que responderam “Outro: Domésticas” foram inseridas na categoria “Desempregado”, e o participante que respondeu “Outro: Estudante-Atleta” na categoria “Trabalhador-Estudante”. Na Origem Étnica, dada à diversidade nas respostas e reduzido número de participantes em cada uma das etnias enunciadas, procurou-se agrupar as respostas em categorias o mais específico possível, sendo as restantes agrupadas numa categoria geral “Outro” — resultando em 5 categorias finais: Portuguesa, Brasileira, Asiática do Sul, Africana e Outro. Na região de residência, as regiões “Sul” e “Algarve” foram agrupadas devido ao reduzido número de respostas nestas categorias, e a região “Ilhas” ( $n = 1$ ) foi excluída da análise e tratada como *missing values*. Por fim, na variável Afiliação Religiosa, a categoria “Cristão Ortodoxo” teve 0 respostas pelo que foi eliminada. Já as categorias “Judeu” ( $n = 3$ ), “Pagão” ( $n = 3$ ) e “Outro” ( $n = 5$ ) foram inicialmente agrupadas numa só categoria denominada “Outras condições religiosas”, no entanto, isto resultou num grupo demasiado heterogéneo, com pessoas afiliadas a religiões monoteístas, politeístas, e pessoas que indicaram “ter muita fé, mas não estarem afiliadas a nenhuma religião” — o que, por constituírem condições religiosas fundamentalmente diferentes entre si, impossibilitaria qualquer tipo de interpretação teórica. Assim, mesmo sendo estatisticamente possível agrupar estes 3 grupos com  $n$  reduzido numa só categoria, optou-se por excluí-los da análise, tendo estas respostas sido tratadas como *missing values*.

Em seguida, após limpeza dos dados, foram calculadas as estatísticas descritivas de cada uma das variáveis em estudo, e efetuados os testes à normalidade, através do teste de Kolmogorov-Smirnov (com correção de Lilliefors), para as escalas SCSRFQ-BR (Religiosidade), ATSPPH-SF (Atitudes), e as subescalas de Abertura e Valor desta última. Em nenhuma destas se observou distribuição normal (ver Anexo H), pelo que foi evocado

o Teorema do Limite Central que garante que, para amostras de dimensões  $n > 30$ , a média tem distribuição normal, mesmo quando a variável não tem — possibilitando, desta forma, o uso de métodos paramétricos com estas variáveis (Marôco, 2018).

Para o Objetivo 1 (Relação entre Características Sociodemográficas e Atitudes), foram efetuados: (a) testes T-student para as variáveis nominais com 2 categorias (i.e. género, nascimento em Portugal, meio do local de residência, identificação como líder religioso e uso passado de SSM); (b) análises de variância (ANOVA-1-way) para as variáveis nominais com 3+ categorias (i.e. estado civil, habilitações literárias, estado civil, origem étnica, região de residência e afiliação religiosa), e testes *post-hoc* (Teste de Tukey) para as variáveis cujos grupos apresentaram diferenças significativas; (c) correlações de Pearson para as variáveis quantitativas (i.e. atitudes, idade, estatuto socioeconómico, tempo de residência em Portugal); e (d) uma correlação de Spearman para a variável ordinal “satisfação com SSM” (Marôco, 2018).

Para o Objetivo 2 (Relação entre Religiosidade e Atitudes), foram efetuados testes às correlações de Pearson entre a escala de Religiosidade, Atitudes, e as subescalas Abertura e Valor. Foram também, posteriormente, criadas variáveis *dummy* com base nas variáveis sociodemográficas sinalizadas como significativas no estudo do Objetivo 1, e efetuadas regressões lineares múltiplas a fim de detetar possíveis variáveis de confundimento na relação entre Religiosidade e Atitudes (escala total).

Para o Objetivo 3 (Relação entre Religiosidade e Barreiras), dado o questionário de barreiras não ser um instrumento validado, as análises foram feitas separadamente para cada um dos 22 itens. Assim, constituindo cada item variáveis ordinais, foram efetuados testes às correlações de Spearman.

## Resultados

### Análise da Amostra de Participantes

A análise descritiva da amostra consta na Tabela 2. Algumas informações adicionais podem também ser encontradas no Anexo I (e.g. distribuição etária, socioeconómica e de tempo de residência em Portugal). A amostra foi constituída por um total de 310 participantes, residentes em Portugal, com idades compreendidas entre os 18 e 76 anos ( $M = 35.281 \pm 14.894$ ). Destes, a maioria identificou-se como sendo do género feminino (74.8%); mais de metade indicou estar solteira (53.9%); e as habilitações literárias prevalentes dizem respeito ao término da Licenciatura ou Bacharelato (46.8%). No que diz respeito ao estatuto ocupacional, 48.4% afirmou ser trabalhador e 30.6% estudante; sendo que a maioria percecionou o seu estatuto socioeconómico como pertencente à classe média ( $M = 6.029 \pm 1.473$ ). A maioria dos participantes nasceu em Portugal (76.5%); sendo que dos 23.5% que compõem os imigrantes, o tempo pelo qual já residiam no país variou entre poucos meses a 61 anos, com uma média de  $27.925 \pm 16.477$  anos. A Área Metropolitana de Lisboa foi a região de residência prevalente (62.3%), seguida da região Centro (27.1%); vivendo a maioria em meio urbano (88.4%). No que diz respeito à etnia, mais de metade dos participantes identificou-se como de etnia Portuguesa (65.5%), seguido de participantes com origens da Ásia do Sul (14.8%), África (9.0%), Brasil (4.8%) e outras origens étnicas (5.2%).

A afiliação religiosa dos participantes foi diversa, sendo a predominante a Muçulmana (25.5%), seguida da Católica (24.2%), ausência de religião (21.3%), Protestante (7.1%), Bahá'í (7.1%), Budista (4.5%), Outros Cristãos (4.5%) e Hindu (2.3%). O estudo contou também com a participação de 3 indivíduos Judeus (1.0%), 3 Pagãos (1.0%) e 5 indivíduos que indicaram outras situações religiosas (1.6%, e.g. ter muita fé, mas não seguir nenhuma religião; acreditar em múltiplas religiões, etc.), embora estas três respostas tenham sido tratadas como *missing values* devido às suas dimensões reduzidas (ver secção Análise de Dados para mais informações). De entre um total de 78.7% a afirmar ter uma religião, 6.1% corresponderam a líderes religiosos e 72.6% a membros congregantes. O nível de religiosidade dos participantes (com e sem afiliação

religiosa), medido pela escala SCSRFQ-BR, correspondeu a uma média de  $13.913 \pm 4.863$ , num total de 20 pontos possíveis (ver Tabela 2).

A proporção de participantes que já utilizou serviços de saúde mental no passado (52.3%) não foi muito diferente da proporção de participantes que nunca os utilizou (47.7%). De entre os que já recorreram aos SSM, a maioria afirmou estar satisfeita com os serviços (34.5%). Relativamente às atitudes dos participantes face à procura de ajuda psicológica profissional, as médias obtidas através da escala total e subescalas da ATSPPH revelaram atitudes maioritariamente positivas ( $M_{Total} = 20.606 \pm 5.589$ ;  $M_{Abertura} = 10.474 \pm 3.364$ ;  $M_{Valores} = 10.132 \pm 3.226$ ) (ver Tabela 2).

Os itens do Questionário das Barreiras R/E ao Acesso a Cuidados de SM foram também descritivamente analisados (ver Anexo I, Tabela I.4). Daqui surgiu que os participantes consideraram como um pouco impeditivas ( $Me = 1$ ) as seguintes barreiras na procura/manutenção de cuidados de SM: pensar que o problema se poderia resolver sozinho (Item 5), preferirem obter ajuda por parte de amigos e familiares (Item 12) e dificuldades financeiras (Item 18).

**Tabela 2**  
*Caracterização da Amostra*

Variável	<i>n</i>	%
<b>Género</b>		
Feminino	232	74.8
Masculino	76	24.5
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	167	53.9
Casado/Em união de facto	118	38.1
Divorciado, Separado ou Viúvo	25	8.1
<b>Habilitações Literárias</b>		
Ensino Básico (4º, 6º ou 9º ano)	13	4.2
Ensino Secundário (12º ano ou equivalente)	97	31.3
Licenciatura ou Bacharelato	145	46.8
Mestrado, Pós-Graduação ou Doutoramento	55	17.7

---

<b>Estatuto Ocupacional</b>		
Estudante	95	30.6
Trabalhador	150	48.4
Trabalhador-Estudante	32	10.3
Desempregado	16	5.2
Reformado	16	5.2
<b>Nasceu em Portugal</b>		
Sim	237	76.5
Não	73	23.5
<b>Origem étnica</b>		
Portuguesa	203	65.5
Brasileira	15	4.8
Asiática do Sul	46	14.8
Africana	28	9.0
Outro	16	5.2
<b>Região de Residência</b>		
Norte	19	6.1
Centro	84	27.1
Área Metropolitana de Lisboa	193	62.3
Sul (Alentejo e Algarve)	13	4.2
<b>Meio do Local de Residência</b>		
Urbano	274	88.4
Rural	36	11.6
<b>Afiliação Religiosa</b>		
Sem religião	66	21.3
Católico	75	24.2
Protestante	22	7.1
Outro Cristão	14	4.5
Muçulmano	79	25.5
Hindu	7	2.3
Budista	14	4.5
Bahá'í	22	7.1
<b>Líder religioso</b>		
Sim	19	6.1
Não	225	72.6

---

<b>Uso passado SSM</b>				
Sim	162	52.3		
Não	148	47.7		
<b>Satisfação com SSM</b>				
1	6	1.9		
2	14	4.5		
3	35	11.3		
4	59	19.0		
5	48	15.5		
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>
<b>Idade<sup>a</sup></b>	35.281	14.894	18	76
<b>Estatuto Socioeconómico<sup>a</sup></b>	6.029	1.473	1	10
<b>Tempo Residência em Portugal (Imigrantes)<sup>a</sup></b>	27.925	16.477	.167	61
<b>Religiosidade</b>	13.913	4.863	5	20
<b>Atitudes (Escala Total)</b>	20.606	5.589	2	30
Subescala Abertura	10.474	3.364	0	15
Subescala Valores	10.132	3.226	0	15

*Nota:* *n* = Frequência absoluta; % = Frequência relativa (em percentagem); M = Média; DP = Desvio-Padrão; Mín. = Mínimo; Máx. = Máximo.

<sup>a</sup> Ver Anexo I para mais informações.

### **Objetivo 1 — Relação entre Características da Amostra e Atitudes de Procura de Ajuda Psicológica**

O primeiro objetivo do presente estudo foi perceber de que forma as atitudes de procura de ajuda psicológica profissional variam tendo em conta diferentes variáveis sociodemográficas. Assim, na presente secção, em primeiro lugar foram efetuadas análises comparativas através de testes T-Student e Análises de Variância (ANOVA) a fim de averiguar a existência de diferenças significativas nas atitudes dos diferentes grupos em estudo. De seguida, foram efetuadas análises correlacionais, através de correlações de Pearson e de Spearman, a fim de perceber de que forma diferentes variáveis covariam com as atitudes de procura de ajuda e se estas estão significativamente correlacionadas.

Na Tabela 3, cujas análises foram feitas com recurso a testes T-Student, podemos verificar que existiram diferenças significativas entre os grupos de duas variáveis, sendo elas o género ( $t(306) = 4.002, p < .001$ ) e o uso passado de SSM ( $t(308) = 5.697, p < .001$ ). Nestas, as mulheres e os participantes que já utilizaram os SSM no passado foram os que demonstraram atitudes de procura de ajuda psicológica mais positivas. Não se verificaram diferenças significativas entre: nascer em Portugal ou no estrangeiro ( $t(308) = 1.567, p = .118$ ); viver em meio urbano ou rural ( $t(308) = 1.084, p = .279$ ); e ser líder religioso ou membro congregante ( $t(242) = -1.389, p = .166$ ).

**Tabela 3**

*Testes T-Student das Características Sociodemográficas com as Atitudes de Procura de SSM*

Variável	Atitudes (Total)		df	t	p
	M	DP			
<b>Género</b>			306	4.002***	<.001
Feminino	21.328	5.411			
Masculino	18.434	5.651			
<b>Nasceu em Portugal</b>			308	1.567	.118
Sim	20.882	5.563			
Não	19.712	5.619			
<b>Meio do Local de Residência</b>			308	1.084	.279
Urbano	20.482	5.519			
Rural	21.556	6.097			
<b>Líder Religioso</b>			242	- 1.389	.166
Sim	18.474	5.136			
Não	20.298	5.526			
<b>Uso passado SSM</b>			308	5.697***	<.001
Sim	22.253	5.211			
Não	18.804	5.446			

*Nota:* M = Média; DP = Desvio-Padrão; df = Graus de liberdade; t = Estatística de teste.

\*\*\*  $p < .001$

A Tabela 4 representa as análises de variância (ANOVA-1-way) realizadas entre as variáveis sociodemográficas com 3 ou mais categorias e as atitudes de procura de ajuda

psicológica. No Anexo J, por sua vez, estão representadas as tabelas dos testes *post-hoc* (teste de Tukey) para as variáveis cujas ANOVA indicaram diferenças significativas.

Analisando as tabelas, podemos observar diferenças significativas nas atitudes consoante o estado civil ( $F(2, 307) = 4.194; p = .016$ ), verificando-se atitudes significativamente mais positivas nos participantes solteiros comparativamente aos participantes casados/em união de facto. No estatuto ocupacional, podemos observar atitudes significativamente mais positivas nos estudantes do que nos participantes reformados ( $F(4, 304) = 2.875; p = .023$ ). Relativamente à origem étnica, os participantes de etnia Portuguesa exibiram atitudes significativamente mais positivas do que os participantes de etnia Asiática do Sul ( $F(4, 303) = 4.080, p = .003$ ). Verificaram-se também diferenças significativas ao nível das Afiliações Religiosas ( $F(7, 291) = 7.240, p < .001$ ): os participantes Muçulmanos apresentaram atitudes de procura de ajuda psicológica significativamente mais negativas do que os participantes Sem Religião, Católicos, Outros Cristãos e Bahá'is; e os participantes Budistas, por sua vez, apresentaram atitudes significativamente mais negativas do que os participantes Sem Religião e Católicos. Por fim, não se verificaram diferenças significativas nas atitudes ao nível das habilitações literárias ( $F(3, 306) = 1.876, p = .134$ ), nem ao nível das regiões de residência ( $F(3, 305) = .596, p = .618$ ).

**Tabela 4**

*ANOVA das Características Sociodemográficas com as Atitudes de Procura de SSM*

Variável	Atitudes (Total)		df1	df2	F	p
	M	DP				
<b>Estado Civil<sup>a</sup></b>			2	307	4.194*	.016
Solteiro	21.437	5.190				
Casado/Em união de facto	19.737	5.651				
Divorciado, Separado ou Viúvo	19.160	7.034				
<b>Habilitações Literárias</b>			3	306	1.876	.134
Ensino Básico (4º, 6º ou 9º ano)	17.923	6.238				
Ensino Secundário (12º ano ou equivalente)	20.196	5.680				
Licenciatura ou Bacharelato	20.717	5.486				

Mestrado, Pós-Graduação ou Doutoramento	21.673	5.409				
<b>Estatuto Ocupacional<sup>a</sup></b>			4	304	2.875*	.023
Estudante	21.842	5.541				
Trabalhador	20.187	5.529				
Trabalhador-Estudante	20.969	4.981				
Desempregado	19.625	6.927				
Reformado	17.438	5.561				
<b>Origem Étnica<sup>a</sup></b>			4	303	4.080**	.003
Portuguesa	21.217	5.556				
Brasileira	21.533	6.435				
Asiática do Sul	17.674	5.086				
Africana	20.929	4.480				
Outro	20.813	5.890				
<b>Região de Residência</b>			3	305	.596	.618
Norte	21.526	4.892				
Centro	20.690	5.393				
Área Metropolitana de Lisboa	20.363	5.771				
Sul (Alentejo e Algarve)	22.077	5.361				
<b>Afiliação Religiosa<sup>a</sup></b>			7	291	7.240***	<.001
Sem religião	22.273	5.612				
Católico	21.973	4.776				
Protestante	20.591	6.367				
Outro Cristão	22.714	4.027				
Muçulmano	17.785	5.200				
Hindu	16.571	4.117				
Budista	16.786	5.886				
Bahá'í	22.182	4.847				

Nota: M = Média; DP = Desvio-Padrão; df1 = Graus de liberdade entre grupos; df2 = Graus de liberdade dentro dos grupos; F = Estatística de Teste.

<sup>a</sup> Ver Anexo X para testes *post-hoc*.

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

Seguindo para as análises correlacionais, na Tabela 5, estão representados os testes aos coeficientes de Correlação de Pearson e na Tabela 6 o teste ao coeficiente de

correlação de Spearman. Foi encontrada uma correlação negativa significativa: fraca, entre atitudes de procura de ajuda psicológica e idade ( $r = -.172, p < .01$ ); e moderada, entre atitudes e o tempo pelo qual os imigrantes já residiam em Portugal ( $r = -.300; p < .01$ ). A idade e tempo de residência em Portugal, por sua vez, também se encontraram positivamente correlacionadas ( $r = .591, p < .01$ ), sendo esta uma correlação significativa e forte. Não foi encontrada uma correlação significativa entre atitudes e estatuto socioeconómico ( $r = -.019; p > .05$ ). Por fim, encontrou-se uma correlação positiva significativa moderada entre atitudes de procura de ajuda psicológica e satisfação com SSM ( $r_s = .366, p < .01$ ; Marôco et al., 2020).

**Tabela 5**

*Características Sociodemográficas e Atitudes de Procura de SSM: Teste à Significância dos Coeficientes de Correlação de Pearson*

Variável	<i>n</i>	M	DP	1	2	3	4
1. Atitudes	310	20.606	5.589	-			
2. Idade	310	35.281	14.894	-.172**	-		
3. Estatuto Socioeconómico	310	6.029	1.473	-.019	.069	-	
4. Tempo de Residência em Portugal (Imigrantes)	73	27.925	16.477	-.300**	.591**	.191	-

*Nota:* *n* = Frequência absoluta; M = Média; DP = Desvio-Padrão.

\*\* $p < .01$ .

**Tabela 6**

*Satisfação com SSM e Atitudes de Procura de SSM: Teste à Significância do Coeficiente de Correlação de Spearman*

Variável	<i>n</i>	1	2
1. Atitudes	310	-	
2. Satisfação com SSM	162	.366**	-

*Nota:* *n* = Frequência absoluta.

\*\* $p < .01$ .

## Objetivo 2 — Relação entre Religiosidade e Atitudes de Procura de Ajuda

### Psicológica

Um dos principais objetivos da presente investigação prendia-se com o estudo da relação entre Religiosidade (medida pela escala SCSRFQ) e as Atitudes de Procura de Ajuda Psicológica (medidas pela escala total de ATSPPH). Sendo ambas variáveis quantitativas, foram realizadas correlações de Pearson, cujos resultados constam na Tabela 7.

Analisando a Tabela 7, podemos observar que, tal como esperado, existe uma correlação negativa significativa, embora fraca (Marôco et al., 2020), entre religiosidade e atitudes — quer quando temos em consideração a escala total da ATSPPH ( $r = -.206, p < .01$ ), quer as suas subescalas Abertura ( $r = -.192, p < .01$ ) e Valores ( $r = -.157, p < .01$ ).

Podemos ainda observar, tal como esperado, correlações positivas significativas muito fortes entre: ATSPPH-total e a sua subescala Abertura ( $r = .855, p < .01$ ), e entre ATSPPH-total e sua subescala Valores ( $r = .841, p < .01$ ). As subescalas da ATSPPH (Abertura e Valores), por sua vez, também se encontram positivamente correlacionadas entre si, sendo esta uma correlação significativa moderada ( $r = .438, p < .01$ ; Marôco et al., 2020).

### Tabela 7

*Religiosidade e Atitudes de Procura de SSM: Testes à Significância dos Coeficientes de Correlação de Pearson*

Variável	n	M	DP	1	2	3	4
1. Religiosidade	310	13.913	4.863	-			
2. Atitudes (Escala Total)	310	20.606	5.589	-.206**	-		
3. Atitudes (Subescala Abertura)	310	10.474	3.364	-.192**	.855**	-	
4. Atitudes (Subescala Valores)	310	10.132	3.226	-.157**	.841**	.438**	-

*Nota:* n = Frequência absoluta; M = Média; DP = Desvio-Padrão.

\*\*  $p < .01$ .

### ***Análise de possíveis Variáveis de Confundimento na relação entre Religiosidade e Atitudes de Procura de Ajuda Psicológica***

De modo a analisar a força da relação entre Religiosidade e Atitudes de Procura de Ajuda Psicológica, procurou-se realizar modelos de regressão linear múltipla com estas duas variáveis, ajustando-os tendo em conta as características sociodemográficas que acima apresentaram uma relação significativa com as atitudes de procura de ajuda (ver Tabelas 3 a 6), sendo estas: género, idade, estado civil, estatuto ocupacional, tempo de residência em Portugal (para os imigrantes), origem étnica, uso passado de SSM, satisfação com SSM (para quem já os usou no passado) e afiliação religiosa. Para as variáveis sociodemográficas com 4 ou mais categorias de modo a não sobrecarregar os modelos de regressão linear, foram apenas incluídas as categorias cujas diferenças foram indicadas como significativas nos testes *post-hoc* (Anexo J). Na variável Afiliações Religiosas, dado terem sido assinaladas diferenças significativas em 6 categorias, optou-se por apenas incluir as 3 categorias com um maior número de participantes (neste caso,  $n \geq 25$ , conforme proposto por Jenkins & Quintana-Ascencio, 2020). No que diz respeito à satisfação com os SSM, a variável original incluía 5 categorias de resposta, no entanto, para efeitos de inclusão nos modelos de regressão, esta foi recodificada de modo a apresentar 3 categorias de resposta (insatisfeito, nem insatisfeito/nem satisfeito, e satisfeito). As regressões lineares múltiplas efetuadas podem ser consultadas na Tabela 8.

Das características sociodemográficas analisadas, uma delas, o tempo de residência em Portugal, retirou significância estatística à religiosidade tanto no modelo 1 (não ajustado,  $\beta_1 = -.155$ ,  $p = .190$ ) como no modelo 2 ( $\beta_2 = -.160$ ,  $p = .160$ ). O tempo de residência em Portugal aparenta assim ser um fator negativamente e significativamente associado às atitudes de procura de ajuda psicológica ( $\beta_2 = -.302$ ,  $p = .009$ ), sugerindo ainda que a relação entre religiosidade e atitudes pode ser particularmente sensível a variações nesta variável.

No que diz respeito ao modelo de regressão para a afiliação religiosa, a religiosidade esteve significativamente associada às atitudes no modelo 1 ( $\beta_1 = -.218$ ,  $p < .001$ ) mas não no modelo 2 ( $\beta_2 = -.054$ ,  $p = .544$ ). Tendo a afiliação religiosa retirado significância estatística à religiosidade no modelo 2, tal sugere que a relação entre religiosidade e

atitudes de procura de ajuda psicológica poderá ser sensível a diferenças nesta variável. Dentre as afiliações incluídas no modelo (Sem Religião, Católica, Muçulmana), apenas ser muçulmano se mostrou significativamente e negativamente associado às atitudes de procura de ajuda ( $\beta_2 = -.205, p = .002$ ).

Para além do tempo de residência e afiliação religiosa, não foram detetadas mais variáveis de confundimento na relação entre religiosidade e atitudes. A religiosidade manteve-se um fator de associação significativo (negativo) tanto no modelo 1, como no modelo 2 para as restantes variáveis sociodemográficas (ver Tabela 8). Foram encontrados, no entanto, outras variáveis que, juntamente com a Religiosidade (sem lhe retirar significância estatística), ajudam a descrever a variação nas atitudes de procura de ajuda psicológica.

No género, ser homem foi um fator significativo e negativo de associação com as atitudes ( $\beta_2 = -.209, p < .001$ ), bem como a idade ( $\beta_2 = -.120, p = .041$ ), e ser proveniente de uma etnia Asiática do Sul ( $\beta_2 = -.191, p = .005$ ). No que diz respeito à experiência com utilização de SSM, o uso prévio de SSM ( $\beta_2 = .276, p < .001$ ) e estar satisfeito com SSM ( $\beta_2 = .368, p < .001$ ) foram fatores significativamente e positivamente associados às atitudes de procura de ajuda psicológica profissional.

Nos modelos com o estado civil e o estatuto ocupacional, nenhuma destas categorias descreveu significativamente a variação nas atitudes ( $\beta_{2-casados} = -.081, p = .188$ ;  $\beta_{2-divorciados} = -.095, p = .100$ ;  $\beta_{2-estudantes} = .094, p = .103$ ;  $\beta_{2-reformados} = -.095, p = .091$ ).

**Tabela 8**

*Modelos de Regressão Linear para Religiosidade e Atitudes de Procura de SSM, ajustados para as Características Sociodemográficas relevantes*

Efeito	$\beta$	SE	IC 95%		p	$R^2_a$
			LI	LS		
<b>Género</b>						
<b>Modelo 1</b>						.041
Religiosidade	-.211	.064	-.370	-.116	<.001	
<b>Modelo 2</b>						.082
Religiosidade	-.196	.063	-.350	-.101	<.001	
Género <sup>a</sup>	-.209	.711	-4.110	-1.311	<.001	

<b>Idade</b>						
<b>Modelo 1</b>						.039
Religiosidade	- .206	.064	-.363	-.111	<.001	
<b>Modelo 2</b>						.049
Religiosidade	-.170	.067	-.327	-.063	.004	
Idade	-.120	.022	-.088	-.002	.041	
<b>Estado Civil</b>						
<b>Modelo 1</b>						.039
Religiosidade	- .206	.064	-.363	-.111	<.001	
<b>Modelo 2</b>						.044
Religiosidade	-.177	.069	-.339	-.068	.003	
Solteiro <sup>b</sup>	-	-	-	-	-	
Casado/ Em União de Facto	-.081	.706	-2.322	.458	.188	
Divorciado, Separado ou Viúvo	-.095	1.177	-4.256	.377	.100	
<b>Estatuto Ocupacional</b>						
<b>Modelo 1</b>						.039
Religiosidade	- .206	.064	-.363	-.111	<.001	
<b>Modelo 2</b>						.053
Religiosidade	-.173	.066	-.328	-.070	.003	
Estudantes	.094	.694	-.232	2.498	.103	
Reformados	-.095	1.420	-5.202	.388	.091	
<b>Tempo de Residência em Portugal (Imigrantes)</b>						
<b>Modelo 1</b>						.010
Religiosidade	-.155	.248	-.822	.166	.190	
<b>Modelo 2</b>						.090
Religiosidade	-.160	.238	-.811	.136	.160	
Tempo de Residência	-.302	.038	-.180	-.027	.009	
<b>Origem Étnica</b>						
<b>Modelo 1</b>						.039
Religiosidade	- .206	.064	-.363	-.111	<.001	
<b>Modelo 2</b>						.063
Religiosidade	-.167	.070	-.330	-.054	.006	
Portuguesa	-.031	.841	-2.016	1.294	.668	
Asiática do Sul	-.191	1.057	-5.085	-.924	.005	

<b>Uso passado SSM</b>						
<b>Modelo 1</b>						.039
Religiosidade	-.206	.064	-.363	-.111	<.001	
<b>Modelo 2</b>						.109
Religiosidade	-.144	.063	-.290	-.041	.009	
Uso pass. SSM <sup>c</sup>	.276	.616	-4.297	-1.874	<.001	
<b>Satisfação com SSM</b>						
<b>Modelo 1</b>						.039
Religiosidade	-.206	.064	-.363	-.111	<.001	
<b>Modelo 2</b>						.156
Religiosidade	-.148	.062	-.292	-.049	.006	
Insatisfeito (1, 2)	.008	1.226	-2.241	2.585	.888	
Nem insatisfeito/ Nem satisfeito (3)	.052	.984	-1.016	2.858	.350	
Satisfeito (4, 5)	.368	.664	3.014	5.628	<.001	
<b>Afiliação Religiosa (Análise dos 3 maiores grupos)</b>						
<b>Modelo 1</b>						.044
Religiosidade	-.218	.064	-.375	-.122	<.001	
<b>Modelo 2</b>						.091
Religiosidade	-.054	.102	-.262	.138	.544	
Sem religião	.097	1.319	-1.295	3.897	.325	
Católico	.101	.986	-.640	3.242	.188	
Muçulmano	-.205	.849	-4.270	-.928	.002	

*Nota:*  $\beta$  = Coeficiente de regressão padronizado; SE = Erro-padrão dos coeficientes de regressão não-padronizados; IC 95% = Intervalo de confiança a 95%; LI = Limite inferior do intervalo; LS = Limite superior do intervalo;  $R^2_a$  = R-quadrado ajustado.

<sup>a</sup> 0 = Feminino, 1 = Masculino. <sup>b</sup> Omitido pelo SPSS devido a efeitos de multicolinearidade. <sup>c</sup> 0 = Nunca usou, 1 = Já usou.

### **Objetivo 3 — Relação entre Religiosidade e Barreiras Religiosas ao Acesso a SSM**

O último objetivo do presente estudo foi perceber quais as principais barreiras que dificultavam o acesso das pessoas religiosas aos SSM. Tendo em conta as barreiras experienciadas por pessoas afiliadas a religiões identificadas na literatura, procurou-se relacionar cada uma destas barreiras com o grau de religiosidade dos participantes através de correlações de Spearman de modo a perceber quais as barreiras que são percecionadas

como mais impeditivas no acesso aos SSM para as pessoas com maiores níveis de religiosidade.

Tal como podemos observar na Tabela 9, foram encontradas correlações positivas e significativas entre religiosidade e as seguintes barreiras (por ordem decrescente de força da correlação): (10) receio de incompatibilidade entre os valores R/E da pessoa e os tratamentos disponíveis ( $r_s = .483, p < .01$ ); (4) preferência em obter ajuda por parte de líderes religiosos ( $r_s = .475, p < .01$ ); (14) preocupação de falta de inclusão, por parte do profissional de SM, das crenças R/E da pessoa no tratamento ( $r_s = .446, p < .01$ ); (22) preocupação com as competências R/E dos profissionais de SM ( $r_s = .411, p < .01$ ); (20) receio de discriminação étnica/religiosa por parte do profissional de SM ( $r_s = .359, p < .01$ ); (7) preferência por cuidados alternativos ( $r_s = .341, p < .01$ ); (16) percepção que o problema tinha uma etiologia R/E em vez de psicológica ( $r_s = .332, p < .01$ ); (21) preocupação de tentativa por parte do profissional de SM de afastar a pessoa das suas crenças R/E ( $r_s = .325, p < .01$ ); (6) receio de julgamento por parte da comunidade religiosa ( $r_s = .320, p < .01$ ); (8) receio de julgamento/incompreensão por parte do profissional de SM devido às crenças R/E da pessoa ( $r_s = .320, p < .01$ ); (2) percepção de indisponibilidade de profissionais de SM pertencentes ao mesmo grupo religioso/espiritual que a pessoa ( $r_s = .304, p < .01$ ); (17) preocupação com a procura de ajuda significar falta de fé ou confiança em Deus ( $r_s = .299, p < .01$ ); (13) receio de que os profissionais vissem a R/E da pessoa como uma doença ( $r_s = .286, p < .01$ ); e (15) falta de conhecimento sobre os SSM existentes e no que consistem ( $r_s = .171, p < .01$ ).

Por outro lado, foram encontradas correlações negativas e significativas entre religiosidade e (por ordem decrescente de força da correlação): (18) falta de recursos financeiros ( $r_s = -.131, p < .05$ ); e (5) pensar que o problema poderia resolver-se por si próprio ( $r_s = -.115, p < .05$ ).

Não foram encontradas correlações significativas entre religiosidade e: (1) sentimento de vergonha por ter um problema de SM ( $r_s = .108, p > .05$ ); (12) preferência em obter ajuda informal por parte de amigos e familiares ( $r_s = .104, p > .05$ ); (3) preocupação com questões de confidencialidade ( $r_s = .016, p > .05$ ); (11) experiências negativas no passado com profissionais de SM ( $r_s = -.043, p > .05$ ); (9) receio de

julgamento por parte de familiares e amigos ( $r_s = -.083, p > .05$ ); e (19) dificuldades ao nível dos transportes e deslocação ( $r_s = -.083, p > .05$ ).

**Tabela 9**

*Testes à Significância dos Coeficientes de Correlação de Spearman entre Barreiras ao Acesso a SSM e Religiosidade*

<b>Barreiras ao Acesso a SSM</b>	<b>Correlação com Religiosidade</b>
1. Sentir-me embaraçado ou envergonhado por ter um problema de saúde mental.	.108
2. Indisponibilidade de profissionais do meu grupo religioso/espiritual.	.304**
3. Preocupação que os profissionais não mantivessem a confidencialidade e que, como consequência disso, pessoas minhas pudessem descobrir.	.016
4. Preferir obter ajuda de líderes religiosos (e.g. padres, monges, <i>ulamáh</i> , etc.).	.475**
5. Pensar que o problema poderia resolver-se por si próprio.	-.115*
6. Preocupação sobre o que a minha comunidade religiosa/espiritual poderia pensar, dizer ou fazer.	.320**
7. Preferir cuidados alternativos (e.g. curas religiosas/espirituais).	.341**
8. Receio de que o profissional de saúde mental me julgasse ou não me compreendesse devido às minhas crenças religiosas/espirituais.	.320**
9. Receio sobre o que a minha família e amigos poderiam pensar, dizer ou sentir.	-.083
10. Preocupação com os tratamentos disponíveis serem incompatíveis com os meus valores religiosos/espirituais.	.483**
11. Experiências negativas no passado com cuidados profissionais de saúde mental.	-.043
12. Preferir obter ajuda de familiares ou amigos.	.104

---

13. Receio de que os profissionais vissem a minha religião/espiritualidade como uma doença.	.286**
14. Preocupação que os profissionais não incluíssem a minha crença religiosa/espiritual no tratamento.	.446**
15. Falta de conhecimento sobre os serviços de saúde mental existentes e no que consistem os tratamentos.	.171**
16. Considerar que o problema era de natureza espiritual/religiosa e não psicológica (e.g. castigo por parte de Deus, possessão de espíritos, outros).	.332**
17. Receio de que procurar ajuda formal significasse falta de confiança em Deus (ou Entidade Divina) para providenciar cura, ou que a minha fé religiosa/espiritual não era suficientemente forte.	.299**
18. Não ser capaz de suportar os custos financeiros envolvidos.	-.131*
19. Dificuldades com transportes ou em deslocar-me a consultas.	-.083
20. Receio de que o profissional me discriminasse com base na minha etnia ou religião.	.359**
21. Receio de que os profissionais de saúde mental tentassem afastar-me das minhas crenças religiosas/espirituais.	.325**
22. Preocupação com as competências que os profissionais têm em trabalhar com questões religiosas/espirituais.	.411**

---

Nota: \* $p < 0.5$ . \*\* $p < .01$ .

## Discussão

Historicamente, a relação entre religião e psicoterapia foi marcada por tensão e desconfiança, particularmente nas décadas de 70 a 90, quando a religião era vista por muitos psicoterapeutas como uma patologia a ser tratada ou então era, na melhor das hipóteses, alvo de exclusão no contexto clínico por não ser do ramo científico (Ellis, 1971; Freud, 1961; Skinner, 1971). Apesar dos SSM reconhecerem atualmente a R/E como uma componente fundamental na vida de muitas pessoas e os esforços da sua integração na prática clínica (APA, 2013, 2015; APA, 2017; OPP, 2011), pergunta-se como os mais religiosos perspetivam os SSM no presente — uma questão especialmente relevante para Portugal, dada a sua forte tradição Católica e crescente diversidade religiosa (Coutinho, 2019; INE 2011; Teixeira, 2023). Assim, o presente estudo, com base numa amostra de residentes portugueses adultos, teve como principais objetivos perceber qual a relação entre religiosidade e atitudes face à procura de ajuda psicológica profissional, e identificar quais as barreiras que poderão impedir o acesso a cuidados de SM nos portugueses mais religiosos.

### Religiosidade e Atitudes de Procura de Ajuda

Os resultados mostraram, tal como a literatura indica, atitudes mais negativas relativamente à procura de ajuda psicológica quanto maior o grau de religiosidade. Os participantes que indicaram ser mais religiosos apresentaram menor abertura em procurar ajuda psicológica profissional e atribuíram menor valor a essa procura (Fox et al., 2020; Harris et al., 2021; Hlongwane & Juby, 2023; Sadek & Hashem, 2024). Acrescenta-se ainda que esta relação se manteve significativa, independentemente do género, idade, origem étnica, estado civil, estatuto ocupacional, experiência prévia ou satisfação com SSM. Estes resultados poderão ser interpretados tendo por base a Teoria da Ação Planeada (TAP, Ajzen, 1985, 1991), a partir da qual, a relação em estudo poderá corresponder à relação entre as dimensões *atitudes face a um comportamento* (neste caso, procura de ajuda psicológica) e *normas subjetivas* (i.e. religiosidade, Mohammadifrouzeh et al., 2023) propostas no modelo. Atendendo ao conceito de norma subjetiva e religiosidade, o grau de religiosidade corresponde ao grau de importância que a afiliação religiosa assume na vida de um indivíduo. Por sua vez, quanto maior for a relevância da religião para o

indivíduo, maior será o grau de adesão às suas normas e práticas, pelo que aspetos percecionados como sendo contra as mesmas poderão gerar uma resposta emocional e cognitiva (atitude) negativa (Hammer et al., 2018; Koenig, Al-Zaben, et al., 2020; Koenig et al., 2012). No presente estudo, a visão mais desfavorável dos SSM presente nos participantes mais religiosos poderá revelar uma possível perceção destes como incompatíveis ou uma ameaça aos seus valores religiosos (Ahmad et al., 2023; Bagasra, 2023; Freire et al., 2016; Freire et al., 2019; Loewenthal, 2006; Malviya, 2023; Moreno et al., 2022; Mudryk & Johnson, 2022). Por outro lado, estando a religiosidade ligada a rituais e práticas que visam a conexão com a Força que controla o universo (Freire & Moleiro, 2015; Koenig et al., 2012), os participantes mais religiosos poderão simplesmente perspetivar os SSM como desnecessários (Fox et al., 2020; Moreno et al., 2022), por entenderem encontrar, no exercício da sua própria religiosidade, meios para obterem conforto e lidarem com os seus problemas emocionais (Bagasra, 2023; Freire, 2018; Freire et al., 2016; Kovess-Masfety, 2017; Loewenthal, 2006; Malviya, 2023; Neves-Pereira et al., 2018). O aprofundamento, em estudos futuros, da compreensão da relação entre estas duas variáveis é fundamental, pois, de acordo com a TAP, a relação negativa observada entre ambas poderá indicar uma possível subutilização dos SSM por parte dos mais religiosos no futuro, mesmo na presença de problemas psicológicos (Hammer et al., 2018; Li et al., 2014).

### **Religião e Atitudes de Procura de Ajuda**

No que diz respeito a outras facetas da religião, as atitudes não diferiram significativamente entre líderes religiosos e membros congregantes, mas diferiram significativamente entre afiliações religiosas, apresentando os participantes das religiões Muçulmana e Budista as atitudes de procura de ajuda psicológica mais negativas e os participantes Sem Religião, Católicos, Outros Cristãos e Bahá'í as mais positivas. Nos modelos de regressão linear, por sua vez, entre os 3 maiores ( $n > 25$ ) grupos religiosos incluídos (Sem Religião, Católicos e Muçulmanos), os Muçulmanos surgiram como o único grupo negativamente associado às atitudes de procura de ajuda. Destaca-se ainda que o peso da afiliação religiosa foi tal, que retirou significância estatística à relação entre religiosidade e atitudes de procura de ajuda psicológica. Assim, os resultados do presente

estudo, parecem indicar a afiliação religiosa como uma variável ainda mais relevante do que a religiosidade na variação das atitudes de procura de ajuda psicológica. Na interpretação destes resultados, é importante salientar, em primeiro lugar, que nenhuma religião, enquanto sistema de crenças, é inerentemente contra ou a favor da procura de ajuda profissional. Estudos indicam que diferentes comunidades religiosas afiliadas a uma mesma religião podem ter diferentes perspectivas sobre os SSM, tendo em conta diferentes fatores (e.g. Fekih-Romdhane, Jahrami et al., 2023; Lefevor et al., 2022), pelo que diferenças observadas nas atitudes entre diferentes grupos religiosos deverão necessariamente considerar variáveis intermédias. Lefevor e colaboradores (2022), por exemplo, no seu estudo com 14 congregações Cristãs diferentes, observaram que as atitudes e intenções de procurar ajuda psicológica profissional por parte dos indivíduos estavam relacionadas com a frequência pelo qual os líderes religiosos falavam sobre SM nas suas respetivas congregações. Tendo em conta esta perspectiva, e comparando as 3 maiores comunidades analisadas no presente estudo, é possível que a SM seja um tópico pouco abordado pelos líderes religiosos Muçulmanos em Portugal, embora mais estudos sejam necessários para testar esta hipótese. Outra explicação poderá estar relacionada com a divergência/semelhança de valores entre as comunidades religiosas e a sociedade portuguesa (Mudryk & Johnson, 2022; Sun et al., 2016). Entre estes 3 grupos religiosos, os grupos Católico e Sem Religião são os que mais se assemelham à sociedade e cultura portuguesa, e os mais presentes (Teixeira, 2023). Para os profissionais de SM portugueses, por sua vez, sendo estes membros da sociedade portuguesa, é muito mais fácil para estes trabalharem com e compreenderem pacientes Católicos ou Sem Religião, conforme evidenciado no estudo de Freire (2018), comparativamente a outras religiões. Relativamente aos Muçulmanos, por serem um grupo minoritário, com crenças, modos de vida e normas de conduta divergentes da sociedade portuguesa em geral, é possível que estes se sintam mais reticentes em procurar ajuda nos SSM, pois são mais dificilmente compreendidos (Bagasra, 2023; McLaughlin et al., 2022; Mudryk & Johnson, 2022; Plante, 2023). Os Muçulmanos são também atualmente, à semelhança dos Judeus (APA, 2017; Loewenthal, 2006), um grupo frequentemente estereotipado e vítima de discriminação em alguns países ocidentais (e.g. EUA, Abu-Ras et al., 2018; Barkdull et al., 2011; Beydoun, 2019; Austrália e Canadá, Barkdull et al., 2011), incluindo Portugal

(Araújo, 2019), e, por vezes, nos próprios SSM, conforme mostra o estudo de Bagasra (2023); o que poderá contribuir para atitudes de procura de ajuda mais negativas neste grupo religioso (McLaughlin et al., 2022; Zia et al., 2022).

No que diz respeito aos restantes grupos religiosos destacados nas análises, os participantes que se identificaram como Outro Cristão (e.g. Umbanda, Candomblé, outros) foram os que demonstraram atitudes de procura de ajuda mais positivas dentre todas as afiliações incluídas no estudo. Este resultado é surpreendente, tendo em conta que este grupo constitui uma minoria religiosa e possivelmente étnica (i.e. Brasileira) em Portugal (Coutinho, 2019, 2020), e a preferência evidenciada pelo mesmo no estudo de Kovess-Masfety e colaboradores (2017) em obter ajuda por parte de líderes religiosos. Pouco se sabe, internacionalmente, sobre esta população, pelo que existe a necessidade de efetuar mais estudos para a compreender melhor. No que toca à Fé Bahá'í, pouca é também a investigação em psicologia efetuada com este grupo religioso, no entanto, tendo em conta as revisões de Bahji (2021) e Maloney (2006), as atitudes positivas encontradas neste grupo poderão ser explicadas tendo em conta um dos principais pilares da Fé Bahá'í: o dever de procurar autoconhecimento (o “Eu-autêntico”), e a partir daqui fortalecer a conexão com Deus (pois conhecimento do Eu = conhecimento de Deus). Daqui surge que os SSM ao promoverem o autoconhecimento, para os Bahá'ís, estes poderão inclusivamente ser uma ferramenta útil para alcançar maiores níveis de religiosidade, pelo que a procura de ajuda psicológica parece ser muitas vezes encorajada (Bahji, 2021). Por fim, na interpretação das atitudes mais negativas encontradas nos participantes de afiliação Budista, podemos considerar diferentes perspetivas. Em primeiro lugar, vários elementos da psicoterapia contemporânea inspiram-se em rituais budistas (e.g. respiração, *mindfulness*, etc.). Indivíduos Budistas poderão assim apresentar menor abertura e atribuir menor valor à procura de ajuda nos SSM, pois poderão simplesmente encontrar na sua própria religião rituais espirituais que permitam lidar com os seus problemas psicológicos (Lin et al., 2024; Neves-Pereira et al., 2018). Por outro lado, certas comunidades Budistas parecem considerar o uso destes rituais em psicoterapia como uma apropriação religiosa/espiritual, em que foi retirada a profundidade experiencial originalmente pretendida pelo ritual R/E (Neves-Pereira et al., 2018). Tendo em conta esta segunda perspetiva, alguns indivíduos Budistas poderão perspetivar a psicoterapia e outros SSM

como uma alternativa superficial à sua prática R/E, e contaminada por valores ocidentais (e.g. satisfação dos desejos humanos), traduzindo-se em atitudes mais negativas face aos mesmos (Neves-Pereira et al., 2018).

### **Cultura e Atitudes de Procura de Ajuda**

Ao nível cultural, nascer em Portugal ou no estrangeiro não esteve significativamente relacionado com atitudes, no entanto, congruentemente com a literatura, assistiu-se a uma diferença significativa ao nível das origens étnicas (Elshaikh et al., 2023; Lowther-Payne et al., 2023) — com os participantes de origem Asiática do Sul a exibirem atitudes significativamente mais negativas dos que os participantes de origem Portuguesa. Este resultado é congruente com o estudo de Ahn e colaboradores (2024), que mostra que valores Sul-Asiáticos estão negativamente associados a atitudes de procura de ajuda psicológica, e valores Europeus-Americanos estão positivamente associados. Por sua vez, estudos mostram que Portugal é inclusivamente dos países europeus com atitudes mais positivas relativamente à procura de ajuda psicológica formal e com maiores taxas de utilização de SSM (e.g. Bracke et al., 2019; Coppens et al., 2013; Kohls et al., 2017; Kovess-Masfety, 2017). Na interpretação destes resultados, Ahn e colaboradores (2024) e Sun e colaboradores (2016) argumentam que a psicoterapia tem inerentemente valores ocidentais associados (e.g. foco no indivíduo, expressão emocional, partilha de assuntos pessoais/familiares a pessoas fora da família), o que por vezes poderá contrastar com os valores sul-asiáticos. A cultura asiática dá ainda preferência à autorresolução de problemas comparativamente à procura de ajuda, o que poderá contribuir para a consideração dos SSM como desnecessários e a atitudes mais negativas nesta população (Elshaikh et al., 2023; Zia et al., 2022). Mohammadifirouzeh e colaboradores (2023) numa revisão com participantes imigrantes nos EUA, por sua vez, destacam o papel do estigma em culturas asiáticas, e como a procura de ajuda psicológica formal pode ser vista como vergonhosa pelo próprio e pela comunidade, bem como uma violação à coesão familiar.

Ainda relativamente à cultura, um resultado surpreendente observado no presente estudo diz respeito à presença de atitudes mais negativas quanto maior o tempo de

residência em Portugal. Tendo em conta a literatura (e.g. Khatib et al., 2023; Mohammadifrouzeh et al., 2023; Yee et al., 2020; Zia et al., 2022), seria de esperar a relação inversa, pois quanto maior o tempo pelo qual os imigrantes residem no país, maiores os níveis de integração. No entanto, não foi isto que se assistiu. Aliás, para além de se observar uma relação negativa entre tempo de residência e atitudes, a força desta relação retirou inclusivamente significância estatística à religiosidade na sua relação com as atitudes — o que indica que o tempo de residência poderá ter tido um peso ainda maior na variação das atitudes em comparação com a religiosidade. Uma possível explicação, por vezes evocada na literatura, diz respeito ao nível de enculturação (preservação da cultura de origem) e aculturação (adoção da cultura do país de residência), em que se prevê que quanto maior o nível de aculturação, mais positivas são as atitudes de procura de ajuda. No entanto, os resultados de estudos como os de Mudryk e Johnson (2022), Sun e colaboradores (2016) e Zia e Mackenzie (2024) não parecem sustentar de forma significativa esta hipótese. Como alternativa, uma possível explicação poderá estar relacionada com a *importância* que o indivíduo atribui à pertença ao seu grupo étnico/religioso *versus* o seu país de residência para a sua *identidade* (Ahn et al., 2024; Sadek e Hashem, 2024). Caso a centralidade da identidade esteja associada ao país de residência (i.e. Portugal), é possível que os seus valores e modos de vida se assemelhem mais à cultura dominante nos SSM, o que se poderá traduzir em maiores intenções de procurar ajuda psicológica, conforme evidenciado nos estudos de Sadek e Hashem (2024) e Sun e colaboradores (2016). Pelo contrário, caso a centralidade da identidade esteja associada ao grupo étnico, os estudos de Ahn e colaboradores (2024) e Sadek e Hashem (2024) evidenciaram atitudes mais negativas de procura de ajuda nestes indivíduos, possivelmente devido à perceção dos profissionais de SM como sendo mais diferentes de si (Sun et al., 2016). Para as pessoas que se identificam mais com o seu grupo étnico (ou grupo religioso), por sua vez, o tempo de residência no país poderá potenciar a perceção de discrepância entre os valores e modos de vida partilhados pelo grupo de origem e os partilhados pela sociedade portuguesa, o que poderá, por sua vez, levar a atitudes mais negativas ao longo do tempo. Estudos são necessários, no entanto, para testar esta hipótese.

## **Outras Características Sociodemográficas e Atitudes de Procura de Ajuda**

Os dados do presente estudo revelaram ainda atitudes mais negativas em participantes do género masculino, conforme também indicado na literatura existente (Blanco & Pais-Ribeiro, 2023, 2024; Brenner et al., 2018; Conceição et al., 2022; Coppens et al., 2013; Fekih-Romdhane, Daher-Nashif et al., 2023; Fekih-Romdhane, Jahrami et al., 2023; Mudryk & Johnson, 2022; Zia & Mackenzie, 2024), e em pessoas de maior idade (Blanco & Pais-Ribeiro, 2023, 2024; Coppens et al., 2013). São propostas como explicações para estes resultados, a menor literacia em saúde mental nestas populações (Simões de Almeida et al, 2023), a presença de maior estigma (Elshaikh et al., 2023; Simões de Almeida et al, 2023) e as normas sociais de género, em que poderão existir expectativas de os homens resolverem os seus problemas sem ajuda (Brenner et al., 2018; Conceição et al., 2022; Mohammadifirouzeh et al., 2023). No que toca ao estatuto ocupacional, esperava-se, conforme evidenciado na literatura, atitudes mais negativas em participantes desempregados (Harris et al., 2021; Silva et al., 2022), no entanto, foi nos reformados que se assistiu às mesmas. É possível que nesta população, juntamente com outros fatores relacionados com a idade (e.g. estigma, menor literacia em saúde mental), exista uma menor conexão a redes de apoio, o que poderá dificultar o acesso a SSM (Antunes et al., 2022; Elshaikh et al., 2023; Harris et al., 2021; Simões de Almeida et al, 2023). Da mesma forma, no estado civil, esperavam-se atitudes mais negativas em participantes solteiros, no entanto, estas foram observadas nos participantes casados ou em união de facto. Este resultado é surpreendente, pois os estudos mostram que indivíduos em relações, devido ao contacto frequente com um outro, mais facilmente detetam problemas psicológicos e são encorajados pelos parceiros a procurar ajuda psicológica (Coppens et al., 2013; Harris et al., 2021; Silva et al., 2022). Possíveis explicações para estes resultados poderão ser, por um lado, medo de julgamento por parte do parceiro e/ou familiares relativamente à procura de ajuda (Bagasra, 2023); ou, por outro, na presente amostra, os indivíduos envolvidos numa relação poderão considerar o parceiro amoroso como uma fonte de apoio psicológico informal e, desta forma, apresentar menor abertura e atribuir menos valor à procura de ajuda profissional (Zia et al., 2022).

No que diz respeito à relação entre atitudes e habilitações literárias, embora a maioria dos estudos indique uma relação positiva entre ambas (e.g. Blanco & Pais-

Ribeiro, 2024; Coppens et al., 2013; Fekih-Romdhane, Daher-Nashif et al., 2023; Lowther-Payne et al., 2023; Silva et al., 2022), no presente estudo, similarmente a outros (e.g. McLaughlin et al., 2022; Zia et al., 2022), não foi encontrada uma relação significativa. Também não se observou uma correlação significativa entre atitudes e estatuto socioeconómico, o que vai ao encontro dos resultados dos estudos de Lowther-Payne e colaboradores (2023) e McLaughlin e colaboradores (2022), mas ao desencontro dos resultados do estudo de Fekih-Romdhane, Daher-Nashif e colaboradores (2023) em que foi observada uma relação positiva. De forma a clarificar os resultados mistos presentes na literatura, mais estudos são necessários para identificar os mecanismos pelas quais estas variáveis poderão estar relacionadas com atitudes de procura de ajuda.

Relativamente às zonas de residência, o presente estudo não encontrou diferenças significativas entre as diferentes regiões do país, nem, contrariamente a o que a literatura internacional indica, entre zonas urbanas e rurais (Al Shelali et al., 2023; Bracke et al., 2019; Cheesmond et al., 2019). Porém, Blanco e Pais-Ribeiro (2024), num estudo feito em Portugal, similarmente a o que se observou neste estudo, também não encontraram diferenças significativas nas atitudes entre zonas urbanas e rurais. Mais estudos sobre perspetivas relativamente a SSM são necessários junto de populações rurais em Portugal.

Por fim, o contacto prévio com SSM e/ou a satisfação com os mesmos parecem estar relacionados com atitudes mais positivas relativamente à procura de ajuda psicológica profissional, conforme evidenciado também na literatura (e.g. Blanco & Pais-Ribeiro, 2023; Conceição et al., 2022; Elshaikh et al., 2023; Isacco et al., 2014; McLaughlin et al., 2022; Yee et al., 2020; Zia et al., 2022). Estudos mostram que o contacto prévio com SSM parece reduzir o autoestigma associado à doença mental (Conceição et al., 2022) e à procura de ajuda psicológica (Yee et al., 2020), contribuindo para atitudes mais positivas face aos SSM.

### **Religiosidade e Barreiras ao Acesso a Cuidados de SM**

Na presença de níveis mais elevados de religiosidade, os participantes indicaram como principal preocupação a incompatibilidade entre os seus valores R/E e os tratamentos disponíveis, conforme evidenciado também em outros estudos (Bagasra,

2023; Freire, 2018; Freire et al., 2016; Freire et al., 2019; Loewenthal, 2006; Malviya, 2023). Face a esta preocupação, observou-se nestes a preferência em obter ajuda psicológica junto de líderes religiosos e cuidados alternativos (e.g. curas à base de R/E), congruentemente com a literatura (Al Shelali et al., 2023; Freire et al., 2016; Hlongwane & Juby, 2023; Khatib et al., 2023; King et al., 2023; Kovess-Masfety, 2017; Lloyd et al., 2021; Loewenthal, 2006; Malviya, 2023; Moreno et al., 2022; Planey et al., 2019; Taylor & Kuo, 2019; Zia et al., 2022). A procura de apoio em fontes religiosas poderá também ser resultado de uma perceção do problema como de etiologia R/E em vez de psicológica, o que também constituiu uma barreira ao acesso a SSM (Al Shelali et al., 2023; Bagasra, 2023; Fekih-Romdhane, Jahrami et al., 2023; Freire et al., 2016; Khatib et al., 2023; Lloyd et al., 2021; Loewenthal, 2006; Mudryk & Johnson, 2022; Taylor & Kuo, 2019; Zia et al., 2022). Por sua vez, para aqueles que poderão ter ponderado a procura de ajuda profissional, foi assinalada como uma barreira a perceção de indisponibilidade de profissionais de SM provenientes do mesmo contexto R/E que o participante (Cheesmond et al., 2019; Freire et al., 2016; Loewenthal, 2006; McLaughlin et al., 2022; Taylor & Kuo, 2019).

Conforme se observa na literatura, os participantes consideraram como importante que os profissionais de SM incluíssem as suas crenças R/E no tratamento, e manifestaram preocupação com as competências dos profissionais de SM em lidar com questões R/E (Bagasra, 2023; Bouwhuis-Van Keulen et al., 2023; Freire, 2018; Freire et al., 2016; Isacco et al., 2014; Khatib et al., 2023; King et al., 2023; Marques et al., 2022; McLaughlin et al., 2022). Os resultados mostraram que quanto maior o grau de religiosidade, maior era o receio manifestado pelos participantes: em serem vítimas de discriminação étnica ou religiosa por parte do profissional de SM (Bagasra, 2023; Khatib et al., 2023; Lowther-Payne et al., 2023; McLaughlin et al., 2022; Plante, 2023); que o profissional de SM tentasse afastá-los das suas crenças R/E (Bagasra, 2023); que os julgasse ou não os compreendesse devido às suas crenças (Bagasra, 2023; Isacco et al., 2014; Khatib et al., 2023); e que visse as suas R/E como uma doença (Bagasra, 2023; Freire, 2018; Freire et al., 2016; Freire et al., 2019; Isacco et al., 2014). Não foi, no entanto, encontrada uma relação significativa entre religiosidade e experiências negativas no passado com profissionais de SM. O que poderá significar que as atitudes negativas

relativamente aos SSM poderão vir, não de experiências passadas negativas, mas sim de um receio antecipado; possivelmente gerado pelo desconhecimento ou eventual pouco contacto com SSM e informações sobre os mesmos (Bracke et al., 2019; Freire et al., 2016; Khatib et al., 2023). De facto, os resultados mostram que a falta de literacia mental, nomeadamente sobre os SSM existentes e no que consistem, foi assinalada como uma barreira significativa na procura de ajuda psicológica pelos mais religiosos. Assim, a educação sobre SM e SSM nestas populações, e a promoção de um maior contacto e pontos de ligação entre comunidades religiosas e profissionais de SM, poderão ser estratégias eficazes em promover atitudes mais positivas sobre SSM nestas populações e melhorar o seu acesso a cuidados de SM, caso desejem ou necessitem (Conceição et al., 2022; Kohls et al., 2017; Simões de Almeida et al., 2023).

No que diz respeito ao estigma, quanto maior o grau de religiosidade, maior foi o receio reportado de julgamento por parte da comunidade religiosa; bem como a preocupação da procura de ajuda profissional significar falta de fé ou confiança em Deus para providenciar cura — o que vai ao encontro da literatura (Antunes et al., 2022; Bagasra, 2023; Khatib et al., 2023; Mudryk & Johnson, 2022; Planey et al., 2019; Taylor & Kuo, 2019; Zia & Mackenzie, 2024). Por outro lado, não foram encontradas correlações significativas entre o nível de religiosidade e sentimento de vergonha por ter um problema de SM, nem receio de julgamento por parte de amigos e familiares, o que vai contra os resultados obtidos por Bagasra (2023), mas ao encontro dos obtidos nos estudos de Brenner e colaboradores (2018) e Zia e Mackenzie (2024). Também não foram manifestadas preocupações ao nível da confidencialidade (Khatib et al., 2023; Loewenthal, 2006) e, surpreendentemente, quanto maior era o grau de religiosidade, menos os participantes pensavam que um problema se poderia resolver por si próprio (Zia et al., 2022). Uma possível interpretação para este resultado poderá ser a crença de que para superarem os seus problemas emocionais, necessitam da ajuda de Deus para providenciar cura (Freire et al., 2016). Por fim, a preferência em obter ajuda informal por parte de amigos e familiares também não foi assinalada como uma barreira à procura de ajuda profissional, o que vai ao encontro do estudo de Zia e colaboradores (2022), em que, numa amostra de Muçulmanos imigrantes, não se observaram diferenças significativas nas intenções de falar com amigos/familiares ou profissionais de SM.

No que diz respeito a barreiras externas, contrariamente ao esperado (Elshaikh et al., 2023; Khatib et al., 2023; Lowther-Payne et al., 2023; McLaughlin et al., 2022; Mohammadifirouzeh et al., 2023; Silva et al., 2022), a deslocação para os SSM não foi assinalada como impeditiva na procura/manutenção de cuidados de SM; e a preocupação com os custos financeiros, por sua vez, foi menor quanto maior era o grau de religiosidade. Isto indica que para a presente amostra, as principais barreiras percebidas pelos participantes mais religiosos no acesso a cuidados de SM parecem não ser tanto barreiras estruturais, mas sim preocupações com questões R/E e a forma como as suas crenças poderão ser recebidas nos SSM.

### **Limitações**

À semelhança de qualquer investigação, o presente estudo apresenta algumas limitações, as quais importa referir. Em primeiro lugar, devido ao delineamento transversal e correlacional do estudo, com recurso a grupos naturais, não é possível atribuir relações de causalidade, pois não podemos excluir outras explicações para os resultados encontrados (Roberts & Ilardi, 2003; Shaughnessy et al., 2012). Às limitações do delineamento, acrescentam-se limitações dos instrumentos utilizados e procedimento. Em primeiro lugar, a recolha de dados foi efetuada com base em questionários de autopreenchimento, pelo que é possível a presença de viés de reporte. Este enviesamento poderá ter estado presente quer devido a efeitos de desejabilidade social, bem como, potencialmente, o exagero nas respostas pela negativa, de forma a enfatizar as suas opiniões relativamente aos SSM; ou exagero das respostas pela positiva, de forma a representar as suas religiões numa luz positiva (Barker et al., 2016; Mudryk & Johnson, 2022). Desta forma, seria interessante estudos futuros utilizarem medidas de atitudes mais implícitas. Em segundo lugar, o questionário das barreiras ao acesso a SSM utilizado não se constitui ainda como um instrumento validado. Por fim, a modalidade online do questionário implica que não tivemos controlo sobre as condições em que os participantes responderam às perguntas, o que aumenta o risco de existirem variáveis estranhas que podem ter interferido nos resultados (Roberts & Ilardi, 2003; Shaughnessy et al., 2012). Acrescenta-se também que não foi incluída nenhuma pergunta sobre a área profissional dos participantes, o que constitui uma limitação importante, pois a literatura indica que

peças provenientes de áreas da Saúde Mental têm uma visão mais favorável sobre os SSM (e.g. Blanco & Pais-Ribeiro, 2024; Conceição et al., 2022; Simões de Almeida et al., 2023). Sendo que o questionário foi inicialmente partilhado com estudantes de psicologia e seus familiares, pergunta-se qual a percentagem da amostra que poderá estar ligada a esta área e qual a influência que isto poderá ter tido nos resultados.

No que diz respeito à amostra, as limitações incluem a impossibilidade de generalizar os resultados para a população portuguesa, pois a seleção dos participantes não foi aleatória e participaram apenas os indivíduos que demonstraram interesse em fazê-lo, pelo que poderão existir efeitos de seleção. O método de amostragem escolhido foi o método bola de neve, que apesar de ser vantajoso por permitir recrutar um maior número de pessoas num menor espaço de tempo, está sujeito ao risco de as pessoas partilharem com pessoas que são semelhantes a si e à presença desequilibrada das diferentes afiliações religiosas (Freire et al., 2016; Roberts & Ilardi, 2003; Shaughnessy et al., 2012). Tentou-se colmatar esta limitação ao espalhar os questionários por diferentes vias e contactar diretamente diferentes instituições religiosas, de forma a obter uma amostra o mais diversa possível. No entanto, o risco de enviesamento poderá permanecer. A presença reduzida de participantes de afiliação Judaica, Pagã, Hindu, e a ausência de Cristãos Ortodoxos na amostra é também uma limitação. Estudos futuros sobre atitudes deverão procurar integrar mais estes grupos nas análises (Coutinho, 2020). Destaca-se igualmente como limitação a presença desequilibrada das categorias ao nível do género e regiões de residência; e a predominância de participantes com idade inferior a 30 anos e com curso superior, o que contrasta com a realidade portuguesa (INE, 2024a, 2024b, 2024c, 2024d). Importa também salientar o facto de a modalidade do questionário ao ser online, exclui quem não tem literacia digital ou acesso a internet (Zia et al., 2022). Isto poderá ser um impedimento particularmente para a população mais velha e os residentes em meios mais rurais, constituindo uma limitação relevante, pois, de acordo com a literatura, os idosos e residentes em meios rurais são os que costumam manifestar maiores níveis de religiosidade e atitudes mais negativas relativamente ao uso de SSM (Blanco & Pais-Ribeiro, 2024; Bracke et al., 2019; Cheesmond et al., 2019; Coppens et al., 2013; Kovess-Masfety, 2017).

Ao nível das análises estatísticas, por sua vez, os resultados devem ser interpretados com precaução, pois foram efetuadas comparações com grupos de dimensões reduzidas (e.g. Hindus,  $n = 7$ ), e entre grupos com dimensões muito discrepantes (e.g. líderes religiosos,  $n = 19$ , e membros congregantes,  $n = 225$ ) (Sadek & Hashem, 2024).

### **Pontos fortes**

Por outro lado, o presente estudo dispõe também de vários pontos fortes. Em primeiro lugar, permite dar resposta a uma lacuna existente na investigação em Portugal: o presente estudo é, do nosso conhecimento, o primeiro estudo em Portugal a investigar as atitudes e barreiras percebidas pela população religiosa portuguesa de forma quantitativa. Enquanto o estudo de Freire e colaboradores (2016) e Freire e colaboradores (2019) possibilitaram, através de uma abordagem qualitativa, perceber a fundo quais as perspetivas de um número reduzido de portugueses; ao utilizar uma abordagem quantitativa, é-nos possível chegar a uma amostra da população portuguesa maior e mais diversa (Barker et al., 2016). Isto informa-nos sobre a qual pertinência de dar resposta a estas questões R/E, com que urgência, aonde, a quem, e como. Contribui também para colmatar a escassez de estudos com pessoas de diferentes afiliações religiosas, para além do Cristianismo (Coutinho, 2020; Papaleontiou-Louca, 2021) — particularmente Muçulmanos a viverem no Ocidente (Bagasra, 2023; Zia et al., 2022), e indivíduos Bahá'ís (Bahji, 2021; Maloney, 2006).

A utilização de um delineamento transversal com questionários online, por sua vez, apesar das suas limitações, possibilita o contacto e a participação de um número maior de residentes portugueses, nas diversas regiões de Portugal, num curto espaço de tempo e com custos reduzidos. Visto o questionário poder ser preenchido a partir do conforto do espaço do participante, isto pode levar a uma maior adesão por parte dos mesmos (Shaughnessy et al., 2012). Isto é particularmente importante tendo em conta que um dos principais objetivos deste estudo foi dar voz à diversidade religiosa existente em Portugal no que diz respeito às suas necessidades relativamente aos SSM.

No que toca aos instrumentos e procedimento, o tempo total de preenchimento do inquérito foi inferior a 30 minutos, o que permite minimizar os efeitos de cansaço (Roberts & Ilardi, 2003; Shaughnessy et al., 2012); teve-se o cuidado de ordenar as perguntas do mais simples para o mais complexo de forma a facilitar a resposta por parte dos participantes — tal como proposto por Barker e colaboradores (2016); foi efetuada uma pesquisa exaustiva das escalas existentes em Portugal antes da seleção dos instrumentos a usar para as variáveis em estudo; e teve-se o cuidado de escolher escalas curtas, diretamente relacionadas com os construtos que se pretendiam medir, e amplamente usadas em contextos de diversidade cultural e religiosa, em vários países (como é o caso da SCSRFQ-BR e ATSPPH-SF) — o que se adequa aos objetivos do presente estudo. A decisão de adaptar uma escala, por outro lado, apesar das suas limitações, permite um entendimento mais profundo, de forma rápida e prática, sobre; quais as potenciais razões por detrás das atitudes dos portugueses relativamente aos SSM; quais as barreiras religiosas/espirituais que dificultam a procura de ajuda por parte dos residentes portugueses; quais as barreiras mais impactantes; e, conseqüentemente, o que pode ser feito na prática para melhor responder às necessidades da população portuguesa e promover uma maior adesão aos SSM.

### **Implicações do Estudo e Recomendações**

O presente estudo permite contribuir para a investigação sobre religião e SSM em Portugal, um tema atualmente pouco explorado no contexto português (Freire, 2018), com recurso a uma abordagem quantitativa. Os dados obtidos permitem uma melhor compreensão sobre a forma como diferentes comunidades religiosas, com indivíduos com diferentes graus de religiosidade, perspetivam os SSM; e providencia informação sobre algumas das barreiras experienciadas por estas populações no acesso a cuidados de SM. Para além da dimensão religiosa, o presente estudo contribui também com dados importantes sobre a relação entre atitudes de procura de ajuda psicológica e alguns aspetos culturais, nomeadamente o papel da origem étnica e o tempo de residência em Portugal.

A partir dos resultados obtidos, podemos observar que, na presente amostra portuguesa, as pessoas mais religiosas perspetivam os SSM de forma mais negativa, e as

barreiras que mais impedem o seu acesso a cuidados de SM relacionam-se com receios de incompatibilidade entre os SSM e valores religiosos. As crenças religiosas surgiram com uma parte fundamental na vida de muitas destas pessoas, e foi manifestado uma preocupação significativa sobre como estas poderão ser recebidas pelos profissionais de SM (e.g. discriminação; incompreensão; exclusão das suas crenças no tratamento; desvalorização das crenças ou tentativa de afastar os indivíduos das mesmas). Daqui se depreende a importância de os profissionais de SM desenvolverem sensibilidade e competências R/E para melhor lidarem com estas populações; e a importância de abordarem estes tópicos no âmbito da sua formação e treino — algo que é ainda muito raramente efetuado (APA, 2015; APA, 2017; Cunha & Scorsolini-Comin, 2019; Freire, 2018; Vieten et al., 2023). As orientações para a prática multicultural da *American Psychiatry Association* (2015) e *American Psychology Association* (2017) frisam ainda a importância dos profissionais de SM estarem atentos a possíveis enviesamentos que os próprios possam ter sobre R/E e diferentes comunidades (e.g. etnocentrismo, religiofobia, islamofobia, antisemitismo, etc.), pois estes poderão influenciar negativamente os tratamentos (e.g. risco de proselitismo — i.e. convencer o paciente a acreditar e praticar segundo os ideais do profissional, Koenig, Peteet, et al. 2020). A promoção de uma colaboração aberta entre profissionais de SM e comunidades religiosas, por sua vez, é fundamental, não só porque permite o desenvolvimento do conhecimento R/E e multicultural por parte dos profissionais de SM (APA, 2017; Bouwhuis-Van Keulen et al., 2023; Cunha & Scorsolini-Comin, 2019; Freire, 2018; Isacco et al., 2014; Khan, 2019; King et al., 2023; Koenig, Peteet, et al., 2020; Plante, 2023; Sun et al., 2016); mas também porque permite nas pessoas religiosas, através de um maior contacto com SSM: o desenvolvimento da literacia em SM e sobre os serviços existentes, a redução do estigma associado à procura de ajuda, a promoção de atitudes mais positivas face aos SSM, e a perceção de um maior acesso a estes serviços (Brenner et al., 2018; Coppens et al., 2013; Elshaikh et al., 2023; Fekih-Romdhane, Daher-Nashif et al., 2023; Fitzgerald & Vaidyanathan, 2023; Freire, 2018; Freire et al., 2019; Harris et al., 2021; Lefevor et al., 2022; Zia & Mackenzie, 2024).

## **Estudos Futuros**

O presente estudo pretende contribuir para o melhor entendimento das atitudes e barreiras experienciadas pelas comunidades religiosas em Portugal. Do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo quantitativo sobre o tema em Portugal, pelo que é necessária mais investigação sobre o mesmo. Particularmente estudos focados em populações religiosas específicas, pois os resultados indicam que as atitudes de pessoas provenientes de diferentes afiliações/comunidades são diferentes e poderão experienciar barreiras diferentes. Existe a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a perspetiva de diferentes comunidades sobre os SSM, quais as suas preocupações e seguranças, o que os impede ou facilita no seu acesso, bem como perceber que necessidades têm que estão ou não estão a ser respondidas nos SSM portugueses atualmente e o que pode ser feito para os melhorar, de forma prática. Estudos futuros poderão ainda beneficiar da utilização de métodos de recolha de dados mistos ou medidas diferentes, como por exemplo a utilização de vinhetas clínicas ou medidas implícitas para avaliar as atitudes, de forma a capturar as suas atitudes de forma menos enviesada (Moreno et al., 2022). A dimensão religiosa poderá também beneficiar do uso de outro tipo de medidas ou variáveis como, por exemplo, a avaliação: da importância da religião para a identidade do indivíduo; e dos valores religiosos do indivíduo, e em que medida estes valores ou crenças são semelhantes ou diferentes dos valores e crenças da sociedade em que está inserido. Caso o indivíduo percecionasse uma discrepância grande entre os seus valores e as pessoas que o rodeiam, é possível que isto contribua para atitudes mais negativas relativamente à procura de ajuda psicológica profissional (Sun et al., 2016). Estudos sobre os valores e identidade nestas populações poderão ser principalmente pertinentes tendo em conta que no presente estudo a pertença a diferentes afiliações religiosas e o tempo de residência em Portugal tiveram um peso significativamente maior do que a religiosidade nas atitudes (Ahn et al., 2024; Sadek e Hashem, 2024). Medidas sobre a discriminação percebida em diferentes grupos poderá também ser uma variável relevante a incluir em estudos futuros (Lowther-Payne et al., 2023), e a frequência pela qual os líderes religiosos falam sobre SM em diferentes comunidades religiosas (Lefevor et al., 2022). Por fim, estudos futuros poderão averiguar se alguma das barreiras incluídas no presente estudo constitui uma variável mediadora na relação entre religiosidade e atitudes. Perceber que barreiras intermédias interferem nesta

relação permitem o desenvolvimento de respostas mais direcionadas (Fekih-Romdhane, Daher-Nashif et al., 2023; Fox et al., 2020; Zia & Mackenzie, 2024). É possível, por exemplo, que o desconhecimento sobre os SSM reportado no presente estudo, constitua uma variável mediadora (Hlongwane & Juby, 2023). Caso isto se verifique, programas que visem a promoção da literacia em saúde mental através da colaboração com comunidades religiosas poderiam ser particularmente eficazes (Conceição et al., 2022; Kohls et al., 2017; Simões de Almeida et al., 2023). Mais estudos são necessários também para perceber qual a disponibilidade das diferentes comunidades religiosas em criar maiores pontos de ligação com profissionais de SM, e como as mesmas gostariam de estabelecê-las (e.g. treino de líderes religiosos em SM; palestras/workshops sobre SM com membros da comunidade; disponibilização de SSM nas próprias instituições religiosas; colaboração entre profissionais de SM e líderes religiosos em contexto psicoterapêutico, etc.). Diferentes comunidades poderão ter diferentes preferências relativamente a esta colaboração, bem como necessidades diferentes ao nível dos tipos de intervenção e programas de prevenção (Fitzgerald & Vaidyanathan, 2023; McLaughlin et al., 2022; Zia et al., 2022).

### **Conclusão**

Face ao passado conflituoso entre SSM e religião (Ellis, 1971; Freud, 1961; Skinner, 1971) e o aumento dos fluxos migratórios e diversidade religiosa em Portugal nos últimos anos (Coutinho, 2019; INE 2011; Teixeira, 2023), o presente estudo, com base numa amostra de residentes portugueses adultos, teve como principais objetivos perceber qual a relação entre religiosidade e atitudes de procura de ajuda psicológica, e identificar as barreiras que poderão estar a condicionar o acesso aos SSM nos indivíduos mais religiosos. Os resultados do estudo mostraram, tal como previsto, que quanto maior o grau de religiosidade, mais negativas eram as atitudes relativamente à procura de ajuda, o que vai ao encontro do proposto na Teoria da Ação Planeada (TAP, Ajzen, 1985, 1991; Hammer et al., 2018; Li et al., 2014; Mohammadifrouzeh et al., 2023). Esta relação manteve-se significativa quando controlada por diversas características sociodemográficas, mas perdeu significância estatística quando controlada pela afiliação religiosa e tempo de residência em Portugal. Estes resultados poderão indicar, por um

lado, possíveis diferenças na frequência com que diferentes comunidades religiosas falam sobre SM (Lefevor et al., 2022) e no grau de impedimento experienciado por cada comunidade no acesso a SSM (APA, 2017; Bagasra, 2023; Freire, 2018; Teixeira, 2023), entre outros. Por outro lado, poderão indicar a existência de variáveis intermédias relacionadas com a identidade (e.g. grupo de pertença, grau de centralidade da identidade religiosa ou étnica) ou perceção de discrepância/semelhança de valores entre o grupo de pertença e a sociedade portuguesa (Ahn et al., 2024; Mudryk & Johnson, 2022; Sadek e Hashem, 2024; Sun et al., 2016), embora mais estudos sejam necessários para testar estas hipóteses. Para os mais religiosos, as principais barreiras evocadas no acesso a cuidados de SM relacionaram-se não com barreiras estruturais, mas com receios e preocupações de incompatibilidade entre os seus valores religiosos e os valores seculares presentes nos SSM. Os participantes consideraram importante a integração de aspetos R/E nos tratamentos e revelaram receios sobre como as suas crenças seriam recebidas nos SSM (e.g. exclusão da R/E do tratamento; discriminação; incompreensão; desvalorização das crenças ou tentativa de afastar os indivíduos das mesmas). Face a este panorama, é importante que os profissionais de SM: estejam conscientes de possíveis vieses que possam ter sobre R/E e diferentes comunidades religiosas; pratiquem humildade cultural; e desenvolvam competências para abordar questões R/E (APA, 2015; APA, 2017; Bouwhuis-Van Keulen et al., 2023; Cunha & Scorsolini-Comin, 2019; Freire, 2018; Khan, 2019; King et al., 2023; Koenig, Peteet, et al., 2020; Plante, 2023). É importante também estabelecer pontes de comunicação aberta entre profissionais de SM e comunidades religiosas, para que estas últimas também desenvolvam um melhor conhecimento sobre SSM e no que constituem (Fitzgerald & Vaidyanathan, 2023). Do nosso conhecimento, o presente estudo é o primeiro a estudar quantitativamente a relação entre religiosidade e atitudes de procura de ajuda numa amostra em Portugal, contribuindo assim para a investigação no país. Os resultados do presente estudo, por sua vez, contribuem para uma melhor compreensão sobre como os SSM são perspetivados em diferentes comunidades e como os SSM (e as formações académicas associadas) poderão ser melhorados para melhor dar resposta às necessidades psicológicas e religiosas destas populações (Cunha & Scorsolini-Comin, 2019; Fitzgerald & Vaidyanathan, 2023; Freire, 2018; McLaughlin et al., 2022; Zia et al., 2022).

## Referências

- Abu-Ras, W., Suárez, Z. E., & Abu-Bader, S. (2018). Muslim Americans' safety and well-being in the wake of Trump: A public health and social justice crisis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(5), 503-515. <https://doi.org/10.1037/ort0000321>
- Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G., & Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy, White women. *Health psychology*, 19(6), 586-592. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.6.586>
- Ahmad, S. S., McLaughlin, M. M., & Weisman de Mamani, A. (2023). Validation and test–retest reliability of the Spiritual Bypass Scale in Muslims and implications for psychological help-seeking attitudes and self-stigma. *Spirituality in Clinical Practice*, 10(1), 62-73. <https://doi.org/10.1037/scp0000300>
- Ahn, J. Y., Bedi, R., Choubisa, R., & Ruparel, N. (2024). The association between Western components of psychotherapy and psychotherapy help-seeking attitudes among Asian Indians: A practice innovation. *Practice Innovations*. <https://dx.doi.org/10.1037/pri0000247>
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl, & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2)
- 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)
- Al Shelali, M., Alibrahim, H., Alomar, N., Pandi-Perumal, S. R., Seeman, M. V., & Jahrami, H. (2023). The good, the bad, and the ugly of faith healers and psychiatric illnesses: A systematic review of the literature in the Arab world. *Journal of Religion and Health*, 1–20. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01898-1>

- Amado, N. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos socioculturalmente muito pouco diferenciados* [Tese de doutoramento em Psicologia do Desenvolvimento, ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório do ISPA.  
<http://hdl.handle.net/10400.12/39>
- Amado, N., & Diniz, A. M. (2017). Strength of religious faith in the Portuguese Catholic elderly: Effects of aging, gender, education, and religious participation. *Archive for the Psychology of Religion*, 39(1), 82-98. <https://doi.org/10.1163/15736121-12341333>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1228>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association (2015). *The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults* (3<sup>a</sup> ed.).  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890426760.pe02>
- American Psychological Association (2017). *Multicultural guidelines: An ecological approach to context, identity, and intersectionality*.  
<http://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf>
- Antunes, A., Silva, M., Azeredo-Lopes, S., Cardoso, G., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2022). Perceived stigma and discrimination among persons with mood and anxiety disorders: Results from the WHO World Mental Health Survey Portugal. *The European Journal of Psychiatry*, 36(4), 280-287.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2022.06.001>
- Araújo, M. (2019). A islamofobia e as suas narrativas em Portugal: Conhecimento, política, média e ciberespaço. *Oficina do CES*, (447).  
<https://hdl.handle.net/10316/86974>
- Argyle, M., & Beit-Hallahmi, B. (2013). *The social psychology of religion (Psychology Revivals)*. Routledge.

- Bagasra, A. (2023). Religious interpretations of mental illness and help-seeking experiences among Muslim Americans: Implications for clinical practice. *Spirituality in Clinical Practice*, 10(1), 20-31.  
<https://doi.org/10.1037/scp0000299>
- Bahji, A. (2021). What are the clinical implications of Bahá'í perspectives of psychiatry and mental health? *Mental health, religion & culture*, 24(10), 1017-1024.  
<https://doi.org/10.1080/13674676.2021.1986691>
- Barkdull, C., Khaja, K., Queiro-Tajalli, I., Swart, A., Cunningham, D., & Dennis, S. (2011). Experiences of Muslims in four western countries post-9/11. *Affilia*, 26(2), 139–153. <https://doi.org/10.1177/0886109911405491>
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2016). *Research methods in clinical psychology: An introduction to students and practitioners* (3<sup>rd</sup> ed.). John Wiley & Sons.
- Baumann, K., Lee, E., Reiser, F. (2021). Spiritual Needs in psychiatry and psychotherapy. In A., Büssing (Eds.), *Spiritual Needs in Research and Practice* (pp. 221-237). Palgrave Macmillan, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-70139-0\\_17](https://doi.org/10.1007/978-3-030-70139-0_17)
- Beydoun, K. A. (2019). *American islamophobia: Understanding the roots and rise of fear*. University of California Press.
- Blanco, G., & Pais-Ribeiro, J. L. (2023). Atitudes face à procura de apoio psicológico profissional em Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 24(3), 794-806.  
<https://doi.org/10.15309/23psd240301>
- Blanco, G., & Pais-Ribeiro, J. L. (2024). Como avaliam os portugueses a sua saúde mental e o apoio psicológico? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 25(1), 54-66.  
<https://doi.org/10.15309/24psd250106>
- Bouwhuis-Van Keulen, A. J., Koelen, J., Eurelings-Bontekoe, L., Hoekstra-Oomen, C., & Glas, G. (2023). The evaluation of religious and spirituality-based therapy compared to standard treatment in mental health care: A multi-level meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research*, 1–14.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2241626>

- Bracke, P., Delaruelle, K., & Verhaeghe, M. (2019). Dominant cultural and personal stigma beliefs and the utilization of mental health services: A cross-national comparison. *Frontiers in Sociology, 4*, Article 40.  
<https://doi.org/10.3389/fsoc.2019.00040>
- Brenner, R. E., Engel, K. E., Vogel, D. L., Tucker, J. R., Yamawaki, N., & Lannin, D. G. (2018). Intersecting cultural identities and help-seeking attitudes: The role of religious commitment, gender, and self-stigma of seeking help. *Mental Health, Religion & Culture, 21*(6), 578-587.  
<https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1519782>
- Carli, A. E. (2019). *How do psychotherapists understand, navigate, experience and integrate spirituality in their professional encounters with clients? A qualitative study with fifteen Western European psychotherapists* [Doctoral dissertation, Universitat Ramon Llull]. Universitat Ramon Llull Reportory.  
<http://hdl.handle.net/10803/668807>
- Carvalho, C. A. (2021). *Modelos de mediação alternativos da relação entre o género, a fé religiosa e a ansiedade face à morte: Comparação em jovens adultos e em idosos* [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/29206>
- Cheesmond, N. E., Davies, K., & Inder, K. J. (2019). Exploring the role of rurality and rural identity in mental health help-seeking behavior: A systematic qualitative review. *Journal of Rural Mental Health, 43*(1), 45-59.  
<http://dx.doi.org/10.1037/rmh0000109>
- Clement, S., Brohan, E., Jeffery, D., Henderson, C., Hatch, S. L., & Thornicroft, G. (2012). Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC psychiatry, 12* (36), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-36>
- 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), eArticle 0263622. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263622>

- Coppens, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., Koberger, N., Gottlebe, K., Gusmão, R., O'Connor, R., Postuvan, V., Sarchiapone, M., Sisak, M., Székely, A., van der Felt-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>
- Coutinho, J. P. (2019). Minorias religiosas em Portugal. *Revista de Estudos da Religião REVER*, 19(1), 167-185. <https://doi.org/10.23925/1677-1222.2018vol19i1a11>
- Coutinho, J. P. (2020). Minorias religiosas em Portugal: Uma revisão bibliográfica. *Horizonte – Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*, 18(56), 765-765. <https://doi.org/10.5752/P.2175-5841.2020v18n56p765>
- Cunha, V. F., & Scorsolini-Comin, F. (2019). A dimensão religiosidade/espiritualidade na prática clínica: Revisão integrativa da literatura científica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35419. <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e35419>
- Decreto-Lei nº 253/2009, de 23 de setembro. *Diário da República: Série I*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/253-2009-490426>
- Dumaop, D., Aruta, J. J., Policarpio, M. R., Aquino, J. B., Siao, A. M., & Cabantog, J. M. (2023). Mental help-seeking intention among atheists and agnostics: Evidence from a non-Western and highly religious country. *Stigma and Health*, 1- 4. <https://dx.doi.org/10.1037/sah0000468>
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Ellis, A. (1971). *The case against religion: A psychotherapist's view*. Institute for Rational Living.
- Elshaikh, U., Sheik, R., Saeed, R. K., Chivese, T., & Alsayed Hassan, D. (2023). Barriers and facilitators of older adults for professional mental health help-seeking: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 23(1), Article 516. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04229-x>

- Fanegan, B., Berry, A. M., Combs, J., Osborn, A., Decker, R., Hemphill, R., & Barzman, D. (2022). Systematic review of religiosity's relationship with suicidality, suicide related stigma, and formal mental health service utilization among Black Americans. *Psychiatric quarterly*, 93(3), 775-782. <https://doi.org/10.1007/s11126-022-09985-4>
- Fekih-Romdhane, F., Daher-Nashif, S., Stambouli, M., Alhuwailah, A., Helmy, M., Shuwiekh, H. A., Lemine, C. M., Radwan, E., Saquib, J., Saquib, N., Fawaz, M., Zarrouq, B., Naser, A. Y., Obeid, S., Saleh, M., Haider, S., Miloud, L., Badrasawi, M., Hamdan-Mansour, A., ... Hallit, S. (2023). Mental illness stigma as a moderator in the relationship between religiosity and help-seeking attitudes among Muslims from 16 Arab countries. *BMC Public Health*, 23(1671), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16622-7>
- Fekih-Romdhane, F., Jahrami, H., Stambouli, M., Alhuwailah, A., Helmy, M., Shuwiekh, H. A., Lemine, C. M., Radwan, E., Saquib, J., Saquib, N., Fawaz, M., Zarrouq, B., Naser, A. Y., Obeid, S., Hallit, S., Saleh, M., Haider, S., Miloud, L., ... Cheour, M. (2023). Cross-cultural comparison of mental illness stigma and help-seeking attitudes: A multinational population-based study from 16 Arab countries and 10,036 individuals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58(4), 641-656. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02403-x>
- 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. <https://psycnet.apa.org/record/1996-10056-001>
- Fischer, E. H., & Turner, J. I. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 35(1p1), 79. <https://doi.org/10.1037/h0029636>
- Fitzgerald, C. A., & Vaidyanathan, B. (2023). Faith leaders' views on collaboration with mental health professionals. *Community Mental Health Journal*, 59(3), 477-485. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-01031-8>

- Fox, J., Picciotto, G., Cashwell, C. S., Worthington, E. L., Jr., Basso, M. J., Brow Corrigan, S., Toussaint, L., & Zeligman, M. (2020). Religious commitment, spirituality, and attitudes toward God as related to psychological and medical help-seeking: The role of spiritual bypass. *Spirituality in Clinical Practice*, 7(3), 178-196. <http://dx.doi.org/10.1037/scp0000216>
- Freire, J. E. (2018). *Mental health, religiosity and spirituality in Portugal: Towards the development and integration of religious/spiritual competence for mental health professionals* [Tese de doutoramento em Psicologia, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE. <http://hdl.handle.net/10071/16711>
- Freire, J., & Moleiro, C. (2015). Religiosity, spirituality, and mental health in Portugal: A call for a conceptualisation, relationship, and guidelines for integration (a theoretical review). *Psicologia*, 29(2), 17-32. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v29i2.1006>
- Freire, J., Moleiro, C., & Rosmarin, D. H. (2016). Calling for awareness and knowledge: Perspectives on religiosity, spirituality and mental health in a religious sample from Portugal (a mixed-methods study). *Open Theology*, 2(1), 681-699. <https://doi.org/10.1515/opth-2016-0053>
- Freire, J., Moleiro, C., Rosmarin, D. H., & Freire, M. (2019). A call for collaboration: Perception of religious and spiritual leaders on mental health (a Portuguese sample). *Journal of Spirituality in Mental Health*, 21(1), 55-75. <https://doi.org/10.1080/19349637.2017.1423001>
- Freud, S. (1961). *The future of an illusion*. W. W. Norton & Company.
- 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>

- Harris, J. R., Wahesh, E., Barrow, M., & Fripp, J. A. (2021). Demographics, stigma, and religious coping and Christian African Americans' help seeking. *Counseling and Values*, 66(1), 73-91. <https://doi.org/10.1002/cvj.12145>
- Hlongwane, N., & Juby, V. (2023). Knowledge, attitudes, and help-seeking behaviour for mental illness in a Christian community. *South African Journal of Psychiatry*, 29(1), 1-10. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v29i0.2139>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2021). *GBD compare: Mental disorders*. University of Washington. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#settings=8746da50a136e8e7d39b0108a8dd86b438a4a993>
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Recenseamento da população e habitação: População residente com 15 e mais anos de idade (n.º) por local de residência (à data dos Censos 2011) e religião*. [https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_indicador&contexto=ind&indOcorrCod=0006396&selTab=tab10](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicador&contexto=ind&indOcorrCod=0006396&selTab=tab10)
- Instituto Nacional de Estatística (2024a). *População residente (série longa, início 1991 - n.º) por local de residência (NUTS - 2013), sexo e idade; anual*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0000256&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0000256&selTab=tab0)
- Instituto Nacional de Estatística (2024b). *Taxa de escolaridade do nível de ensino básico (série 2011 - %) por local de residência (NUTS - 2013); anual*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0000256&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0000256&selTab=tab0)
- Instituto Nacional de Estatística (2024c). *Taxa de escolaridade do nível de ensino secundário (série 2011 - %) por local de residência (NUTS - 2013), sexo e grupo etário; anual*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0000256&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0000256&selTab=tab0)
- Instituto Nacional de Estatística (2024d). *Taxa de escolaridade do nível de ensino superior (série 2011 - %) da população residente com idade entre 25 e 64 anos*

por local de residência (NUTS - 2013), sexo e grupo etário; anual.

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0000256&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0000256&selTab=tab0)

Isacco, A., Sahker, E., Hamilton, D., Mannarino, M. B., Sim, W., & St Jean, M. (2014). A qualitative study of mental health help-seeking among Catholic priests. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(7), 741-757.

<http://dx.doi.org/10.1080/13674676.2014.910759>

Jenkins, D. G., & Quintana-Ascencio, P. F. (2020). A solution to minimum sample size for regressions. *PLoS One*, 15(2), eArticle 0229345.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229345>

Khan, I. J. (2019). Spirituality and religion-relevance and assessment in the clinical setting. *Current Psychiatry Research and Reviews*, 15(2), 80–87.

<https://doi.org/10.2174/1573400515666190404143104>

Khatib, H. E., Alyafei, A., & Shaikh, M. (2023). Understanding experiences of mental health help-seeking in Arab populations around the world: A systematic review and narrative synthesis. *BMC Psychiatry*, 23(1), 1-26.

<https://doi.org/10.1186/s12888-023-04827-4>

Kim, S. B., & Lee, Y. J. (2022). Factors associated with mental health help-seeking among Asian Americans: A systematic review. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 9(4), 1276-1297. <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01068-7>

King, J. K., Kieu, A., El-Deyarbi, M., Aljneibi, N., Al-Shamsi, S., Hashim, M. J., Östlundh, L., King, K. E., King, R. H., & Khan, M. A. (2023). Towards a better understanding between non-Muslim primary care clinicians and Muslim patients: A literature review intended to reduce health care inequities in Muslim patients. *Health Policy OPEN*, 4, 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2023.100092>

Koenig, H. G., Al-Zaben, F., & VanderWeele, T. J. (2020). Religion and psychiatry: Recent developments in research. *BJPsych advances*, 26(5), 262–272.

<https://doi.org/10.1192/bja.2019.81>

- Koenig, H. G., Peteet, J. R., & VanderWeele, T. J. (2020). Religion and psychiatry: Clinical applications. *BJPsych Advances*, 26(5), 273–281.  
<https://doi.org/10.1192/bja.2020.11>
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). Definitions. In *Handbook of religion and health* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 35-50). Oxford University Press.
- 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>
- Kørup, A. K., Søndergaard, J., Alyousefi, N. A., Lucchetti, G., Baumann, K., Lee, E., Karimah, A., Ramakrishnan, P., Frick, E., Büssing, A., Schouten, E., Butcher, W., Hefti, R., Wemuth, I., & Hvidt, N. C. (2021). The international NERSH data pool of health professionals' attitudes toward religiosity and spirituality in 12 countries. *Journal of religion and health*, 60, 596-619.  
<https://doi.org/10.1007/s10943-020-01077-6>
- Kovess-Masfety, V., Evans-Lacko, S., Williams, D., Andrade, L. H., Benjet, C., Ten Have, M., Wardenaar, K., Karam, E. G., Bruffaerts, R., Abdumalik, J., Abad, J. M., Florescu, S., Wu, B., Jonge, P. D., Altwaijri, Y., Hinkov, H., Kawakami, N., Caldas-de-Almeida, J. M., Bromet, E., ... Gureje, O. (2017). The role of religious advisors in mental health care in the World Mental Health surveys. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52, 353-367.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-016-1290-8>
- Lannin, D. G., Barrowclough, M., & Vogel, D. L. (2020). An examination of help-seeking preferences via best–worst scaling. *Journal of clinical psychology*, 76(9), 1677-1695. <https://doi.org/10.1002/jclp.22945>
- Lefevor, G. T., Paiz, J. Y., Milburn, H. E., Sheffield, P. E., & Tamez Guerrero, N. A. (2022). Religiousness and help seeking: Individual, congregational, and clergy factors. *Counselling Psychology Quarterly*, 35(1), 89-109.  
<https://doi.org/10.1080/09515070.2021.1874297>

- 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>
- Lin, Y. Y., Swanson, D. P., & Rogge, R. D. (2024). From zen to stigma: Buddhism, Taoism, Confucianism, and their cross-cultural links to mental health. *Journal of Counseling & Development*, 102(3), 264–278. <https://doi.org/10.1002/jcad.12514>
- Lloyd, C. E., Reid, G., & Kotera, Y. (2021). From whence cometh my help? Psychological distress and help-seeking in the Evangelical Christian church. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 744432. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.744432>
- Loewenthal, K. M. (2006). Strictly Orthodox Jews and their relations with psychotherapy and psychiatry. *World Cultural Psychiatry Research Review*, 1(1), 128-32. <https://encurtador.com.br/8e2gn>
- Lowther-Payne, H. J., Ushakova, A., Beckwith, A., Liberty, C., Edge, R., & Lobban, F. (2023). Understanding inequalities in access to adult mental health services in the UK: A systematic mapping review. *BMC Health Services Research*, 23(1), Article 1042. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10030-8>
- Maloney, M. (2006). Polishing the mirror: Mental health from a Bahá'í perspective. *Journal of Religion and Health*, 45(3), 405-418. <https://doi.org/10.1007/s10943-006-9034-9>
- Malviya, S. (2023). The need for integration of religion and spirituality into the mental health care of culturally and linguistically diverse populations in Australia: A rapid review. *Journal of Religion and Health*, 62, 2272–2296. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01761-3>
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (7ª ed.). ReportNumber.
- Marôco, J., Sinval., J. & Castel-Branco, M. (2020). *Análise estatística II* [PowerPoint Slides]. Ispa – Instituto Universitário. Ecampus da UC *Análise Estatística II*. [https://ecampus.ispa.pt/moodle/pluginfile.php/180279/mod\\_resource/content/9/Slides%20Aulas%20Te%C3%B3ricas.pdf](https://ecampus.ispa.pt/moodle/pluginfile.php/180279/mod_resource/content/9/Slides%20Aulas%20Te%C3%B3ricas.pdf)

- Marques, A., Ihle, A., Souza, A., Peralta, M., & de Matos, M. G. (2022). Religious-based interventions for depression: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Journal of Affective Disorders*, 309, 289–296. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.126>
- Martins, D. A., Coêlho, P. D., Becker, S. G., Ferreira, A. A., Oliveira, M. L., & Monteiro, L. B. (2021). Religiosity and mental health as aspects of comprehensiveness in care. *Revista brasileira de enfermagem*, 75(1), e20201011. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1011>
- McLaughlin, M. M., Ahmad, S. S., & Weisman de Mamani, A. (2022). A mixed-methods approach to psychological help-seeking in Muslims: Islamophobia, self-stigma, and therapeutic preferences. *Journal of consulting and clinical psychology*, 90(7), 568-581. <https://doi.org/10.1037/ccp0000746>
- Miranda, A. F. (2018). *Barriers to access to care evaluation: Portuguese adaptation of a mental healthcare psychometric instrument* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/82664>
- Mohammadifrouzeh, M., Oh, K. M., Basnyat, I., & Gimm, G. (2023). Factors associated with professional mental help-seeking among US immigrants: A systematic review. *Journal of immigrant and minority health*, 25(5), 1118-1136. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01475-4>
- Moreno, A. N., Bartkowski, J. P., & Xu, X. (2022). Religion and help-seeking: Theological conservatism and preferences for mental health assistance. *Religions*, 13(5), Article 415. <https://doi.org/10.3390/rel13050415>
- Mudryk, E. P., & Johnson, L. R. (2023). The impact of religiousness and beliefs about mental illness on help-seeking behaviors of Muslim Americans. *Journal of Clinical Psychology*, 79(4), 1208-1222. <https://doi.org/10.1002/jclp.23466>
- Neves-Pereira, M. S., Carvalho, M. A., & Aspesi, C. D. (2018). Mindfulness and Buddhism: Contributions of Buddhist philosophical and religious teachings to

- the fields of psychology and education. *Gifted Education International*, 34(2), 144-154. <https://doi.org/10.1177/0261429417716347>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código deontológico*.  
<https://encurtador.com.br/1XVVk>
- Pankowski, D., & Wytrychiewicz-Pankowska, K. (2023). Turning to religion during COVID-19 (Part I): A systematic review, meta-analysis and meta-regression of studies on the relationship between religious coping and mental health throughout COVID-19. *Journal of religion and health*, 62(1), 510-543.  
<https://doi.org/10.1007/s10943-022-01703-5>
- Papaleontiou-Louca, E. (2021). Effects of religion and faith on mental health. *New ideas in Psychology*, 60, Article 100833.  
<https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2020.100833>
- Pereira, I. F. (2019). *É a religiosidade protetora da ansiedade face à morte nos adultos na meia-idade e nos idosos* [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/26216>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Editora Sílabo.
- Pew Research Center (2022). *Religious composition by country, 2010-2050*.  
<https://www.pewresearch.org/religion/feature/religious-composition-by-country-2010-2050/>
- Planey, A. M., Smith, S. M., Moore, S., & Walker, T. D. (2019). Barriers and facilitators to mental health help-seeking among African American youth and their families: A systematic review study. *Children and Youth Services Review*, 101, 190-200.  
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.04.001>
- Plante, T. G. (2021). The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire (SCSRFQ): A brief, nondenominational, and multicultural assessment tool. In *Assessing spirituality in a diverse world* (pp. 445-466). Springer, Cham.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-030-52140-0\\_18](https://doi.org/10.1007/978-3-030-52140-0_18)

- Plante, T. G. (2023). Confronting religious and spiritual discrimination in clinical and professional practice. *Spirituality in Clinical Practice*, 1-5.  
<https://doi.org/10.1037/scp0000336>
- Plante, T. G., & Boccaccini, M. T. (1997). The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*, 45(5), 375-387.  
<https://doi.org/10.1007/BF02230993>
- Plante, T. G., Vallaey, C. L., Sherman, A. C., & Wallston, K. A. (2002). The development of a brief version of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*, 50(5), 359–368.  
<https://doi.org/10.1023/A:1014413720710>
- Roberts, M. C., & Ilardi, S. S. (2003). *Handbook of research methods in clinical psychology*. Blackwell Publishing.
- Sadek, K., & Hashem, H. M. (2024). Teasing apart the role of identity and help-seeking intentions among Arab/MENA and South Asian Muslim Americans. *Social Sciences & Humanities Open*, 9, Article 100789.  
<https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2023.100789>
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Research methods in psychology* (9<sup>th</sup> ed.). McGraw-Hill.
- Silva, M., Antunes, A., Azeredo-Lopes, S., Cardoso, G., Xavier, M., Saraceno, B., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2022). Barriers to mental health services utilisation in Portugal: Results from the National Mental Health Survey. *Journal of Mental Health*, 31(4), 453-461. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1739249>
- Simões de Almeida, R., Trigueiro, M. J., Portugal, P., de Sousa, S., Simões-Silva, V., Campos, F., Silva, M., & Marques, A. (2023). Mental health literacy and stigma in a municipality in the North of Portugal: a cross-sectional study. *International Journal of environmental research and public health*, 20(4), Article 3318.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph20043318>
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. Hackett Publishing Company.

- 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. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000172>
- Taylor, R. E., & Kuo, B. C. (2019). Black American psychological help-seeking intention: An integrated literature review with recommendations for clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(4), 325-337. <https://doi.org/10.1037/int0000131>
- Teixeira, A. (2023). Religion and cultural mediations: Perspectives from contemporary Portuguese society. *Religions*, 14(4), 534. <https://doi.org/10.3390/rel14040534>
- Vanheusden, K., Mulder, C. L., van der Ende, J., van Lenthe, F. J., Mackenbach, J. P., & Verhulst, F. C. (2008). Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. *Patient education and counseling*, 73(1), 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.006>
- Vieten, C., Oxhandler, H. K., Pearce, M., Fry, N., Tanega, C., & Pargament, K. (2023). Mental health professionals' perspectives on the relevance of religion and spirituality to mental health care. *BMC psychology*, 11(1), Article 439. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01466-y>
- Vogel, D. L., Strass, H. A., Heath, P. J., Al-Darmaki, F. R., Armstrong, P. I., Baptista, M. N., Brenner, R. E., Gonçalves, M., Lannin, D. G., Liao, H. Y., Mackenzie, C. S., Mak, W. W. Rubin, M., Topkaya, N., Wade, N. G., Wang, Y. F., & Zlati, A. (2017). Stigma of seeking psychological services: Examining college students across ten countries/regions. *The Counseling Psychologist*, 45(2), 170-192. <https://doi.org/10.1177/0011000016671411>
- Yee, T., Ceballos, P., & Diaz, J. (2020). Examining the psychological help-seeking attitudes of Chinese immigrants in the US. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42(3), 307-318. <https://doi.org/10.1007/s10447-020-09403-z>

Zia, B., & Mackenzie, C. S. (2024). Internalized stigma negatively affects attitudes and intentions to seek psychological help among western Muslims: Testing a moderated serial mediation model. *Stigma and Health*, 9(1), 71-80.

<https://doi.org/10.1037/sah0000314>

Zia, B., Abdulrazaq, S., & Mackenzie, C. S. (2022). Mental health service utilization and psychological help-seeking preferences among Canadian Muslims. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 41(1), 35-45.

<https://doi.org/10.7870/cjcmh-2022-003>

## Anexos

### Anexo A – Questionário Sociodemográfico

#### Questionário Socioedemográfico

Nesta secção, ser-lhe-ão pedidas algumas informações sobre si. Relembramos que não existem respostas certas ou erradas, por isso, responda da forma mais sincera possível.

Género \*

- Feminino
- Masculino
- Other: \_\_\_\_\_

Idade \*

Your answer \_\_\_\_\_

Estado Civil \*

- Solteiro
- Casado/ Em União de Facto
- Viúvo
- Divorciado/Separado
- Other: \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias \*

- 1º Ciclo (4º ano)
- 2º Ciclo (6º ano)
- 3º Ciclo (9º ano)
- Ensino Secundário (12º ano ou equivalente)
- Licenciatura ou Bacharelato
- Mestrado ou Pós-graduação
- Doutoramento

Estatuto Ocupacional \*

- Estudante
- Trabalhador
- Trabalhador-Estudante
- Desempregado
- Reformado
- Other: \_\_\_\_\_

## Estatuto Socioeconómico

\*

Imagine que a imagem abaixo descreve a **sociedade Portuguesa**:

No topo da escada, encontram-se as pessoas com **mais** estatuto – os que têm **mais** dinheiro, **maior** escolaridade e empregos que a sociedade valoriza.

Na base da escada, encontram-se as pessoas com **menos** estatuto – os que têm **menos** dinheiro, **pouca** escolaridade e empregos pouco valorizados.

Agora pense em **si** e na **sua família**. Onde é que pensa que se encontram, nesta escada? Selecione o número correspondente ao degrau.




Choose

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Choose

⋮



Nasceu em Portugal?  Multiple choice ▼

Sim ✕ Go to section 4 (Questionário Sociodemográfico) ▼

Não ✕ Continue to next section ▼

Add option or [add "Other"](#)

---

  Required  ⋮

**Section 3 of 12**

**Questionário Sociodemográfico** ✕ ⋮

Description (optional)

Se "não", há quanto tempo reside em Portugal? \*

Short answer text

After section 3 Continue to next section ▼

**Section 4 of 12**

**Questionário Sociodemográfico** ✕ ⋮

Description (optional)

Qual a sua origem étnica? \*

(e.g. Brasileira, Angolana, Indiana, Chinesa, etc.)

Portuguesa

Other... \_\_\_\_\_


Em que região de Portugal reside? \*

- Norte
- Centro
- Alentejo
- Área Metropolitana de Lisboa
- Algarve
- Ilhas (Açores e Madeira)

Como descreveria o seu local de residência? \*



- Meio Urbano (i.e. cidade)
- Meio Rural (i.e. campo, aldeia)

⋮

Afiliação Religiosa  **Multiple choice** ▾

<input type="radio"/> Sem religião (e.g. ateu, agn...	✕	Go to section 7 (Questionário Sociodemográfico)	▾
<input type="radio"/> Cristão – Católico	✕	Go to section 6 (Questionário Sociodemográfico)	▾
<input type="radio"/> Cristão – Ortodoxo	✕	Go to section 6 (Questionário Sociodemográfico)	▾
<input type="radio"/> Cristão – Protestante	✕	Go to section 6 (Questionário Sociodemográfico)	▾
<input type="radio"/> Outro Cristão	✕	Continue to next section	▾
<input type="radio"/> Muçulmano	✕	Go to section 6 (Questionário Sociodemográfico)	▾
<input type="radio"/> Judeu	✕	Go to section 6 (Questionário Sociodemográfico)	▾
<input type="radio"/> Hindu	✕	Go to section 6 (Questionário Sociodemográfico)	▾
<input type="radio"/> Budista	✕	Go to section 6 (Questionário Sociodemográfico)	▾
<input type="radio"/> Pagão	✕	Go to section 6 (Questionário Sociodemográfico)	▾
<input type="radio"/> Bahá'í	✕	Go to section 6 (Questionário Sociodemográfico)	▾
<input type="radio"/> Outro	✕	Continue to next section	▾
<input type="radio"/> Add option or <a href="#">add "Other"</a>			

---

  | Required  ⋮

Section 5 of 12

**Questionário Sociodemográfico** ✕ ⋮

Description (optional)

Caso a sua resposta à pergunta anterior tenha sido "Outro" ou "Outro Cristão", por favor \*  
 explicita qual a sua religião.

Short answer text  
 .....

Section 6 of 12

**Questionário Sociodemográfico** ✕ ⋮

Description (optional)

Descrever-se-ia como um líder religioso? (e.g. Padre, Monge, Álim, etc.) \*

Sim

Não

Section 7 of 12

**Questionário Sociodemográfico** ✕ ⋮

Description (optional)

⋮

Já alguma vez utilizou Serviços de Saúde Mental em Portugal? 🖼️ 🗳️ Multiple choice ▾

(e.g. Psicologia, Psiquiatria, Psicoterapia, Enfermagem de saúde mental, outro)

Sim ✕ Continue to next section ▾

Não ✕ Go to section 9 (SCRFAQ-BR) ▾

Add option or [add "Other"](#)

📄 🗑️ | Required  ⋮

**Questionário Sociodemográfico**



Description (optional)

Se "sim", em que medida ficou satisfeito com o serviço? \*

	1	2	3	4	5	
Nada Satisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Satisfeito

**Anexo B – Versão portuguesa do Santa Clara Strength of Religious Faith  
Questionnaire – Brief Version (SCSRFQ-BR)**

(Ocultado por motivo de direitos de autor)

**Anexo C – Versão portuguesa do Attitudes Toward Seeking Professional  
Psychological Help-Short Form (ATSPPH-SF)**

(Ocultado por motivo de direitos de autor)

## Anexo D - Questionário (adaptado) de Barreiras Religiosas/Espirituais ao Acesso a Cuidados de Saúde Mental

### Barreiras ao Acesso

Em baixo, poderá ver uma lista de coisas que podem impedir, atrasar ou desencorajar as pessoas a procurar cuidados profissionais para um problema de saúde mental, ou manter essa ajuda. Algumas destas afirmações dizem respeito a aspetos religiosos/espirituais, outras não. Mesmo que não tenha uma religião, agradeceríamos que respondesse a todas.

Por cuidados profissionais, entendemos cuidados prestados por um médico de família, um membro de equipas comunitárias de saúde mental (e.g. enfermeiro de saúde mental), psiquiatras, psicólogos ou psicoterapeutas.

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

Por favor, assinale em que medida cada uma das seguintes afirmações o impediu, atrasou ou desencorajou:

1. Sentir-me embaraçado ou envergonhado por ter um problema de saúde mental. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

2. Indisponibilidade de profissionais do meu grupo religioso/espiritual. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

3. Preocupação que os profissionais não mantivessem a confidencialidade e que, como consequência disso, pessoas minhas pudessem descobrir. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

4. Preferir obter ajuda de líderes religiosos (e.g. padres, monges, ulamá, etc.). \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

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

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

6. Preocupação sobre o que a minha comunidade religiosa/espiritual poderia pensar, dizer ou fazer. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

7. Preferir cuidados alternativos (e.g. curas religiosas/espirituais). \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

8. Receio de que o profissional de saúde mental me julgasse ou não me compreendesse devido às minhas crenças religiosas/espirituais. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

9. Receio sobre o que a minha família e amigos poderiam pensar, dizer ou sentir. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

10. Preocupação com os tratamentos disponíveis serem incompatíveis com os meus valores religiosos/espirituais. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

11. Experiências negativas no passado com cuidados profissionais de saúde mental. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

12. Preferir obter ajuda de familiares ou amigos. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

13. Receio de que os profissionais vissem a minha religião/espiritualidade como uma doença. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

14. Preocupação que os profissionais não incluíssem a minha crença religiosa/espiritual no tratamento. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

15. Falta de conhecimento sobre os serviços de saúde mental existentes e no que consistem os tratamentos. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

16. Considerar que o problema era de natureza espiritual/religiosa e não psicológica (e.g. castigo por parte de Deus, possessão de espíritos, outros). \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

17. Receio de que procurar ajuda formal significasse falta de confiança em Deus \*  
(ou Entidade Divina) para providenciar cura, ou que a minha fé religiosa/espiritual  
não era suficientemente forte.

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

18. Não ser capaz de suportar os custos financeiros envolvidos. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

19. Dificuldades com transportes ou em deslocar-me a consultas. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

20. Receio de que o profissional me discriminasse com base na minha etnia ou religião. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

21. Receio de que os profissionais de saúde mental tentassem afastar-me das minhas crenças religiosas/espirituais. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

22. Preocupação com as competências que os profissionais têm em trabalhar com questões religiosas/espirituais. \*

- 0 - Nada
- 1 - Um pouco
- 2 - Bastante
- 3 - Muito

Outra barreira que tenha percecionado em procurar ou manter cuidados de saúde mental:

(Resposta Opcional)

Your answer

---

## Anexo E – Consentimento Informado

# Religião e Serviços de Saúde Mental

Caro(a) Participante,

No âmbito da realização da dissertação do mestrado em Psicologia Clínica pelo ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, convidamo-lo(a) a participar num estudo sobre "*Religiosidade e Atitudes de Procura de Ajuda Psicológica, em Portugal*". Este tem como principal objetivo a reunião de informações sobre a perspetiva dos residentes portugueses, de diferentes afiliações religiosas (incluindo pessoas sem religião), relativamente aos Serviços de Saúde Mental em Portugal, independentemente de terem ou não tido experiência prévia com profissionais de saúde mental.

Pretende-se dar voz à diversidade religiosa existente em Portugal para perceber qual o nível de adequação dos atuais Serviços de Saúde Mental nacionais em dar resposta às necessidades da população portuguesa, e possibilitar a identificação de eventuais pontos positivos e pontos a melhorar nestes mesmos serviços; pelo que a sua contribuição é de elevada importância. A participação nesta investigação requer a satisfação dos seguintes critérios: (a) ter idade igual ou superior a 18 anos; (b) residir em Portugal; (c) saber ler e escrever em Português.

Caso esteja interessado em participar, nas próximas páginas, ser-lhe-á pedido para responder a um conjunto de perguntas, estimando-se uma duração aproximada de 15 minutos para a sua conclusão. Não existem respostas certas ou erradas, apenas estamos interessados na sua opinião.

Sublinha-se que a participação é voluntária e anónima, pelo que está livre de desistir a qualquer momento, sem penalização. Assegura-se ainda que todos os dados são totalmente confidenciais e utilizados exclusivamente para fins estatísticos no âmbito desta investigação.

A cada questionário será atribuído um código e os dados serão processados por softwares de tratamento de dados e apenas os investigadores terão acesso às informações. Todo o processamento de dados será realizado segundo o Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD).

No caso de ter alguma questão acerca da sua participação no estudo, poderá contactar os investigadores através dos seguintes e-mails: [sanahsuleman@gmail.com](mailto:sanahsuleman@gmail.com) e [diana.frasquilho@ispa.pt](mailto:diana.frasquilho@ispa.pt)

Obrigada pela sua participação,

Sanáh Aquil Suleman

Declaro ter lido e compreendido as informações fornecidas anteriormente, ter \*  
pelo menos 18 anos, residir em Portugal (Continental e Ilhas), e saber ler e  
escrever em Português. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a  
utilização dos dados que de forma voluntária forneço.

Sim

Não

## Anexo F – Secção de Resposta Aberta (opcional)

### Questão Aberta

Para finalizar, nesta secção, ao providenciar um espaço aberto de expressão, gostaríamos de convidá-lo(a) a partilhar algo à sua escolha, relativamente à sua relação com Serviços de Saúde Mental. A participação nesta secção é de **carácter opcional**.

Relembra-se que não é preciso ter experiência prévia com estes serviços para responder à questão, e que não existem respostas "certas" ou "erradas". Apenas gostaríamos de saber a sua opinião.

Qual a sua perspetiva relativamente aos profissionais de saúde mental em Portugal?

(e.g. Pode ser uma opinião, ideia, reflexão, experiência positiva/negativa, nível de confiança, sentimentos, inseguranças, entre outros.)

Your answer

---

## Anexo G – Página de fecho

# Religião e Serviços de Saúde Mental

Obrigada pela sua participação!

A sua contribuição é preciosa.

Se conhecer alguém que também estaria interessado/disponível em participar no estudo, pedimos-lhe por favor que reencaminhe o link do formulário, de forma a possibilitar chegarmos ao maior número possível de residentes portugueses, tendo em conta toda a sua diversidade. Desde já o nosso obrigado!

Caso tenha alguma dúvida ou questão, poderá contactar os investigadores através dos seguintes e-mails: [sanahsuleman@gmail.com](mailto:sanahsuleman@gmail.com) e [diana.frasquilho@ispa.pt](mailto:diana.frasquilho@ispa.pt)

## Anexo H – Testes à Normalidade (Religiosidade e Atitudes)

**Tabela H**

*Testes à Normalidade para as Variáveis Religiosidade e Atitudes de Procura de Ajuda Psicológica Profissiona*

Variáveis e Escalas	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	<i>p</i>	Estatística	df	<i>p</i>
<b>Religiosidade</b>						
SCSRFQ-BR	,119	310	<,001	,915	310	<,001
<b>Atitudes</b>						
ATSPPH-SF Total	,078	310	<,001	,973	310	<,001
ATSPPH-SF Abertura	,136	310	<,001	,940	310	<,001
ATSPPH-SF Valor	,096	310	<,001	,963	310	<,001

*Nota: df = Graus de liberdade; SCSRFQ-BR = Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire – Brief Version; ATSPPH-SF = Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help-Short Form.*

<sup>a</sup> Com correção de Lilliefors

**Anexo I – Análises Descritivas (Idade, Estatuto Socioeconómico, Tempo de Residência em Portugal, Barreiras)**

**Tabela I.1**

*Idade: Frequência das Faixas Etárias*

<b>Idades</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
[ 18; 24 [	100	32.3
[ 24; 30 [	50	16.1
[ 30; 36 [	22	7.1
[ 36; 42 [	26	8.4
[ 42; 48 [	49	15.8
[ 48; 54 [	22	7.1
[ 54; 60 [	19	6.1
[ 60; 66 [	9	2.9
[ 66; 72 [	5	1.6
[ 72; 78 ]	8	2.6
<b>Total</b>	<b>310</b>	<b>100.0</b>

*Nota: n = Frequência absoluta; % = Frequência relativa (em percentagem)*

**Tabela I.2**

*Frequência dos graus do Estatuto Socioeconómico*

<b>Estatuto Socioeconómico</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
1	1	0.3
2	2	0.6
3	13	4.2
4	23	7.4
5	66	21.3
6	89	28.7
7	80	25.8
8	20	6.5
9	11	3.5
10	5	1.6
<b>Total</b>	<b>310</b>	<b>100.0</b>

*Nota: n = Frequência absoluta; % = Frequência relativa (em percentagem)*

**Tabela I.3***Tempo de Residência em Portugal para os participantes Imigrantes*

<b>Tempo de Residência em PT (anos)</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
[ 0; 7.7 [	13	4.2
[ 7.7; 15.4 [	9	2.9
[ 15.4; 23.1 [	8	2.6
[ 23.1; 30.8 [	5	1.6
[ 30.8; 38.5 [	8	2.6
[ 38.5; 46.2 [	23	7.4
[ 46.2; 53,9 [	5	1.6
[ 53.9; 61.6 ]	2	.6
Total Válido <sup>a</sup>	73	23.5
System Missing <sup>b</sup>	237	76.5
Total Válido <sup>a</sup> + Systema Missing <sup>b</sup>	310	100.0

*Nota:* *n* = Frequência absoluta; % = Frequência relativa (em percentagem)

<sup>a</sup> Valores correspondentes aos participantes Imigrantes

<sup>b</sup> Valores correspondentes aos participantes que nasceram em Portugal

**Tabela I.4**

*Estatísticas descritivas dos itens do Questionário de Barreiras R/E ao Acesso a Cuidados de Saúde Mental*

<b>Variável</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>	<b>Me</b>
1. Sentir-me embaraçado ou envergonhado por ter um problema de saúde mental.			0
0 – Nada	159	51,3	
1 – Um pouco	119	38,4	
2 – Bastante	17	5,5	
3 – Muito	15	4,8	
2. Indisponibilidade de profissionais do meu grupo religioso/espiritual.			0
0 – Nada	219	70,6	
1 – Um pouco	50	16,1	
2 – Bastante	26	8,4	
3 – Muito	15	4,8	

3. Preocupação que os profissionais não mantivessem a confidencialidade e que, como consequência disso, pessoas minhas pudessem descobrir.		0
0 – Nada	193	62,3
1 – Um pouco	75	24,2
2 – Bastante	26	8,4
3 – Muito	16	5,2
4. Preferir obter ajuda de líderes religiosos (e.g. padres, monges, ulamáh, etc.).		0
0 – Nada	187	60,3
1 – Um pouco	74	23,9
2 – Bastante	30	9,7
3 – Muito	19	6,1
5. Pensar que o problema poderia resolver-se por si próprio.		1
0 – Nada	106	34,2
1 – Um pouco	131	42,3
2 – Bastante	47	15,2
3 – Muito	26	8,4
6. Preocupação sobre o que a minha comunidade religiosa/espiritual poderia pensar, dizer ou fazer.		0
0 – Nada	232	74,8
1 – Um pouco	51	16,5
2 – Bastante	15	4,8
3 – Muito	12	3,9
7. Preferir cuidados alternativos (e.g. curas religiosas/espirituais).		0
0 – Nada	188	60,6
1 – Um pouco	80	25,8
2 – Bastante	25	8,1
3 – Muito	17	5,5
8. Receio de que o profissional de saúde mental me julgasse ou não me compreendesse devido às minhas crenças religiosas/espirituais.		0
0 – Nada	203	65,5
1 – Um pouco	67	21,6
2 – Bastante	26	8,4

3 – Muito	14	4,5	
9. Receio sobre o que a minha família e amigos poderiam pensar, dizer ou sentir.			0
0 – Nada	165	53,2	
1 – Um pouco	97	31,3	
2 – Bastante	28	9,0	
3 – Muito	20	6,5	
10. Preocupação com os tratamentos disponíveis serem incompatíveis com os meus valores religiosos/espirituais.			0
0 – Nada	217	70,0	
1 – Um pouco	44	14,2	
2 – Bastante	30	9,7	
3 – Muito	19	6,1	
11. Experiências negativas no passado com cuidados profissionais de saúde mental.			0
0 – Nada	215	69,4	
1 – Um pouco	57	18,4	
2 – Bastante	20	6,5	
3 – Muito	18	5,8	
12. Preferir obter ajuda de familiares ou amigos.			1
0 – Nada	115	37,1	
1 – Um pouco	141	45,5	
2 – Bastante	37	11,9	
3 – Muito	17	5,5	
13. Receio de que os profissionais vissem a minha religião/espiritualidade como uma doença			0
0 – Nada	251	81,0	
1 – Um pouco	35	11,3	
2 – Bastante	14	4,5	
3 – Muito	10	3,2	
14. Preocupação que os profissionais não incluíssem a minha crença religiosa/espiritual no tratamento.			0
0 – Nada	208	67,1	

1 – Um pouco	63	20,3	
2 – Bastante	16	5,2	
3 – Muito	23	7,4	
15. Falta de conhecimento sobre os serviços de saúde mental existentes e no que consistem os tratamentos.			0
0 – Nada	162	52,3	
1 – Um pouco	98	31,6	
2 – Bastante	35	11,3	
3 – Muito	15	4,8	
16. Considerar que o problema era de natureza espiritual/religiosa e não psicológica (e.g. castigo por parte de Deus, possessão de espíritos, outros).			0
0 – Nada	241	77,7	
1 – Um pouco	49	15,8	
2 – Bastante	11	3,5	
3 – Muito	9	2,9	
17. Receio de que procurar ajuda formal significasse falta de confiança em Deus (ou Entidade Divina) para providenciar cura, ou que a minha fé religiosa/espiritual não era suficientemente forte.			0
0 – Nada	263	84,8	
1 – Um pouco	29	9,4	
2 – Bastante	12	3,9	
3 – Muito	6	1,9	
18. Não ser capaz de suportar os custos financeiros envolvidos.			1
0 – Nada	72	23,2	
1 – Um pouco	123	39,7	
2 – Bastante	68	21,9	
3 – Muito	47	15,2	
19. Dificuldades com transportes ou em deslocar-me a consultas.			0
0 – Nada	187	60,3	
1 – Um pouco	94	30,3	
2 – Bastante	16	5,2	
3 – Muito	13	4,2	

20. Receio de que o profissional me discriminasse com base na minha etnia ou religião.			0
0 – Nada	241	77,7	
1 – Um pouco	47	15,2	
2 – Bastante	13	4,2	
3 – Muito	9	2,9	
21. Receio de que os profissionais de saúde mental tentassem afastar-me das minhas crenças religiosas/espirituais.			0
0 – Nada	246	79,4	
1 – Um pouco	37	11,9	
2 – Bastante	16	5,2	
3 – Muito	11	3,5	
22. Preocupação com as competências que os profissionais têm em trabalhar com questões religiosas/espirituais.			0
0 – Nada	204	65,8	
1 – Um pouco	72	23,2	
2 – Bastante	22	7,1	
3 – Muito	12	3,9	

*Nota:* *n* = Frequência absoluta; % = Frequência relativa (em percentagem); Me = Mediana.

**Anexo J – Análises *Post-Hoc*: Testes de Tukey (Estado Civil, Estatuto Ocupacional, Origem Étnica, Afiliação Religiosa)**

**Tabela J.1**

*Teste de Tukey: Estado Civil*

<b>Estado Civil (I)</b>	<b>Estado Civil (J)</b>	<b>Diferença das médias (I-J)</b>	<b>Erro-Padrão</b>	<b><i>p</i></b>
Solteiro	Casado/ Em União de Facto	1,700*	,665	,030
	Divorciado, Separado ou Viúvo	2,277	1,186	,135
Casado/ Em União de Facto	Solteiro	-1,700*	,665	,030
	Divorciado, Separado ou Viúvo	,577	1,218	,884
Divorciado, Separado ou Viúvo	Solteiro	-2,277	1,186	,135
	Casado/ Em União de Facto	-,577	1,218	,884

*Nota: \*p < .05*

**Tabela J.2**

*Teste de Tukey: Estatuto Ocupacional*

<b>Estatuto Ocupacional (I)</b>	<b>Estatuto Ocupacional (J)</b>	<b>Diferença das médias (I-J)</b>	<b>Erro-Padrão</b>	<b><i>p</i></b>
Estudante	Trabalhador	1,655	,725	,153
	Trabalhador-Estudante	,873	1,131	,938
	Desempregado	2,217	1,495	,574
	Reformado	4,405*	1,495	,028
Trabalhador	Estudante	-1,655	,725	,153
	Trabalhador-Estudante	-,782	1,077	,950
	Desempregado	,562	1,455	,995
	Reformado	2,749	1,455	,325
Trabalhador-Estudante	Estudante	-,873	1,131	,938
	Trabalhador	,782	1,077	,950
	Desempregado	1,344	1,694	,932
	Reformado	3,531	1,694	,229
Desempregado	Estudante	-2,217	1,495	,574
	Trabalhador	-,562	1,455	,995
	Trabalhador-Estudante	-1,344	1,694	,932
	Reformado	2,188	1,956	,797

Reformado	Estudante	-4,405*	1,495	,028
	Trabalhador	-2,749	1,455	,325
	Trabalhador-Estudante	-3,531	1,694	,229
	Desempregado	-2,187	1,956	,797

Nota: \* $p < .05$

**Tabela J.3**

*Teste de Tukey: Origem Étnica*

Origem Étnica (I)	Origem Étnica (J)	Diferença das médias (I-J)	Erro-Padrão	$p$
Portuguesa	Brasileira	-,317	1,462	1,000
	Asiática do Sul	3,543*	,892	<,001
	Africana	,288	1,101	,999
	Outro	,404	1,418	,999
Brasileira	Portuguesa	,317	1,462	1,000
	Asiática do Sul	3,859	1,624	,125
	Africana	,605	1,748	,997
	Outro	,721	1,963	,996
Asiática do Sul	Portuguesa	-3,543*	,892	<,001
	Brasileira	-3,859	1,624	,125
	Africana	-3,255	1,309	,097
	Outro	-3,139	1,585	,278
Africana	Portuguesa	-,288	1,101	,999
	Brasileira	-,605	1,748	,997
	Asiática do Sul	3,255	1,309	,097
	Outro	,116	1,712	1,000
Outro	Portuguesa	-,404	1,418	,999
	Brasileira	-,721	1,963	,996
	Asiática do Sul	3,139	1,585	,278
	Africana	-,116	1,712	1,000

Nota: \* $p < .05$

**Tabela J.4***Teste de Tukey: Afiliação Religiosa*

<b>Afiliação Religiosa (I)</b>	<b>Afiliação Religiosa (J)</b>	<b>Diferença das médias (I-J)</b>	<b>Erro-Padrão</b>	<b>p</b>
Sem religião	Católico	,299	,882	1,000
	Protestante	1,682	1,287	,896
	Outro Cristão	-,442	1,538	1,000
	Muçulmano	4,488*	,872	<,001
	Hindu	5,701	2,078	,114
	Budista	5,487*	1,538	,010
	Bahá'í	,091	1,287	1,000
Católico	Sem religião	-,299	,882	1,000
	Protestante	1,382	1,267	,958
	Outro Cristão	-,741	1,522	1,000
	Muçulmano	4,189*	,843	<,001
	Hindu	5,402	2,066	,155
	Budista	5,188*	1,522	,017
	Bahá'í	-,208	1,267	1,000
Protestante	Sem religião	-1,682	1,287	,896
	Católico	-1,382	1,267	,958
	Outro Cristão	-2,123	1,787	,935
	Muçulmano	2,806	1,260	,339
	Hindu	4,019	2,268	,640
	Budista	3,805	1,787	,399
	Bahá'í	-1,591	1,576	,973
Outro Cristão	Sem religião	,442	1,538	1,000
	Católico	,741	1,522	1,000
	Protestante	2,123	1,787	,935
	Muçulmano	4,929*	1,516	,028
	Hindu	6,143	2,420	,184
	Budista	5,929	1,976	,058
	Bahá'í	,532	1,787	1,000
Muçulmano	Sem religião	-4,488*	,872	<,001
	Católico	-4,189*	,843	<,001
	Protestante	-2,806	1,260	,339
	Outro Cristão	-4,929*	1,516	,028
	Hindu	1,213	2,061	,999
	Budista	,999	1,516	,998
	Bahá'í	-4,397*	1,260	,013
Hindu	Sem religião	-5,701	2,078	,114
	Católico	-5,402	2,066	,155
	Protestante	-4,019	2,268	,640

	Outro Cristão	-6,143	2,420	,184
	Muçulmano	-1,213	2,061	,999
	Budista	-,214	2,420	1,000
	Bahá'í	-5,610	2,268	,211
Budista	Sem religião	-5,487*	1,538	,010
	Católico	-5,188*	1,522	,017
	Protestante	-3,805	1,787	,399
	Outro Cristão	-5,929	1,976	,058
	Muçulmano	-,999	1,516	,998
	Hindu	,214	2,420	1,000
	Bahá'í	-5,396	1,787	,055
Bahá'í	Sem religião	-,091	1,287	1,000
	Católico	,208	1,267	1,000
	Protestante	1,591	1,576	,973
	Outro Cristão	-,532	1,787	1,000
	Muçulmano	4,397*	1,260	,013
	Hindu	5,610	2,268	,211
	Budista	5,396	1,787	,055

Nota: \* $p < .05$