

A INFLUÊNCIA DA PERCEÇÃO SOBRE A DEPRESSÃO E
SOBRE OS SERVIÇOS DE PSICOLOGIA CLÍNICA NA
INTENÇÃO DE PROCURA DE AJUDA PSICOLÓGICA

LÍGIA MENDES SERRALHA

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

Coorientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR JORGE SINVAL

Professor do Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2023

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor David Dias Neto e coorientação do Professor Doutor Jorge Sinval, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

O meu agradecimento ao Professor Doutor David Dias Neto pela orientação, partilha de conhecimento, incentivo e pensamento crítico que permitiram desenvolver este trabalho, bem como pela sensibilidade e ajuda nos momentos mais desafiantes.

Ao Professor Doutor Jorge Sinval agradeço a disponibilidade e generosidade em tudo o que me ensinou, e o importante contributo na análise estatística, ajudando a transformar angústias em vontade de aprender.

Sendo este um momento simbólico de um intenso percurso, expresso a minha gratidão aos professores com os quais tive o privilégio de aprender e conviver, que sempre me estimularam o pensar e valorizaram as perguntas, para além das respostas. Agradeço igualmente aos colegas e companheiros de vivências académicas e afins, com os quais experienciei muitos e bons momentos... que possamos continuar um percurso partilhado.

Agradeço ainda a todos os que contribuíram para o estudo apresentado, o interesse demonstrado, a colaboração nas respostas e a confiança na partilha de histórias e no reviver de memórias.

Um especial agradecimento aos meus amigos e família, que todos os dias me inspiram e nutrem, dando-me força para crescer e acreditar que os sonhos se realizam em qualquer fase de vida. Espero conseguir retribuir o muito que me oferecem.

Uma última palavra para as pessoas que sofrem sem pedir ajuda ou que, pedindo, infelizmente não a têm. Que o mundo possa ser um lugar melhor. E que todos nós possamos contribuir um pouco com o nosso melhor, no dia-a-dia.

A todos e a cada um, o meu grato reconhecimento.

Resumo

Introdução: O presente estudo testou a extensão do Modelo do Senso Comum (MSC), incluindo simultaneamente os constructos de percepção da doença e do tratamento, para avaliar a influência da percepção sobre a depressão e sobre os serviços de psicologia clínica, na intenção de procura de ajuda psicológica. O objetivo foi aumentar o conhecimento sobre a procura de ajuda na depressão.

Método: Estudo com 1027 participantes residentes em Portugal, que responderam a um questionário eletrónico para recolha de informação clínica, sociodemográfica, percepção sobre a depressão (Brief IPQ), percepção sobre os serviços de psicologia clínica e intenção de procura de ajuda psicológica (BAPS). Desenvolveu-se um modelo de equações estruturais (SEM) para testar a extensão do MSC e a relação de mediação da percepção sobre os serviços de psicologia clínica na relação entre a percepção sobre a depressão e a intenção de procura de ajuda psicológica.

Resultados: O modelo evidenciou boa qualidade de ajustamento, suportando a extensão do MSC, e permitiu explicar 79% da variância na intenção de procura de ajuda psicológica. Constatou-se o efeito direto da percepção sobre os serviços de psicologia clínica e o efeito indireto da percepção sobre a depressão, confirmando-se a relação de mediação da percepção sobre os serviços de psicologia clínica na relação entre a percepção sobre a depressão e a intenção de procura de ajuda psicológica.

Conclusão: A percepção sobre a depressão e sobre os serviços de psicologia clínica revelaram ser bons preditores da intenção de procura de ajuda psicológica, sugerindo a importância de considerar ambos os constructos em intervenções destinadas a promover o recurso ao tratamento da depressão.

Palavras-chave: Depressão, percepção de doença, percepção do tratamento, procura de ajuda, Modelo do Senso Comum (MSC).

Abstract

Background: This study tested an extended version of Common-Sense Model (CSM), which incorporates beliefs about treatment as well as illness perceptions, to assess how lay perceptions of depression and psychological services impact help seeking intentions in mental health. Contributing to increase knowledge in help seeking process in depression was the main purpose.

Methods: This study was conducted on a sample of 1027 participants from Portugal. Adapted Brief IPQ (depression perception), BAPS (treatment beliefs and help seeking intentions), and clinical and sociodemographic questionnaires were administered online. Extended CSM and treatment beliefs mediation relationship between illness perceptions and help seeking intentions were tested through structural equation modeling (SEM).

Results: The model presented good fit to data and offered preliminary support to extended CSM explaining 79% of variance in predicting help seeking intentions. Beliefs about psychological services were the strongest predictor affecting directly help seeking intentions. Depression perceptions only had indirect effect, mediated through treatment beliefs.

Conclusion: Depression perceptions and beliefs about psychological services are both important in understanding how people intend to seek for psychological help. This knowledge may contribute to the development of interventions aimed at improving help seeking and address treatment gap for depression.

Keywords: Depression, illness perception, treatment beliefs, help seeking, Common Sense Model (CSM)

Índice

Introdução.....	1
Extensão do Modelo do Senso Comum: Perceção da Doença e do Tratamento para Intervir na Procura de Ajuda.....	2
Modelo do Senso Comum e Procura de Ajuda na Depressão	4
Presente Estudo.....	6
Método	6
Participantes.....	6
Instrumentos.....	6
Perceção Sobre a Depressão	6
Perceção Sobre os Serviços de Psicologia Clínica e Intenção de Procura de Ajuda Psicológica.....	7
Dados Sociodemográficos e de Saúde.....	8
Procedimento	8
Análise Estatística.....	9
Resultados	9
Características da Amostra	9
Perceção Sobre a Depressão, Perceção Sobre os Serviços de Psicologia Clínica e Intenção de Procura de Ajuda Psicológica	11
Extensão do Modelo do Senso Comum: Preditores da Intenção de Procura de Ajuda Psicológica para a Depressão.....	13
Modelo de Medida.....	13
Serão a Perceção Sobre a Depressão e Sobre os Serviços de Psicologia Clínica Predictoras da Intenção de Procura de Ajuda Psicológica?.....	13
Discussão.....	15
Investigação Futura.....	19
Implicações Práticas	20

Conclusão.....	21
Referências	22
Anexo A. Revisão de Literatura.....	34
Anexo B. Consentimento Informado	45
Anexo C. Dados Sociodemográficos e de Saúde	46
Anexo D. Modelo de Medida Original: Dimensionalidade e Fiabilidade de Instrumentos	50
Anexo E. Análise Fatorial Confirmatória do Modelo de Medida Ajustado.....	52

Tabelas

Tabela 1. Caracterização da Amostra	10
Tabela 2. Diferenças nas Variáveis em Estudo, em Pessoas sem e com Experiência Anterior de Intervenção Psicológica.....	12

Figuras

Figura 1. Modelo de Equações Estruturais: Efeito Preditor da Percepção Sobre a Doença na Intenção de Procura de Ajuda, Mediada pela Percepção Sobre o Tratamento	15
--	----

Introdução

A perturbação mental é uma das principais causas da carga global de doença no mundo (global burden of disease, GBD) (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020) e estima-se que afete uma em cada oito pessoas, pressupondo-se que o valor real possa ser superior ao estimado (Arias et al., 2022; Vigo et al., 2016). A depressão encontrava-se entre as quinze doenças que mais contribuíram para o GBD (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020), com prevalência de 3.8% (World Health Organization, 2022). Em Portugal, a depressão apresentava uma prevalência de 5.9%, constituindo a segunda principal causa de GBD (Direção-Geral da Saúde, 2021; Global Burden of Disease Collaborative Network, 2019).

A depressão é a perturbação mental mais investigada no mundo, atendendo à prevalência, comorbilidade, impacto na qualidade de vida e mortalidade (Plessen et al., 2022), sendo a eficácia do tratamento suportada em evidência, pelo recurso a farmacologia (Cipriani et al., 2018), intervenção psicológica (Ijaz et al., 2018; Linde et al., 2015; Steinert et al., 2017) ou combinação de ambos (Cuijpers et al., 2020; Malhi & Mann, 2018). Contudo, a cobertura do tratamento é reduzida, estimando-se em 8%, nos países de rendimento menos elevado, e 33% nos países de rendimento mais elevado (Moitra et al., 2022). Considerando o tratamento minimamente adequado, a taxa é inferior: 3.7%, 11.4% e 22.4%, nos países de rendimento baixo, médio ou elevado; em Portugal: 18.8% (Thornicroft et al., 2017).

As implicações económicas e sociais da depressão são expressivas. Uma análise de retorno do investimento no tratamento da depressão, com informação de 36 países, estimou um rácio de custo-benefício que pode ascender a 3, considerados apenas benefícios económicos, ou a 5.7, incluídos benefícios na saúde, o que evidencia o potencial de retorno (Chisholm et al., 2016). O aumento da cobertura do tratamento ou redução da lacuna do tratamento – número de pessoas que necessitam e não beneficiam do mesmo (Chisholm et al., 2016) – constitui um desafio para a saúde pública (Evans-Lacko, 2018; Kohn et al., 2004), destacando-se como um dos principais objetivos da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2021).

A investigação sobre a redução da lacuna do tratamento (Kazdin, 2023; Patel et al., 2010; Thornicroft et al., 2017), evidencia a necessidade de aumentar a procura de ajuda (Roberts et al., 2022), o que implica compreender o processo inerente ao recurso aos serviços de saúde mental e os fatores que o inibem ou facilitam, para promover a mudança de comportamentos. Como

inibidores, destacam-se o insuficiente conhecimento sobre a doença e a descrença na eficácia dos serviços de saúde mental (Doblyte & Jiménez-Mejías, 2017; Waumans et al., 2022), de modo transversal entre países (Silva et al., 2022; Tomczyk, Schmidt, et al., 2020). Atuar sobre estes fatores implica aumentar a literacia sobre a doença e sobre o que se pode esperar e beneficiar com o tratamento (Chekroud et al., 2018; Rayner et al., 2021; Waumans et al., 2022).

Extensão do Modelo do Senso Comum: Perceção da Doença e do Tratamento para Intervir na Procura de Ajuda

As teorias da motivação e autorregulação permitem intervir com eficácia na procura de ajuda (Hagger et al., 2020; Hagger & Orbell, 2022). Não se reconhecendo um modelo universal neste domínio (Gulliver et al., 2012), a teoria social cognitiva (Bandura, 2008; Bandura & Walters, 1963), suportou o desenvolvimento de modelos teóricos na psicologia da saúde, destacando-se o modelo do senso comum (MSC) de autorregulação de Leventhal e colaboradores (Leventhal, 1970) como um dos modelos mais validados na investigação, e aplicado em programas de intervenção bem sucedidos (Benyamini & Karademas, 2019; Benyamini & Leventhal, 2019; Hagger et al., 2017; O’Carroll, 2020).

O MSC pressupõe que as pessoas agem como “cientistas do senso comum”, ativas na procura e processamento de informação, interpretando sintomas e representando a experiência da doença, para implementar estratégias com o objetivo de reestabelecer o equilíbrio, recorrendo à autorregulação (Benyamini & Karademas, 2019; Leventhal et al., 1980, 2003). A base do modelo é a perceção da doença de acordo com o senso comum (Leventhal et al., 1998), pressupondo-se a contínua avaliação e ajuste das estratégias, até ao regresso ao estado de equilíbrio; o que constitui o carácter dinâmico do MSC (Leventhal et al., 1980, 1998, 2003).

A representação da doença, de acordo com o MSC, compreende as dimensões: *identidade*, nome (e.g., depressão) e sintomas (e.g., tristeza), atualizados em resultado da experiência da doença e do tratamento (McAndrew et al., 2018); *duração*, tempo percecionado para recuperação ou ciclo de doença (e.g., aguda/crónica, cíclica), influenciando o início do tratamento (McAndrew et al., 2018); *consequências*, impacto no quotidiano (e.g., deterioração da qualidade de vida); *controlo pessoal*, crença na cura por ação própria (e.g., autoajuda, recurso a tratamento); *controlo do tratamento*, crença na eficácia do tratamento, determinante na procura de ajuda (Hagger & Orbell, 2022); *coerência*, compreensão da doença; *representação emocional*, que capta as emoções

associadas à doença (e.g., ansiedade, tristeza) (Hagger & Orbell, 2022; Mavroeides & Koutra, 2021); e *causa*, motivo atribuído à doença (e.g., genética, relações interpessoais), associada à seleção do tratamento (McAndrew et al., 2018).

As dimensões da representação da doença, apesar de distintas, pressupõem-se interrelacionadas, constituindo a base para as estratégias a implementar (Hagger & Orbell, 2022; Mavroeides & Koutra, 2021). A percepção da doença permite compreender a motivação (Carver et al., 1989; Hagger & Orbell, 2022) ou inibição da procura de ajuda (Hagger et al., 2017; Hagger & Orbell, 2022; Leventhal et al., 1998), para intervir na mudança comportamental (Cameron et al., 2020; Hagger & Orbell, 2022; Horne et al., 2013). Para aumentar a eficácia de intervenção, tem vindo a ser defendida a integração de teorias (Hagger & Hamilton, 2020), propondo-se a extensão do MSC com a introdução da percepção sobre o tratamento (Cannon et al., 2022; Hagger et al., 2017; Hagger & Orbell, 2022), como constructo independente, de modo consistente com os pressupostos do modelo, na medida em que recorrer a tratamento é uma estratégia específica para lidar com a doença. A representação do tratamento tem sido estudada por diversos autores (Horne et al., 2013; Phillips et al., 2014), com especial incidência na crença na medicação, que aborda a necessidade percebida, a eficácia atribuída e a preocupação com potenciais efeitos adversos ou utilização do tratamento. Contudo, tal representação pode ser adaptada a qualquer tipo de tratamento (Hagger & Orbell, 2022), nomeadamente aos serviços de psicologia, abordando a crença das pessoas relativamente a fatores como as características ou a competência dos profissionais, a eficácia do tratamento ou o estigma associado ao recurso ao mesmo (Ægisdóttir & Gerstein, 2009; Fischer & Turner, 1970).

A aplicação do MSC com ambos os constructos – percepção da doença e do tratamento – tem sido estudada na doença crónica (asma, diabetes, insuficiência renal) e crença na medicação (Leventhal et al., 2016), com a investigação de Horne e colaboradores (Horne, 1999; Horne et al., 2019; Horne & Weinman, 2002) a suportar a robustez do modelo, evidenciando efeitos, diretos e indiretos, da percepção da doença e do tratamento na adesão à medicação. Diversos investigadores têm corroborado o contributo de ambas as representações no recurso ou adesão ao tratamento, realçando o efeito da percepção do tratamento, tal como a existência de um efeito relevante da percepção de doença na percepção do tratamento (Byrne et al., 2005; Horne et al., 2013, 2019; Horne & Weinman, 2002; Nicklas et al., 2010; Omer et al., 2013; Phillips et al., 2012, 2014).

Modelo do Senso Comum e Procura de Ajuda na Depressão

Consolidado no estudo da doença crónica, o MSC tem vindo a ser cada vez mais investigado (Cannon et al., 2022) na aplicação a estratégias de promoção da saúde mental (Baines & Wittkowski, 2013). O MSC permite aprofundar a compreensão do processo de procura de ajuda (Horne et al., 2013; Leventhal et al., 2016; Scott, 2019) na depressão (Brown et al., 2007), enquanto modelo teórico para compreender a relação entre a perceção da doença (Mavroeides & Koutra, 2021) e a procura de ajuda por pessoas com diagnóstico ou sintomatologia depressiva (Elwy et al., 2011).

Numa revisão de literatura sobre a aplicação do MSC, Baines e Wittkowski (2013) confirmaram a associação das dimensões da perceção da depressão à procura de ajuda. A *identidade* potencia o reconhecimento da necessidade de ajuda, influenciando a procura de tratamento (Elwy et al., 2011). No que respeita à *duração*, a perceção de que os sintomas são agudos não estimula a procura de ajuda, enquanto a cronicidade (Mavroeides & Koutra, 2021) ou o carácter cíclico da depressão são percecionados como mais ameaçadores e estão positivamente associados à procura de ajuda (Elwy et al., 2011). Houle e colaboradores (2013) concluíram que pessoas com primeiro episódio de depressão preferiam recorrer a psicoterapia quando consideravam que a depressão teria *consequências* mais graves na sua vida. A perceção de *consequências* negativas relevantes e a crença na eficácia ou *controlo do tratamento* foram associadas ao recurso ao tratamento; sendo que pessoas que acreditam que o tratamento controla a doença tendem a pedir ajuda, enquanto que as que privilegiam o *controlo pessoal* apresentam menor probabilidade de recorrer a tratamento (Elwy et al., 2011). A *coerência* parece ser a dimensão menos estudada, sendo necessária mais investigação (Mavroeides & Koutra, 2021). Não foi encontrada associação significativa entre a *representação emocional* da depressão e o recurso ao tratamento (Mavroeides & Koutra, 2021), apesar de estudos anteriores sugerirem que maior reação emocional à depressão estaria associada a estratégias não adaptativas na gestão da doença (Kelly et al., 2007). A literatura evidencia significativa associação entre a *atribuição causal* da depressão e a procura de ajuda (Mavroeides & Koutra, 2021; Nolan & O'Connor, 2019). Barnwell e colaboradores (2022) concluíram que pessoas que atribuem a depressão a fatores ambientais recorrem com maior probabilidade a psicoterapia e não a medicação. A atribuição da doença a causas pessoais está associada a menor perceção de necessidade de ajuda, especialmente em

peessoas com experiência prévia de tratamento, o que pode dever-se à falta de crença na eficácia do tratamento (Stolzenburg et al., 2019).

A procura de ajuda junto dos serviços de psicologia clínica assume particular relevância, na medida em que o processo terapêutico, por si, permite aceder e trabalhar a representação da depressão e do tratamento, para fomentar a procura de ajuda quando necessária, esperando-se que esta capacidade perdure na vida do paciente (McAndrew et al., 2018). Um estudo numa amostra comunitária, constituída maioritariamente por pessoas com sintomatologia depressiva, evidenciou que a crença na eficácia dos psicólogos ou psicoterapeutas estava fortemente associada ao comportamento de procura de ajuda (Tomczyk, Schmidt, et al., 2020). Em Portugal, num estudo para aferir a opinião pública sobre a psicologia, a intenção de adesão terapêutica revelou-se positivamente associada à perceção sobre a competência e humanidade dos psicólogos, bem como à utilidade do processo terapêutico, sugerindo-se a realização de ações de sensibilização e reforço do conhecimento sobre os serviços de psicologia (Ramos, 2017).

Os estudos de aplicação do MSC à depressão abordam essencialmente a crença na medicação ou o impacto da perceção da doença na reabilitação (Glattacker et al., 2013). Apesar da evidência empírica de que ambas as perceções – sobre a doença e sobre o tratamento – apresentam forte associação à procura de ajuda, com maior impacto do que o estigma ou barreiras estruturais (Johnson & Possemato, 2021), e que a decisão de recorrer a ajuda é tomada com base nestas perceções (Nolan & O'Connor, 2019), não se conhecem estudos da aplicação da extensão do MSC à depressão, contemplando ambos os constructos como proposto por Hagger e Orbell (2022). Estudos específicos sobre as representações de doença e do tratamento na doença mental (McLaren et al., 2023) e na depressão (Baines & Wittkowski, 2013; Glattacker et al., 2018) são escassos e necessários, para promover o recurso a tratamentos cuja eficácia esteja suportada em evidência (Barnwell et al., 2022). A aplicação do MSC ao processo terapêutico permite dotar as pessoas da capacidade de lidar com a doença, de modo autónomo e eficaz, ativando a estratégia mais adequada à situação (Hagger et al., 2017), potencial reforçado pelo facto de assentar no senso comum, permitindo a intervenção através da influência sociocultural implícita no modelo (Cameron et al., 2020).

Presente Estudo

De acordo com o atual conhecimento, não existem estudos sobre a extensão do MSC para investigar a relação entre a percepção da depressão, a percepção dos serviços de psicologia clínica e a intenção de procura de ajuda psicológica. O presente estudo pretende contribuir para reduzir a lacuna da investigação neste domínio, apresentando como objetivos: 1) aferir a percepção da depressão, a percepção sobre os serviços de psicologia clínica e a intenção de procura de ajuda psicológica, e diferenças entre pessoas sem e com experiência prévia de intervenção psicológica; 2) verificar se a percepção sobre a depressão e sobre os serviços de psicologia clínica são preditores da intenção de procura de ajuda psicológica; 3) testar o efeito mediador da percepção sobre os serviços de psicologia clínica na relação entre a percepção sobre a depressão e a intenção de procura de ajuda psicológica.

Método

Participantes

O estudo quantitativo de delineamento transversal incidiu sobre a população comunitária, residente em Portugal, com idade igual ou superior a 18 anos. Estimou-se a dimensão mínima recomendada da amostra em 630 participantes (Soper, 2023), de acordo com o método descrito por Westland (2010), para uma dimensão de efeito mínima detetável de .15, $\alpha = .05$, $\beta = .2$ ($\pi = 1 - .2 = .8$), com 19 variáveis manifestas e 4 variáveis latentes. Obtiveram-se 1027 respostas ao questionário aplicado, com recurso a amostragem não probabilística, por conveniência.

Instrumentos

Percepção Sobre a Depressão

O Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ; Broadbent et al., 2006), um dos principais instrumentos de medida das representações de doença na saúde mental (Averous et al., 2021), em consonância com o proposto pelo MSC e com boas propriedades psicométricas (Broadbent et al., 2006, 2015), foi utilizado para medir a percepção sobre a depressão. O instrumento é composto por oito itens, frequentemente agrupados de forma compósita na literatura, que avaliam as diferentes dimensões da percepção de doença: *consequências* (item 1), *duração* (item 2), grau de *controlo pessoal* (item 3) e de *controlo do tratamento* sobre a doença (item 4), *identidade* (item 5), *preocupação* (item 6), *compreensão* (item 7) e *representação emocional* (item 8). A resposta é

atribuída numa escala de diferencial semântico que varia de 0 (mínimo) a 10 (máximo), correspondendo uma pontuação mais elevada, em cada dimensão, a uma percepção mais ameaçadora da doença, nessa dimensão. Três itens do Brief IPQ são de pontuação invertida (itens 3, 4 e 7). Adicionalmente, pode ser aplicado um item de resposta aberta, sobre as *causas* atribuídas à doença (item 9) que, na presente investigação, foi condicionado a opções de resposta de acordo com o estudo de Barnwell e colaboradores (2022).

O instrumento pode ser adaptado a diferentes doenças, como a depressão, e a pacientes com ou sem depressão (Broadbent et al., 2006; Moss-Morris et al., 2002; Vollmann et al., 2010). Dadas a adaptação à depressão e a aplicação numa amostra comunitária, as referências a “doença” foram substituídas por “depressão” e os itens foram revistos de modo a não presumir que os participantes tivessem depressão (e.g., “Qual o grau em que a depressão afeta a sua vida?” reformulado para “Qual o grau em que a depressão afeta a vida de um paciente?”). O Brief IPQ foi adaptado para a população portuguesa por Araújo-Soares, Trovisqueira e McIntyre.

Percepção Sobre os Serviços de Psicologia Clínica e Intenção de Procura de Ajuda Psicológica

A percepção sobre os serviços de psicologia clínica foi medida através das subescalas de competência e tolerância ao estigma da escala Beliefs About Psychological Services (BAPS; Ægisdóttir & Gerstein, 2009), adaptada para a população portuguesa (Ramos, 2017). A BAPS é um instrumento de autorrelato, sobre as crenças acerca dos serviços de psicologia clínica e a intenção de procura de ajuda psicológica, constituída por dezoito itens, agregados em três subescalas: intenção (6 itens), tolerância ao estigma (8 itens) e competência (4 itens). Os itens são avaliados numa escala de tipo Likert com seis pontos, de 1 – “Discordo completamente” a 6 – “Concordo completamente”, sendo necessário inverter as pontuações de sete itens (5, 8, 10, 11, 13, 15 e 17). Recomenda-se a utilização dos resultados de cada subescala, correspondendo os valores mais elevados a uma maior intenção de procurar a ajuda de psicólogos (intenção), maior tolerância ao estigma associado aos serviços de psicologia (tolerância ao estigma) e maior percepção de benefício dos serviços de psicologia (competência).

A intenção de procura de ajuda psicológica foi mensurada através da subescala de intenção da BAPS e de uma questão específica sobre a probabilidade de recurso a serviços de psicologia clínica (e.g., psicoterapia), em caso de depressão, avaliada numa escala de onze pontos, de 0 – “Pouco provável” a 10 – “Muito provável” (Dias Neto et al., 2022). Esta opção foi suportada em

evidência de que o principal preditor da utilização dos serviços de saúde é a intenção de procura de ajuda, particularmente, no que se refere à ajuda psicológica e psicoterapia (Tomczyk, Schomerus, et al., 2020).

Dados Sociodemográficos e de Saúde

Os participantes indicaram o sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, distrito de residência, nacionalidade e ocupação atual. Referiram ainda se detinham formação ou exerciam atividade profissional na área da saúde ou da saúde mental, no passado ou no presente. De modo a compreender o historial clínico, os participantes foram convidados a indicar o recurso, passado e atual, a intervenção psicológica (e.g., psicoterapia) e o grau de satisfação com a mesma, avaliado numa escala com 5 pontos, de 1 – “Nada satisfeito” a 5 – “Muito satisfeito”. Foi ainda solicitada informação sobre se teriam uma relação próxima com alguém com depressão, sobre a existência, prévia e atual, de diagnóstico clínico de depressão, e aferido o sentimento de estar com depressão.

Procedimento

Os dados foram recolhidos através de um questionário desenvolvido na plataforma *LimeSurvey* (LimeSurvey GmbH, 2022). Os participantes asseguraram o consentimento informado (Anexo B), tendo sido esclarecidos sobre os objetivos do estudo, o anonimato e a confidencialidade dos dados, e a natureza voluntária da participação, com possibilidade de desistência a qualquer momento. Os instrumentos psicométricos, para os quais se obteve autorização de utilização, foram apresentados em sequência aleatória, sendo os dados sociodemográficos e de saúde solicitados no final (Shaughnessy et al., 2012) (Anexo C).

Realizou-se um piloto com 10 voluntários (dos 18 aos 60 anos, de ambos os sexos, com e sem formação na área da saúde e da saúde mental), para aferir a compreensibilidade das questões, melhorar a experiência do participante e confirmar o tempo de resposta, estimado em 15 minutos. Atendendo aos resultados obtidos, realizaram-se alterações no texto introdutório aos instrumentos e no modo como as escalas de resposta foram apresentadas na plataforma. A recolha de informação ocorreu entre abril e julho de 2023. O estudo foi divulgado nas redes sociais (Facebook, LinkedIn e Instagram) e por mensagem eletrónica, para contactos pessoais e para juntas de freguesia nacionais, numa ação de comunicação específica destinada a aumentar a diversidade regional das respostas.

Análise Estatística

A análise dos dados foi efetuada com recurso ao *IBM SPSS Statistics* (v. 29) e *jamovi* (The jamovi project, 2023). A normalidade univariada das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria e curtose, não se pressupondo violações severas de acordo com o critério $|sk| \leq 3$ e $|ku| \leq 7$ (Finney & DiStefano, 2013; Marôco, 2021), sendo os testes efetuados às diferenças entre grupos selecionados em conformidade (objetivo 1). O modelo foi analisado através de uma estratégia de duas etapas (Marôco, 2021). Na primeira etapa, procedeu-se à avaliação da qualidade global e ajustamento do modelo de medida aos dados, através da análise fatorial confirmatória (CFA). Na segunda etapa, testaram-se dois modelos estruturais com recurso à análise de equações estruturais (SEM) (i.e., regressões de variáveis latentes): para aferir se a perceção sobre a depressão e sobre os serviços de psicologia clínica são preditoras da intenção de procura de ajuda psicológica (objetivo 2); testar o efeito mediador da perceção sobre os serviços de psicologia clínica na relação entre a perceção sobre a depressão e a intenção de procura de ajuda psicológica (objetivo 3). Para o efeito, foram utilizados os módulos *Factor* e *SEM* do *jamovi* (The jamovi project, 2023), recorrendo ao estimador Weighted Least Squares Means and Variances (WLSMV), o mais indicado para a natureza qualitativa dos itens (i.e., categóricos ordinais).

A qualidade do ajustamento foi efetuada atendendo aos indicadores robustos Tucker-Lewis Index (*TLI*), Comparative Fit Index (*CFI*), Standardized Root-Mean-Square Residual (*SRMR*), Root-Mean-Square Error of Approximation (*RMSEA*) e estatística qui-quadrado (χ^2). Consideraram-se indicadores de ajustamento aceitável TLI e $CFI \geq .90$, $SRMR$ e $RMSEA \leq .08$, e valores reduzidos de χ^2 (Hu & Bentler, 1999; Marôco, 2021). Para refinar o modelo, recorreu-se aos índices de modificação (≥ 11), assegurando a avaliação da plausibilidade teórica das alterações efetuadas. Consideraram-se estatisticamente significativas as estimativas dos parâmetros com $p \leq .05$. As estimativas dos coeficientes do modelo são apresentadas na forma estandardizada.

Resultados

Características da Amostra

A amostra é constituída por 1027 participantes (ver Tabela 1), dos quais 97.8% são de nacionalidade portuguesa, residentes em 17 dos distritos nacionais, na Madeira e nos Açores, com incidência em Lisboa (69.2%), pertencendo a maioria ao sexo feminino (64.4%). As idades variam entre os 18 e os 85 anos, sendo que a maioria dos participantes completou o ensino superior (75.2%)

ou o ensino secundário (19.3%), encontrando-se profissionalmente ativa (76.7%), e 18.3% têm formação, trabalharam ou trabalham em saúde ou em saúde mental. Dos inquiridos, 68.3% nunca estiveram diagnosticados com depressão, 16.4% sentem estar com depressão e 11.2% estão diagnosticados com a perturbação. Os participantes que nunca recorreram a intervenção psicológica ascendem a 45.8%.

Tabela 1

Caracterização da Amostra (n = 1027)

Variável	n, (%)
Idade em anos: M (DP)	46.5 (13.5)
Estado civil	
Solteiro/a	260 (25.3)
Casado/a ou união de facto	585 (57.0)
Divorciado/a ou separado/a	154 (15.0)
Viúvo/a	28 (2.7)
Já recorreu a intervenção psicológica	
Não	475 (46.3)
Sim	550 (53.6)
Prefere não responder	2 (0.2)
Grau de satisfação com intervenção psicológica (passado): M (DP)	3.98 (1.1)
Encontra-se a recorrer a intervenção psicológica	
Não	851 (82.9)
Sim	172 (16.7)
Prefere não responder	4 (0.4)
Grau de satisfação com intervenção psicológica (atual): M (DP)	4.37 (0.7)

Nota. M – média; DP – desvio padrão. Grau de satisfação com intervenção psicológica avaliado numa escala ordinal de 1 – “Nada satisfeito” a 5 – “Muito satisfeito”.

Percepção Sobre a Depressão, Percepção Sobre os Serviços de Psicologia Clínica e Intenção de Procura de Ajuda Psicológica

No que se refere à percepção sobre a depressão (ver Tabela 2), as dimensões com pontuação superior são a *representação emocional* e as *consequências* (i.e., vistas como mais ameaçadoras). As dimensões com pontuação inferior (i.e., mais favoráveis) são o *controlo do tratamento*, acreditando-se que este ajuda em caso de depressão, seguindo-se a *compreensão* da perturbação. O *controlo pessoal* sobre a depressão aproxima-se do ponto central da escala de resposta. Foram encontradas diferenças significativas entre as pessoas sem (sIP) e com (cIP) experiência prévia de intervenção psicológica em apenas duas dimensões: *representação emocional* da depressão, avaliada como mais ameaçadora pelas pessoas cIP; e percepção de *controlo do tratamento*, percepcionando as pessoas cIP maior utilidade do tratamento em caso de depressão. As três principais causas atribuídas à depressão foram: (a) no grupo sIP, problemas de relacionamento interpessoal ou social (10.1%); problemas ou preocupações familiares (8.2%); problemas ou preocupações financeiras e personalidade da pessoa (modo de ser) (7.2%); (b) no grupo cIP, problemas de relacionamento interpessoal ou social (14.0%); problemas ou preocupações familiares (10.4%); e alterações biológicas no cérebro (2.1%).

A percepção dos serviços de psicologia clínica é globalmente favorável, quer na tolerância ao estigma associado ao tratamento (PTE), quer na atribuição de competência aos profissionais (PTC), destacando-se nas pessoas cIP. A intenção de procura de ajuda psicológica (IPA), em caso de depressão, é superior no caso de quem já o tenha efetuado anteriormente.

Tabela 2

Diferenças nas Variáveis em Estudo, em Pessoas sem e com Experiência Anterior de Intervenção Psicológica (n = 1027)

Variável	Total	sIP (n = 475)	cIP (n = 550)	U	P	r ²
	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
Perceção de doença (0-10)						
Consequências	9.01 (1.53)	8.92 (1.67)	9.09 (1.39)	125210	.200	.042
Duração	7.30 (1.55)	7.35 (1.58)	7.26 (1.54)	124239	.166	.049
Controlo pessoal	4.28 (2.48)	4.28 (2.33)	4.26 (2.60)	125083	.235	.042
Controlo do tratamento	1.01 (1.24)	1.09 (1.25)	0.94 (1.22)	120952	.028	.074
Identidade	6.65 (2.22)	6.61 (2.19)	6.69 (2.24)	127523	.507	.024
Preocupação	6.52 (2.48)	6.46 (2.50)	6.57 (2.46)	127323	.481	.025
Compreensão	3.22 (2.15)	3.26 (2.09)	3.19 (2.18)	125735	.291	.037
Representação emocional	9.15 (1.32)	9.03 (1.41)	9.25 (1.23)	119537	.008	.085
Perceção de doença (0-20)	18.16 (2.44)	17.95 (2.60)	18.34 (2.28)	120267	.021	.079
Perceção sobre o tratamento (1-6)						
Competência	4.74 (0.99)	4.59 (1.01)	4.88 (0.96)	108612	< .001	.169
Tolerância ao estigma	5.34 (0.68)	5.26 (0.71)	5.42 (0.64)	112513	< .001	.139
Intenção de procura de ajuda						
Intenção de recorrer a serviços de psicologia (1-6)	4.76 (1.00)	4.44 (1.04)	5.05 (0.88)	82015	< .001	.372
Probabilidade de recorrer a intervenção psicológica (0-10)	8.49 (2.32)	8.01 (2.50)	8.91 (2.07)	98654	< .001	.245

Nota. M – média; DP – desvio padrão. sIP: pessoas sem experiência anterior de intervenção psicológica. cIP: pessoas com experiência anterior de intervenção psicológica. Excluídos da análise de grupos dois participantes que optaram por não responder quanto à experiência prévia de intervenção psicológica. Perceção da doença indicada com recurso à totalidade dos itens da escala e agregada nos dois itens retidos para a análise de equações estruturais. Diferenças avaliadas com recurso ao teste U de Mann-Whitney para comparação das funções de distribuição das variáveis.

Extensão do Modelo do Senso Comum: Preditores da Intenção de Procura de Ajuda Psicológica para a Depressão

Modelo de Medida

O modelo de medida foi avaliado relativamente à dimensionalidade e fiabilidade dos itens dos instrumentos originais (ver Anexo D). A consistência interna dos fatores (Fornell & Larcker, 1981; Marôco, 2021) revelou-se inaceitável no caso da perceção da depressão, medida através da totalidade dos itens do Brief IPQ ($\alpha = .36$) e inferior ao desejável na perceção sobre os serviços de psicologia – tolerância ao estigma, medida através da respetiva subescala da BAPS ($\alpha = .69$). A análise fatorial confirmatória do modelo revelou qualidade de ajustamento sofrível ($\chi^2_{(318)} = 1887$; $p < .001$; $CFI = .857$; $NFI = .905$; $TLI = .842$; $SRMR = .050$; $RMSEA = .056$; CI 90% (.053; .059); $P[RMSEA \leq .05] < .001$).

Consequentemente, procedeu-se ao ajustamento do modelo (ver Anexo E), tendo-se retido os itens 1 (*consequências*) e 8 (*representação emocional*), na perceção da depressão (carga fatorial de .673 e .731, respetivamente), e eliminado os itens 5 e 10 da perceção sobre os serviços de psicologia – tolerância ao estigma, por apresentarem carga fatorial inaceitável (.580 e .507, respetivamente). A fiabilidade, em termos de consistência interna, é adequada na perceção sobre os serviços de psicologia – competência ($\alpha = .74$) e na intenção de procura de ajuda psicológica ($\alpha = .85$), sendo inferior ao desejável na perceção da depressão ($\alpha = .63$) e na perceção sobre os serviços de psicologia – tolerância ao estigma ($\alpha = .64$). O modelo revelou boa qualidade de ajustamento ($\chi^2_{(146)} = 787.000$; $p < .001$; $CFI = .920$; $NFI = .950$; $TLI = .906$; $SRMR = .037$; $RMSEA = .055$; CI 90% (.050; .059); $P[RMSEA \leq .05] < .001$).

Serão a Perceção Sobre a Depressão e Sobre os Serviços de Psicologia Clínica Preditoras da Intenção de Procura de Ajuda Psicológica?

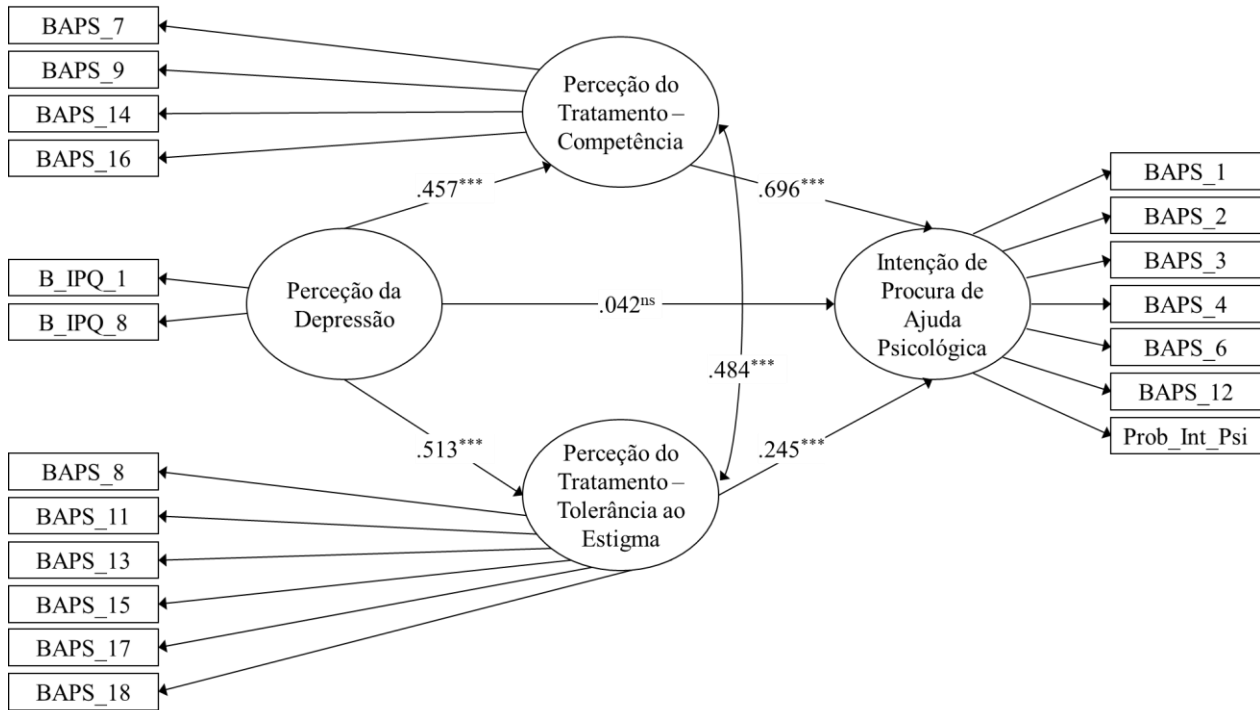
De acordo com os objetivos de investigação, recorreu-se à análise de equações estruturais para aferir se a perceção sobre a depressão e sobre os serviços de psicologia clínica seriam preditoras da intenção de procura de ajuda psicológica, testando a validade teórica da extensão do MSC. O modelo revelou uma boa qualidade de ajustamento ($\chi^2_{(146)} = 787.000$; $p < .001$; $CFI = .920$; $NFI = .950$; $TLI = .906$; $SRMR = .037$; $RMSEA = .055$; CI 90% (.050; .059); $P[RMSEA \leq .05] < .001$). A percentagem da variância na intenção de procura de ajuda explicada pelo modelo é de 79% ($r^2_{IPA} = .79$). Os fatores com efeito na intenção de procura de ajuda psicológica foram: a

percepção sobre os serviços de psicologia – competência ($\beta_{IPA \leftarrow PTC} = .696; p < .001$); e a percepção sobre os serviços de psicologia – tolerância ao estigma ($\beta_{IPA \leftarrow PTE} = .245; p < .001$). A percepção da depressão não apresentou efeito significativo na intenção de procura de ajuda psicológica ($\beta_{IPA \leftarrow PD} = .042; p = .205$).

Seguiu-se a exploração da possibilidade de a percepção sobre os serviços de psicologia clínica mediar a relação entre a percepção sobre a depressão e a intenção de procura de ajuda psicológica, tendo-se ajustado o modelo de equações estruturais com o efeito da mediação (ver Figura 1). O modelo revelou boa qualidade de ajustamento ($\chi^2_{(146)} = 787.000; p < .001$; $CFI = .920$; $NFI = .950$; $TLI = .906$; $SRMR = .037$; $RMSEA = .055$; $CI\ 90\% (.050; .059)$; $P[RMSEA \leq .05] < .001$). A percentagem da variância na intenção de procura de ajuda psicológica explicada pelo modelo é de 79% ($r^2_{IPA} = .79$). A percepção sobre a depressão apresenta um efeito indireto na intenção de procura de ajuda psicológica: mediado pela percepção sobre os serviços de psicologia – competência ($\beta_{IPA \leftarrow (PD*PTC)} = .318; p < .001$); e pela percepção sobre os serviços de psicologia – tolerância ao estigma ($\beta_{IPA \leftarrow (PD*PTE)} = .126; p < .001$), sem efeito direto. A percepção sobre a depressão apresenta efeito direto na percepção sobre os serviços de psicologia – tolerância ao estigma ($\beta_{PTE \leftarrow PD} = .513; p < .001$), superior ao efeito direto na percepção sobre os serviços de psicologia – competência ($\beta_{PTC \leftarrow PD} = .457; p < .001$). Cumulativamente, a percepção sobre os serviços de psicologia clínica mantém o efeito direto na intenção de procura de ajuda psicológica: percepção sobre os serviços de psicologia – competência ($\beta_{IPA \leftarrow PTC} = .696; p < .001$); e percepção sobre os serviços de psicologia – tolerância ao estigma ($\beta_{IPA \leftarrow PTE} = .245; p < .001$).

Figura 1

Modelo de Equações Estruturais: Efeito Preditor da Percepção Sobre a Doença na Intenção de Procura de Ajuda, Mediada pela Percepção Sobre o Tratamento



Nota. PD – percepção de doença; PTC – percepção sobre o tratamento – competência; PTE – percepção sobre o tratamento – tolerância ao estigma; IPA – intenção de procura de ajuda. ns – $> .05$; * – $p \leq .05$; ** – $p < .01$; *** – $p < .001$.

Discussão

Compreender as crenças das pessoas e o modo como afetam as decisões sobre o recurso ao tratamento permite intervir na mudança de comportamentos, promovendo a procura de ajuda (Cameron et al., 2020; Hagger & Orbell, 2022; Nolan & O'Connor, 2019). O objetivo do presente estudo foi avaliar de que modo a intenção de procura de ajuda psicológica pode ser influenciada pela percepção sobre a depressão e sobre os serviços de psicologia clínica, através do teste empírico da extensão do MSC. Foram ainda exploradas as diferenças de crenças entre pessoas sem e com experiência prévia de recurso a intervenção psicológica.

No que se refere à percepção de doença, em senso comum e consideradas as dimensões do modelo de medida (*representação emocional e consequências*), a depressão foi representada como

envolvendo impacto *emocional* elevado e *consequências* ameaçadoras na vida das pessoas, acreditando-se que o tratamento pode ajudar, o que é suportado na literatura (Dias Neto et al., 2022; Vollmann et al., 2010). Relativamente às dimensões mensuradas, no caso de pessoas com experiência prévia em intervenção psicológica, o impacto *emocional* da depressão é percecionado como mais elevado e o *controlo do tratamento* é avaliado de modo mais positivo, comparativamente às representações das pessoas que nunca experienciaram intervenção psicológica. Não sendo possível identificar a direção da associação, atendendo ao desenho transversal da investigação, os resultados parecem suportar os estudos que sugerem que, na doença mental, o tratamento constitui o último recurso (Doblyte & Jiménez-Mejías, 2017; Magaard et al., 2017). As principais *causas* atribuídas à depressão são os problemas de relacionamento interpessoal ou social e os problemas ou preocupações familiares, independentemente da experiência prévia em intervenção psicológica.

Relativamente à perceção sobre os serviços de psicologia clínica, a tolerância ao estigma associado ao tratamento foi a componente avaliada de modo mais positivo, sendo também elevada a competência atribuída aos psicólogos. Em ambas as componentes da perceção sobre o tratamento – tolerância ao estigma e competência dos profissionais – foram obtidas avaliações superiores às evidenciadas anteriormente na população portuguesa (Ramos, 2017). A experiência prévia em intervenção psicológica pode ter contribuído de modo positivo para esta avaliação. De realçar que o estigma associado ao tratamento tem sido considerado um forte preditor da procura de ajuda (Tucker et al., 2013), mais do que o estigma associado à doença mental (Yu et al., 2023).

A intenção de procura de ajuda psicológica em caso de depressão revelou-se elevada, como evidenciado em estudos anteriores (Dias Neto et al., 2022), nomeadamente quando há historial de intervenção psicológica (McLaren et al., 2023). A exploração da perspetiva das pessoas sobre a ajuda psicológica na depressão evidenciou que fatores como pertencer ao sexo feminino, possuir um nível de escolaridade mais elevado, confiar ou avaliar mais positivamente o profissional de saúde, e a experiência prévia em psicoterapia, são facilitadores da preferência pela ajuda psicológica (Prins et al., 2008; van Beljouw et al., 2010). Em Portugal, barreiras atitudinais como a falta de crença na competência dos profissionais e na eficácia do tratamento ou o estigma associado foram as consideradas mais inibidoras da procura de ajuda (Silva et al., 2022). Na amostra em estudo, diversos fatores podem ter contribuído para a elevada intenção de procura de ajuda psicológica, como a predominância do sexo feminino, o elevado nível de escolaridade, a

maioria dos participantes deter historial de intervenção psicológica e relação próxima com alguém com depressão (Tan et al., 2020).

No que se refere ao teste da extensão do MSC, os resultados obtidos oferecem suporte preliminar, dado que ambos os constructos conjugados (perceção sobre a doença e sobre o tratamento), são mais fortes a predizer a intenção de procura de ajuda psicológica para a depressão. No modelo estudado, a perceção sobre a depressão não apresentou um efeito direto sobre a intenção de procura de ajuda psicológica; contudo, a perceção sobre o tratamento, não apenas revelou um efeito direto, como mediou o efeito indireto da perceção sobre a depressão, explicando 79% da variância na intenção de procura de ajuda psicológica. De realçar que uma perceção mais ameaçadora da depressão (*consequências e representação emocional*) contribuiu mais para o aumento da tolerância ao estigma associado ao tratamento do que para a crença na competência dos profissionais de saúde mental. Contudo, é a crença na competência dos psicólogos que mais influencia a intenção de procura de ajuda psicológica. Em suma, quando as pessoas representam a depressão com *consequências* e impacto *emocional* mais fortes, revelam maior tolerância ao estigma associado ao tratamento e acreditam mais na competência dos psicólogos clínicos, sendo a crença na competência que apresenta maior impacto na intenção de procura de ajuda psicológica.

Não se conhecendo estudos publicados sobre a extensão do MSC, na depressão e procura de ajuda psicológica, recorreu-se à investigação na medicina. Os resultados obtidos confirmam parcialmente o estudo pioneiro de Horne e Weinman (2002), do qual resultou que as perceções da doença (asma) e do tratamento (inalador preventivo) permitiram predizer 30% da variância na adesão à medicação, revelando a perceção da doença um efeito direto e indireto (mediado pela perceção do tratamento) na adesão à medicação; contudo, a crença no tratamento mostrou ser o preditor mais forte, ainda que o modo como as pessoas representam a doença exercesse influência na representação do tratamento. No presente estudo, não se verificou efeito direto, mas apenas indireto (mediado pela perceção do tratamento), da perceção da doença sobre a procura de ajuda psicológica. Ainda no que se refere a divergências entre os estudos, na investigação de Horne e Weinman (2002), as *consequências* da doença estavam negativamente correlacionadas com a adesão à medicação, sugerindo que uma representação mais ameaçadora da asma inibia a adesão ao inalador. Os autores alegaram que as *consequências* da doença pudessem ser um resultado da adesão ao tratamento, mais do que um preditor (i.e., pessoas com menor adesão à medicação apresentavam, em resultado, *consequências* mais graves da doença). No estudo em discussão, a

percepção de maior ameaça através das *consequências e representação emocional* da depressão, pelo contrário, sugerem maior intenção de procura de ajuda psicológica.

Os resultados obtidos são consistentes com o estudo da extensão do MSC à dor crônica (Nicklas et al., 2010) e à diabetes tipo 2 (Fall et al., 2021), no sentido em que se verificou apenas um efeito indireto mediado pela crença no tratamento, e não direto, da percepção de doença, na adesão à medicação. A consistência interna da medida da percepção de doença também se revelou desafiante. Nicklas e colaboradores (2010) retiveram as duas dimensões da percepção da doença utilizadas no presente estudo – *consequências e representação emocional* – recorrendo ao Illness Perception Questionnaire – Revised (IPQ-R; Moss-Morris et al., 2002), com base no qual foi desenvolvido o Brief IPQ (Broadbent et al., 2006). Fall e colaboradores (2021) consideraram adicionalmente a dimensão *sintomas (identidade)*, recorrendo ao Brief IPQ (Broadbent et al., 2006).

No que se refere à doença mental, uma recente meta-análise revelou que as dimensões *consequências e representação emocional*, quando percecionadas como mais ameaçadoras, estão associadas a menor adesão ao tratamento (Cannon et al., 2022), tendo-se colocado a hipótese de existir um eventual contributo não avaliado da percepção sobre o tratamento. O presente estudo, ao introduzir a percepção sobre o tratamento, apresentou resultados contrários, em consonância com o sugerido por Hagger e Orbell (2022) – determinado nível de ameaça percecionada (neste caso, *consequências e representação emocional*) pode ser um pré-requisito para predispor ao comportamento, mas parece ser a percepção sobre esse comportamento, neste caso, sobre a crença sobre o tratamento, que recai a responsabilidade na explicação da variância na procura de ajuda. Uma revisão sistemática sobre a aplicação do MSC na medicina revelou que as dimensões da percepção de doença mais associadas a resultados (e.g., qualidade de vida, sintomas de doença) foram as *consequências e a representação emocional*; contudo, quando incluídas as percepções relativas a formas específicas de lidar com a doença (e.g., medicação, procura de ajuda), estas constituíam preditores mais fortes do que a percepção de doença, assumindo um importante papel mediador (Dempster et al., 2015). Contudo, quando as pessoas detêm um historial significativo de recurso a determinado tratamento para uma perturbação específica, a representação da doença parece, por si, suficiente, sugerindo a ativação de processos automáticos associados à percepção de doença (Hagger & Orbell, 2022; Orbell & Phillips, 2019). No caso específico da depressão, a dimensão *consequências* na representação da doença constitui uma das dimensões com maior

capacidade de prever resultados (Broadbent et al., 2015), sendo ainda um dos aspetos mais referidos pelas pessoas quando descrevem a depressão (Fortune et al., 2004), o que também poderá ter contribuído para os resultados obtidos, dada a elevada pontuação obtida na amostra em estudo.

O presente estudo apresenta limitações. O delineamento transversal limita a interpretação de causalidade entre as variáveis. Os instrumentos psicométricos aplicados implicaram autorrelato, o que apesar de correntemente utilizado em psicologia, pode resultar em viés ou desejabilidade social. Face à amostragem por conveniência, não é possível generalizar resultados para a população. A amostra, apesar de diversificada, apresenta predominantemente pessoas do sexo feminino, residentes em Lisboa, com escolaridade elevada e considerável percentagem de participantes com experiência prévia de intervenção psicológica, que podem apresentar maior intenção de procura de ajuda (Houle et al., 2013; Magaard et al., 2017; Tambling et al., 2023). Não foi possível estudar o carácter dinâmico do MSC (Leventhal, 2019; Leventhal et al., 2016), que pressupõe a contínua reavaliação das estratégias implementadas e ajuste das representações de doença e do tratamento, só passível de captar em estudos longitudinais ou experimentais.

Na análise de equações estruturais, considerando a qualidade do ajustamento global do modelo de medida inicial com os instrumentos originais, procedeu-se à modificação do mesmo sem posterior validação numa amostra independente da população (Marôco, 2021). A fiabilidade, em termos de consistência interna, das medidas utilizadas na perceção da depressão (Brief IPQ) e na perceção do tratamento – tolerância ao estigma (BAPS) revelou-se inferior ao desejável ($\geq .7$), sendo aceitável em investigações exploratórias (Hair et al., 2018). Apesar das limitações indicadas, apresentam-se resultados relevantes no que se refere ao estudo da extensão do MSC, com evidência de que a perceção do tratamento (serviços de psicologia clínica) constitui um constructo adicional com impacto na intenção de procura de ajuda psicológica, no caso da depressão.

Investigação Futura

Investigação futura poderá aprofundar a relação entre a perceção de doença, perceção do tratamento e procura de ajuda em caso de depressão e em diferentes perturbações psicológicas. Adicionalmente, será importante avaliar o impacto de fatores sociodemográficos, como a cultura, o sexo e a idade, na procura de ajuda (Lee et al., 2023; Rayner et al., 2021). Nomeadamente, em grupos de risco como a população jovem (World Health Organization, 2022), será importante compreender o que permite incentivar o recurso a ajuda psicológica para melhor intervir (Bear et

al., 2021; Eigenhuis et al., 2021). O estudo do caráter dinâmico do MSC (Leventhal et al., 2016), nomeadamente, do modo como as pessoas incorporam o resultado da experiência, com a doença e com o tratamento, no comportamento futuro de procura de ajuda, poderá também facilitar a intervenção psicológica.

Outra área de investigação que poderá permitir orientar a intervenção às características individuais das pessoas será o estudo de perfis de representação de doença, aferindo-se se os mesmos estarão associados a determinados comportamentos de procura de ajuda (Hagger & Orbell, 2022), ou se poderão ser ativados automaticamente (Orbell & Phillips, 2019), considerando a sugestão de Petrie e Weinman (2021), de que o fascínio da perceção de doença é o modo como diferentes pessoas com a mesma perturbação apresentam representações tão variadas e percursos de ação diferenciados. No sentido da progressiva especificidade na intervenção, poderá ainda estudar-se o contributo da identificação com a doença, ou seja, para além da representação da doença e do tratamento, como é que a doença se integra no sentido do self e no modo como a pessoa pensa sobre si mesma (Van Bulck et al., 2019) (e.g., “Sou assim... triste e sem objetivos... ninguém me pode ajudar...”). Não sendo o conceito de self tão plástico como a representação de doença ou do tratamento, tal possibilitaria a intervenção integrada nas diferentes representações (Leventhal et al., 2016).

Implicações Práticas

Os resultados da presente investigação sugerem que as crenças sobre os serviços de psicologia clínica podem ser uma área de intervenção com um contributo a considerar na promoção da procura de ajuda em caso de depressão. Parece existir uma compreensão limitada da natureza e efeito dos serviços de psicoterapia e a perceção de que a informação pública sobre a procura de ajuda na depressão incide maioritariamente nos aspetos negativos (e.g., risco de suicídio), e menos nos positivos, como o potencial de recuperação e de tomada de controlo sobre a vida (House et al., 2018). Castonguay e colaboradores (2016), ao investigar as narrativas de doença de pessoas com depressão, evidenciaram que a principal barreira à procura de ajuda foi o medo do desconhecido acerca do tratamento, mais do que a consciência das consequências negativas que do mesmo pudessem advir. O desenvolvimento de estratégias dirigidas aos jovens, reforçando a crença na eficácia do tratamento parece particularmente relevante, uma vez que os estudos demonstram que estes tendem a percecionar a doença mental como parte da identidade, imutável, demonstrando

ceticismo face à psicoterapia (Mehta et al., 2023). Como tal, a divulgação da eficácia dos serviços de psicoterapia e clarificação de expectativas sobre o processo terapêutico poderão permitir intervir na procura de ajuda para reduzir a lacuna do tratamento (Stolzenburg et al., 2019).

A promoção da saúde e prevenção da doença estão intrinsecamente dependentes da capacidade de regulação de cada um na gestão do tratamento (Leventhal et al., 2016). A intervenção psicológica pode permitir trabalhar representações de doença e do tratamento mais adaptativas no sentido de promover a procura de ajuda (Mavroeides & Koutra, 2021). O desenho de intervenções orientadas a representações disfuncionais da doença e do tratamento (Glattacker et al., 2018), promovendo a ativação de estratégias adequadas a cada pessoa e perturbação (Hagger et al., 2017), pode ser relevante, uma vez que tais representações tendem a associar-se em esquemas mentais ativados posteriormente em caso de doença (Leventhal et al., 2016).

Conclusão

O presente estudo contribui para a investigação sobre a extensão do MSC, considerando ambos os constructos – percepções sobre a doença e sobre o tratamento – na intenção de procura de ajuda psicológica na depressão. Os resultados evidenciaram os efeitos – direto e mediador – da percepção sobre os serviços de psicologia clínica na intenção de procura de ajuda psicológica para a depressão, revelando-se a melhor preditora no modelo estudado. A percepção sobre a depressão foi relevante, indiretamente, por influência na percepção sobre os serviços de psicologia clínica. Assim, em senso comum e de acordo com o modelo utilizado, quando as pessoas percecionaram a depressão com *consequências e representação emocional* mais ameaçadoras, revelaram maior tolerância ao estigma associado ao tratamento (serviços de psicologia clínica) e acreditaram mais na competência dos psicólogos clínicos. Esta crença nos serviços de psicologia clínica, nomeadamente na competência dos profissionais, foi a que apresentou maior impacto na intenção de procura de ajuda psicológica.

A intervenção para a disseminação de informação que credibilize a competência dos psicólogos e a eficácia dos serviços de psicologia clínica para ajudar no caso da depressão pode ser importante para reduzir a lacuna do tratamento. Sendo um dos pressupostos básicos do MSC, que a ameaça é importante para a ação, parece confirmar-se que uma maior percepção de ameaça na depressão, quando reforçada pela crença e confiança no tratamento, contribui para que as pessoas tenham a intenção de procurar ajuda junto dos serviços de psicologia clínica.

Referências

- Ægisdóttir, S., & Gerstein, L. H. (2009). Beliefs about psychological services (BAPS): Development and psychometric properties. *Counselling Psychology Quarterly*, 22(2), 197–219. <https://doi.org/10.1080/09515070903157347>
- Arias, D., Saxena, S., & Verguet, S. (2022). Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *EClinicalMedicine*, 54, 101675. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101675>
- Averous, P., Charbonnier, E., & Dany, L. (2021). Assessment of illness representations in mental disorders: A mini review. *Encephale*, 47(2), 137–142. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.09.011>
- Baines, T., & Wittkowski, A. (2013). A systematic review of the literature exploring illness perceptions in mental health utilising the self-regulation model. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(3), 263–274. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9337-9>
- Bandura, A. (2008). A evolução da teoria social cognitiva. In A. Bandura, R. G. Azzi, & S. Polydoro (Eds.), *Teoria Social Cognitiva: Conceitos básicos* (pp. 15–41). Artmed.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. Holt Rinehart and Winston.
- Barnwell, P. V., Mann, S. L., Fedorenko, E. J., Wheeler, C., Everett, B., & Contrada, R. J. (2022). Lay beliefs about the causes and treatment of depression: Tests of measurement models and associations. *Journal of Affective Disorders*, 299(March 2021), 93–101. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.052>
- Bear, H. A., Krause, K. R., Edbrooke-Childs, J., & Wolpert, M. (2021). Understanding the illness representations of young people with anxiety and depression: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(4), 1036–1058. <https://doi.org/10.1111/papt.12345>
- Benyamini, Y., & Karademas, E. C. (2019). Introduction to the special issue on the common sense model of self-regulation. *Health Psychology Review*, 13(4), 373–377. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1644189>
- Benyamini, Y., & Leventhal, H. (2019). Beliefs and perceptions of health and illness. In C. D. Llewellyn, S. Ayers, C. McManus, S. Newman, K. J. Petrie, T. A. Revenson, & J. Weinman (Eds.), *The Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (3rd ed., pp. 331–344).

Cambridge University Press.

- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*(6), 631–637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S., & Petrie, K. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology and Health*, *30*(11), 1361–1385. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1070851>
- Brown, C., Battista, D. R., Sereika, S. M., Bruehlman, R. D., Dunbar-Jacob, J., & Thase, M. E. (2007). Primary care patients' personal illness models for depression: relationship to coping behavior and functional disability. *General Hospital Psychiatry*, *29*(6), 492–500. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.07.007>
- Byrne, M., Walsh, J., & Murphy, A. W. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*(5), 403–415. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.11.010>
- Cameron, L. D., Fleszar-Pavlovic, S., & Khachikian, T. (2020). Changing behavior using the common-sense model of self-regulation. In *The Handbook of Behavior Change* (pp. 60–76). Cambridge University Press. <https://doi.org/doi:10.1017/9781108677318.005>
- Cannon, M., Credé, M., Kimber, J. M., Brunkow, A., Nelson, R., & McAndrew, L. M. (2022). The common-sense model and mental illness outcomes: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *29*(4), 1186–1202. <https://doi.org/10.1002/cpp.2721>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, K. J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Castonguay, J., Filer, C. R., & Pitts, M. J. (2016). Seeking Help for Depression: Applying the Health Belief Model to Illness Narratives. *Southern Communication Journal*, *81*(5), 289–303. <https://doi.org/10.1080/1041794X.2016.1165729>
- Chekroud, A. M., Foster, D., Zheutlin, A. B., Gerhard, D. M., Roy, B., Koutsouleris, N., Chandra, A., Esposti, M. D., Subramanyan, G., Gueorguieva, R., Paulus, M., & Krystal, J. (2018). Predicting barriers to treatment for depression in a U. S. national sample: A cross-sectional, proof-of-concept study. *Psychiatric Services*, *69*(8), 927–934. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800094>

- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H. G., Turner, E. H., Higgins, Julian, P. T., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J. P. A., & Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391, 1357–1366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies , pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, 19, 92–107. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20701>
- Dempster, M., Howell, D., & McCorry, N. K. (2015). Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(6), 506–513. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.006>
- Dias Neto, D., Figueiras, M. J., & Sebastião, R. (2022). Representations of depression and schizophrenia in the community: The role of illness and risk perceptions on help-seeking intentions. *Frontiers in Psychology*, 13, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1011195>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano nacional de saúde 2021-2030: Saúde sustentável de todos para todos*. <https://pns.dgs.pt/plano-nacional-de-saude/>
- Doblyte, S., & Jiménez-Mejías, E. (2017). Understanding Help-Seeking Behavior in Depression: A Qualitative Synthesis of Patients’ Experiences. *Qualitative Health Research*, 27(1), 100–113. <https://doi.org/10.1177/1049732316681282>
- Eigenhuis, E., Waumans, R. C., Muntingh, A. D. T., Westerman, M. J., van Meijel, M., Batelaan, N. M., & van Balkom, A. J. L. M. (2021). Facilitating factors and barriers in help-seeking behaviour in adolescents and young adults with depressive symptoms: A qualitative study. *PLoS ONE*, 16(3 March 2021), 1–21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247516>
- Elwy, A. R., Yeh, J., Worcester, J., & Eisen, S. V. (2011). An illness perception model of primary care patients’ help seeking for depression. *Qualitative Health Research*, 21(11), 1495–1507. <https://doi.org/10.1177/1049732311413781>

- Evans-Lacko, S. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychology Medicine*, 48(9), 1560–1571. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>. Socio-economic
- Fall, E., Chakroun-Baggioni, N., Böhme, P., Maqdasy, S., Izaute, M., & Tauveron, I. (2021). Common sense model of self-regulation for understanding adherence and quality of life in type 2 diabetes with structural equation modeling. *Patient Education and Counseling*, 104(1), 171–178. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.023>
- Finney, S. J., & DiStefano, C. (2013). Nonnormal and categorical data in structural equation modeling. In G. R. Hancock & O. Mueller (Eds.), *Structural equation modeling: A second course* (pp. 439–492). IAP Information Age Publishing.
- Fischer, E. H., & Turner, J. L. B. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(1), 79–90. <https://doi.org/10.1037/h0020198>
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39–50. <https://doi.org/doi.org/10.2307/3151312>
- Fortune, G., Barrowclough, C., & Lobban, F. (2004). Illness representations in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(4), 347–364. <https://doi.org/10.1348/0144665042388955>
- GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 396, 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Glattacker, M., Heyduck, K., & Meffert, C. (2013). Illness beliefs and treatment beliefs as predictors of short and middle term outcome in depression. *Journal of Health Psychology*, 18(1), 139–152. <https://doi.org/10.1177/1359105311433907>
- Glattacker, M., Heyduck, K., Meffert, C., & Jakob, T. (2018). Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information: The evaluation of an intervention for patients with depression. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25, 316–333. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9551-1>
- Global Burden of Disease Collaborative Network. (2019). *Global burden of disease study 2019*

- (*GBD 2019*) results. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, acessado a 5 de fevereiro, 2023
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Brewer, J. L. (2012). A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC Psychiatry*, *12*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-81>
- Hagger, M. S., & Hamilton, K. (2020). Changing behavior using integrated theories. In M. S. Hagger, L. D. Cameron, K. Hamilton, N. Hankonen, & T. Lintunen (Eds.), *The Handbook of Behavior Change* (pp. 208–224). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108677318>
- Hagger, M. S., Koch, S., Chatzisarantis, N. L. D., & Orbell, S. (2017). The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. *Psychological Bulletin*, *143*(11), 1117–1154. <https://doi.org/10.1037/bul0000118>
- Hagger, M. S., Moyers, S., McAnally, K., & McKinley, L. E. (2020). Known knowns and known unknowns on behavior change interventions and mechanisms of action*. *Health Psychology Review*, *14*(1), 199–212. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1719184>
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2022). The common sense model of illness self-regulation: a conceptual review and proposed extended model. *Health Psychology Review*, *16*(3), 347–377. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1878050>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2018). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.
- Horne, R. (1999). Patients' beliefs about treatment: The hidden determinant of treatment outcome? *Journal of Psychosomatic Research*, *47*(6), 491–495. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00058-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00058-6)
- Horne, R., Chapman, S. C. E., Parham, R., Freemantle, N., Forbes, A., & Cooper, V. (2013). Understanding patients' adherence-related Beliefs about Medicines prescribed for long-term conditions: A meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. *PLoS ONE*, *8*(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080633>
- Horne, R., Cooper, V., Wileman, V., & Chan, A. (2019). Supporting Adherence to Medicines for Long-Term Conditions. *European Psychologist*, *24*(1), 82–96. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000353>
- Horne, R., & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in Asthma: Exploring the

- role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventive medication. *Psychology and Health*, 17(1), 17–32.
- Houle, J., Villaggi, B., Beaulieu, M. D., Lespérance, F., Rondeau, G., & Lambert, J. (2013). Treatment preferences in patients with first episode depression. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.016>
- House, J., Marasli, P., Lister, M., & Brown, J. S. L. (2018). Male views on help-seeking for depression: A Q methodology study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(1), 117–140. <https://doi.org/10.1111/papt.12144>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Ijaz, S., Davies, P., Williams, C. J., Kessler, D., Lewis, G., & Wiles, N. (2018). Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, 1–68. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010558.pub2>.
- Johnson, E. M., & Possemato, K. (2021). Problem recognition and treatment beliefs relate to mental health utilization among veteran primary care patients. *Psychological Services*, 18(1), 11–22. <https://doi.org/10.1037/ser0000341>
- Kazdin, A. E. (2023). Addressing the treatment gap: Expanding the scalability and reach of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(1), 3–5. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/ccp0000762>
- Kelly, M. A. R., Sereika, S. M., Battista, D. R., & Brown, C. (2007). The relationship between beliefs about depression and coping strategies: Gender differences. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(3), 315–332. <https://doi.org/10.1348/014466506X173070>
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858–866.
- Lee, J., Choi, K., & Yun, J. (2023). *The effects of sociodemographic factors on help-seeking for depression : Based on the 2017 – 2020 Korean Community Health Survey*. 1–15.
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in Experimental Social Psychology*, 5, 119–186. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60091-X](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60091-X)
- Leventhal, H. (2019). Next Steps for examining the common-sense of health behaviour. *Health*

- Psychology Review*, 13(4), 487–489. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1642791>
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common sense model of self-regulation of health and illness behaviour. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42–60). Routledge Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203553220>
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health*, 13(4), 717–733. <https://doi.org/10.1080/08870449808407425>
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology: Vol. II* (pp. 7–30). Pergamon Press.
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The common-sense model of self-regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935–946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- LimeSurvey GmbH. (2022). *LimeSurvey: An open source survey tool [Computer software]*. LimeSurvey GmbH. <http://www.limesurvey.org>
- Linde, K., Sigterman, K., Kriston, L., Rücker, G., Jamil, S., Meissner, K., & Schneider, A. (2015). Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: Systematic review and meta-analysis. *Annals of Family Medicine*, 13(1), 56–68. <https://doi.org/10.1370/afm.1719>
- Magaard, J. L., Seeralan, T., Schulz, H., & Brütt, A. L. (2017). Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(5), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176730>
- Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *Lancet*, 392, 2299–2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
- Marôco, J. (2021). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações* (3.^a Ed.). Resport Number. <http://reportnumber.pt/aee>
- Mavroeides, G., & Koutra, K. (2021). Illness representations in depression and their association with clinical and treatment outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4(January), 100099. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100099>
- McAndrew, L. M., Martin, J. L., Friedlander, M. L., Shaffer, K., Breland, J. Y., Slotkin, S., &

- Leventhal, H. (2018). The common sense of counseling psychology: introducing the Common-Sense Model of self-regulation. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(4), 497–512. <https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1336076>
- McLaren, T., Peter, L. J., Tomczyk, S., Muehlan, H., Schomerus, G., & Schmidt, S. (2023). The Seeking Mental Health Care model: prediction of help-seeking for depressive symptoms by stigma and mental illness representations. *BMC Public Health*, 23(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14937-5>
- Mehta, A., Dykiert, D., & Midgley, N. (2023). Understanding treatment non-responders: A qualitative study of depressed adolescents' experiences of 'unsuccessful' psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 96, 448–463. <https://doi.org/10.1111/papt.12448>
- Moitra, M., Santomauro, D., Collins, P. Y., Vos, T., Whiteford, H., Saxena, S., & Ferrari, A. J. (2022). The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 19(2), 1–21. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003901>
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Nicklas, L. B., Dunbar, M., & Wild, M. (2010). Adherence to pharmacological treatment of non-malignant chronic pain: The role of illness perceptions and medication beliefs. *Psychology and Health*, 25(5), 601–615. <https://doi.org/10.1080/08870440902783610>
- Nolan, A., & O'Connor, C. (2019). The effect of causal attributions for depression on help-seeking and treatment preferences. *Journal of Affective Disorders*, 257(July), 477–485. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.017>
- O'Carroll, R. E. (2020). Self-regulation interventions—what do we know and where should we go? *Health Psychology Review*, 14(1), 159–164. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1709529>
- Omer, Z. B., Hwang, E. S., Esserman, L. J., Howe, R., & Ozanne, E. M. (2013). Impact of ductal carcinoma in situ terminology on patient treatment preferences. *JAMA Internal Medicine*, 173(19), 1830–1831. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.8405>
- Orbell, S., & Phillips, L. (2019). Automatic processes and self-regulation of illness. *Health Psychology Review*, 13(4), 378–405. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1503559>

- Patel, V., Maj, M., Flisher, A. J., de Silva, M. J., Koschorke, M., Prince, M., WPA Zonal, & Member Society Representatives. (2010). Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. *World Psychiatry*, 9, 169–176. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00305.x>
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2021). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6(6), 536–539. <https://doi.org/https://doi.org/10.7861/clinmedicine.6-6-536>
- Phillips, L. A., Diefenbach, M. A., Kronish, I. M., Negron, R. M., & Horowitz, C. R. (2014). The necessity-concerns framework: a multidimensional theory benefits from multidimensional analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(1), 7–16. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9579-2>
- Phillips, L. A., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2012). Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British Journal of Health Psychology*, 17(2), 244–257. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02035.x>
- Plessen, C. Y., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2022). Exploring the efficacy of psychological treatments for depression: A multiverse meta-analysis protocol. *BMJ Open*, 12(1), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050197>
- Prins, M. A., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M., & van der Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression-The patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 1038–1058. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.009>
- Ramos, J. M. A. (2017). *Opinião pública sobre a psicologia em Portugal: Contribuições para ampliar a qualidade dos serviços de psicologia clínica e de psicoterapia*. [Dissertação de mestrado não publicada]. ISPA - Instituto Universitário. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.28914.20163>
- Rayner, C., Coleman, J. R. I., Purves, K. L., Carr, E., Cheesman, R., Davies, M. R., Delgadillo, J., Hübel, C., Krebs, G., Peel, A. J., Skelton, M., Breen, G., & Eley, T. C. (2021). Sociodemographic factors associated with treatment-seeking and treatment receipt: cross-sectional analysis of UK Biobank participants with lifetime generalised anxiety or major depressive disorder. *BJPsych Open*, 7(6), 1–9. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1012>
- Roberts, T., Miguel Esponda, G., Torre, C., Pillai, P., Cohen, A., & Burgess, R. A. (2022).

- Reconceptualising the treatment gap for common mental disorders: A fork in the road for global mental health? *British Journal of Psychiatry*, 221(3), 553–557. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.221>
- Scott, S. E. (2019). Help-seeking. In C. D. Llewellyn, S. Ayers, C. McManus, S. Newman, K. J. Petrie, T. A. Revenson, & J. Weinman (Eds.), *The Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (3rd ed., pp. 238–250). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316783269>
- Shaughnessy, J., Zechmeister, E., & Zechmeister, J. (2012). *Research methods in psychology* (9th ed., p. 171). 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>
- Soper, D. S. (2023). *A-priori Sample Size Calculator for Structural Equation Models [Software]*. <https://www.danielsoper.com/statcalc>
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174(10), 943–953. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057>
- Stolzenburg, S., Freitag, S., Evans-Lacko, S., Speerforck, S., Schmidt, S., & Schomerus, G. (2019). Individuals with currently untreated mental illness: Causal beliefs and readiness to seek help. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(4), 446–457. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000828>
- Tambling, R. R., Russell, B. S., Fendrich, M., & Park, C. L. (2023). Predictors of mental health help-seeking during COVID - 19: Social support , emotion regulation, and mental health symptoms. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 50(1), 68–79. <https://doi.org/10.1007/s11414-022-09796-2>
- Tan, G. T. H., Shahwan, S., Goh, C. M. J., Ong, W. J., Samari, E., Abdin, E., Kwok, K. W., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2020). Causal beliefs of mental illness and its impact on help-seeking attitudes: a cross-sectional study among university students in Singapore. *BMJ Open*, 10(7), e035818. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035818>

- The jamovi project. (2023). *jamovi (Version 2.4.5.0) [Computer Software]*.
<https://www.jamovi.org>
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-gaxiola, S., Al-hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., Miguel, J., Almeida, C. De, Florescu, S., Girolamo, G. De, Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., ... Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry*, *210*, 119–124. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>
- Tomczyk, S., Schmidt, S., Muehlan, H., Stolzenburg, S., & Schomerus, G. (2020). A prospective study on structural and attitudinal barriers to professional help-seeking for currently untreated mental health problems in the community. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, *47*(1), 54–69. <https://doi.org/10.1007/s11414-019-09662-8>
- Tomczyk, S., Schomerus, G., Stolzenburg, S., Muehlan, H., & Schmidt, S. (2020). Ready, willing and able? An investigation of the theory of planned behaviour in help-seeking for a community sample with current untreated depressive symptoms. *Prevention Science*, *21*, 749–760. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01099-2>
- Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). *Disentangling Self-Stigma : Are Mental Illness and Help-Seeking Self-Stigmas Different ?* *60*(4), 520–531. <https://doi.org/10.1037/a0033555>
- van Beljouw, I., Verhaak, P., Prins, M., Cuijpers, P., Penninx, B., & Bensing, J. (2010). Reasons and determinants for not receiving treatment for common mental disorders. *Psychiatric Services*, *61*(3), 250–257. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.3.250>
- Van Bulck, L., Luyckx, K., Goossens, E., Oris, L., & Moons, P. (2019). Illness identity: Capturing the influence of illness on the person’s sense of self. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *18*(1), 4–6. <https://doi.org/10.1177/1474515118811960>
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, *3*, 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Vollmann, M., Scharloo, M., Salewski, C., Dienst, A., Schonauer, K., & Renner, B. (2010). Illness representations of depression and perceptions of the helpfulness of social support: Comparing depressed and never-depressed persons. *Journal of Affective Disorders*, *125*(1–3), 213–220. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.075>
- Waumans, R. C., Muntingh, A. D. T., Draisma, S., Huijbregts, K. M., van Balkom, A. J. L. M., &

- Batelaan, N. M. (2022). Barriers and facilitators for treatment-seeking in adults with a depressive or anxiety disorder in a Western-European health care setting: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03806-5>
- Westland, J. C. (2010). Electronic Commerce Research and Applications Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electronic Commerce Research and Applications*, 9(6), 476–487. <https://doi.org/10.1016/j.elerap.2010.07.003>
- World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>
- Yu, B. C. L., Chio, F. H. N., Chan, K. K. Y., Mak, W. W. S., Zhang, G., Vogel, D., & Lai, M. H. C. (2023). Associations Between Public and Self-Stigma of Help-Associations between public and self-stigma of help-seeking with help-seeking attitudes and intention: A meta-analytic structural equation modeling approach. *Journal of Counseling Psychology*, 70(1), 90–102. <https://doi.org/10.1037/cou0000637>

Anexo A. Revisão de Literatura

Impacto da Depressão na Saúde

A saúde mental constitui um direito humano fundamental, parte integrante da saúde e do bem estar (World Health Organization, 2022). Contudo, a doença mental é uma das principais causas da carga global de doença (global burden of disease, GBD) (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020), estimando-se que afete uma em cada oito pessoas, no mundo, e constituindo a principal causa de incapacidade, responsável por um em cada seis anos vividos com incapacidade (years lived with disability, YLD) (World Health Organization, 2022).

Em 2019, as perturbações psicológicas representavam 5.1% do GBD (World Health Organization, 2022), pressupondo-se que o valor real possa ser muito superior ao estimado (Arias et al., 2022; Vigo et al., 2016). A depressão encontrava-se entre as quinze doenças que mais contribuíram para o GBD (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020), constituindo a segunda principal causa de incapacidade, responsável por 5.6% do total de YLD, e com prevalência de 3.8% (World Health Organization, 2022). Em Portugal, em 2019, a depressão apresentava uma prevalência de 5.9%, constituindo a segunda principal causa de carga de doença e incapacidade, representando 6.8% do total de YLD (Direção-Geral da Saúde, 2021; Global Burden of Disease Collaborative Network, 2019).

Redução do Impacto da Depressão pelo Aumento da Procura de Ajuda

A depressão é a perturbação mental mais investigada em todo o mundo, face à elevada prevalência, impacto na qualidade de vida, comorbilidade e mortalidade (Plessen et al., 2022). A eficácia do tratamento da depressão é amplamente suportada em evidência empírica, pelo recurso a farmacologia (Cipriani et al., 2018), a intervenção psicológica (Ijaz et al., 2018; Linde et al., 2015; Steinert et al., 2017) ou à combinação de ambos (Cuijpers et al., 2020; Malhi & Mann, 2018). Contudo, a taxa de cobertura do tratamento continua reduzida, tendo-se estimado em 8%, nos países de rendimento menos elevado, e 33% nos países de rendimento mais elevado, de acordo com uma revisão de literatura com informação de 84 países (Moitra et al., 2022). Considerando apenas o tratamento minimamente adequado, num estudo realizado em 21 países, esta taxa revelou-se inferior: 3.7%, 11.4% e 22.4%, respetivamente nos países de rendimento baixo, médio ou elevado; em Portugal, 18.8% dos participantes beneficiou de tratamento minimamente adequado (Thornicroft et al., 2017).

As implicações económicas e sociais da doença mental e os custos de produtividade são elevados. Uma análise de retorno do investimento no tratamento da depressão e ansiedade, com informação de 36 países, permitiu estimar um rácio de custo-benefício que pode ascender a 3, considerados apenas benefícios económicos, ou a 5.7, incluídos cumulativamente benefícios na saúde. Tal evidencia o potencial retorno económico e social do investimento no aumento da cobertura do tratamento (Chisholm et al., 2016).

O aumento da cobertura do tratamento ou, de outro modo, a redução da lacuna do tratamento – do número de pessoas que necessitam de tratamento e não beneficiam do mesmo (Chisholm et al., 2016) – é um desafio para a saúde pública (Evans-Lacko, 2018; Kohn et al., 2004), constituindo um dos principais objetivos da Organização Mundial da Saúde, através do Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 (World Health Organization, 2021). A redução da lacuna do tratamento tem vindo a ser objeto de investigação nos últimos anos (Kazdin, 2023; Patel et al., 2010; Thornicroft et al., 2017), evidenciando-se a necessidade de aumentar o recurso aos serviços de saúde mental, incentivando a procura de ajuda (Roberts et al., 2022).

A literatura evidencia que a reduzida perceção da necessidade de ajuda e a descrença na eficácia do tratamento ou nos serviços de saúde mental constituem fatores inibidores do comportamento de procura de ajuda (Doblyte & Jiménez-Mejías, 2017; Waumans et al., 2022), comuns entre diferentes países (Silva et al., 2022; Tomczyk, Schmidt, et al., 2020). Como tal, estimular a procura de ajuda na depressão pressupõe compreender, para posteriormente modificar, os comportamentos de promoção da saúde e gestão da doença, aumentando a literacia sobre a perceção da doença e sobre as expectativas e benefícios do tratamento, reduzindo a descrença nos serviços de saúde mental (Chekroud et al., 2018; Rayner et al., 2021; Waumans et al., 2022).

Intervenção na Procura de Ajuda: Modelo do Senso Comum

A investigação sobre a mudança de comportamentos na promoção da saúde e gestão da doença, em particular, sobre as teorias da motivação e autorregulação, permite intervir com maior eficácia na procura de ajuda (Hagger et al., 2020; Hagger & Orbell, 2022). Diversas teorias e modelos foram desenvolvidos e aplicados neste domínio, não se reconhecendo um modelo universal (Gulliver et al., 2012). A teoria social cognitiva (Bandura, 2008; Bandura & Walters, 1963), com um vasto contributo na compreensão do comportamento humano, suportou o desenvolvimento de modelos teóricos na psicologia da saúde, destacando-se o modelo do senso

comum (MSC) de autorregulação de Leventhal e colaboradores (Leventhal, 1970), como um dos modelos mais validados na investigação.

O MSC tem vindo a ser utilizado para compreender os comportamentos associados à promoção da saúde e adaptação à doença, com aplicação em programas de intervenção bem sucedidos (Benyamini & Karademas, 2019; Benyamini & Leventhal, 2019; Hagger et al., 2017; O'Carroll, 2020). Uma das forças do modelo consiste na integração da investigação de diversas áreas científicas, ao considerar a teoria e dinâmicas do controlo, a regulação das emoções, os modelos mentais de doença como construção cultural e resultado da experiência individual, e os processos cognitivos, realçando o potencial de intervenção na mudança de comportamentos (Cameron et al., 2020).

O modelo assenta nos princípios da teoria do controlo, pressupondo que o comportamento se desenvolve e modifica continuamente, de modo a mover o organismo do estado atual para o estado objetivo (Cameron et al., 2020). As teorias das emoções e da regulação emocional, com o corpo de investigação sobre o impacto da ativação do medo na motivação para a adoção de medidas de proteção, representam um contributo central, postulando que a comunicação eficaz deve ativar medo e, simultaneamente, motivar para a ação. Foi ainda integrada ampla investigação em antropologia, através de modelos mentais explicativos da doença e do modo como revelam dimensões comuns a diversas culturas (crenças sobre sintomas, causas, evolução temporal, consequências e controlo), nomeadamente a conceção de doença como construção cultural e resultado da experiência individual do paciente (Cameron et al., 2020). A consistência destas crenças entre culturas sugere o interesse universal de compreender as dimensões de vivência da doença (Cameron et al., 2020). São ainda considerados os princípios das ciências cognitivas, através dos processos paralelos de resposta cognitiva e emocional ao estímulo ou ameaça, através da experiência de doença (Cameron et al., 2020).

O MSC constitui um modelo conceptual, dinâmico e multinível. O objetivo é a compreensão dos processos emocionais, cognitivos e comportamentais envolvidos na autorregulação das pessoas perante a perceção de ameaça à saúde, ou doença, e consequente planeamento e implementação de ações de proteção (Leventhal et al., 2016), como a procura de ajuda e tratamento. A conceptualização multinível da perceção de doença através da combinação de experiências perceptivas concretas (sintomas ou alterações no funcionamento do organismo) e

conceitos abstratos (nome atribuído à doença) distinguem o MSC de outros modelos de crenças na saúde que tendem a focar-se exclusivamente nos aspetos abstratos (Leventhal et al., 2016). O modelo assenta sobre três pressupostos básicos: as pessoas são agentes ativos na resolução de problemas, representando-os e elaborando estratégias para lidar com eles de acordo com a sua representação, e adequando continuamente as estratégias e a representação em função dos resultados obtidos; o processo de resolução de problemas ocorre em determinado contexto; a motivação para a promoção da saúde e gestão da doença é direcionada para a ameaça percebida como mais urgente e é limitada pela existência de recursos (Leventhal et al., 1998).

O MSC foi desenvolvido a partir de um exaustivo processo de observação e entrevista a pessoas com diversos problemas de saúde (Leventhal, 1970; Leventhal et al., 1980), que utilizavam o senso comum na interpretação dos sintomas e experiências de doença, bem como no modo como lidavam com os mesmos, nem sempre racional para o observador, mas provido de lógica interna e de sentido para os próprios. As pessoas agem como “cientistas do senso comum”, ativos na procura e processamento de informação, influenciados por fatores individuais e pelo contexto sociocultural, no modo como interpretam sintomas e percecionam alterações do estado de saúde ou experiências de doença, com o objetivo de reestabelecer o equilíbrio, num processo de autorregulação (Benyamini & Karademas, 2019; Leventhal et al., 1980, 2003).

O processo de autorregulação é despoletado por sensações somáticas (sintomas), constatação de doença (podendo incluir diagnóstico médico) ou pistas ambientais (meios de comunicação ou outros). Ocorre o processamento paralelo da informação cognitiva e emocional, no decurso do qual os estímulos ativam protótipos ou estruturas de memória do funcionamento normal e de experiências passadas de doença ou de tratamento que, em conjunto, geram uma representação mental da doença (crenças sobre a identidade, causa, controlo, consequências e evolução da doença), do tratamento e do plano de ação (Leventhal et al., 2016). De acordo com a representação formada, a pessoa recorre a estratégias de ação para lidar com os sintomas experienciados e regular as emoções. A representação da doença de acordo com o senso comum é basilar no modelo (Leventhal et al., 1998). A eficácia das estratégias aplicadas é continuamente avaliada, podendo conduzir à atualização da representação da doença ou das respostas implementadas, até ao retorno ao estado de equilíbrio; este é o carácter dinâmico do MSC (Leventhal et al., 1980, 1998, 2003).

A investigação sobre o MSC tem explorado a representação de doença, considerando-se a existência de dois tipos de representação: cognitiva e emocional. A representação cognitiva compreende dimensões como: identidade, duração, causa, consequência, controlo pessoal e controlo sobre o tratamento; sendo ainda considerada uma dimensão metacognitiva: coerência (Hagger & Orbell, 2022; Leventhal et al., 1998). Na representação cognitiva, a identidade compreende o nome abstrato atribuído à doença (e.g., depressão) e os sintomas concretos que lhe são associados (e.g., tristeza, perda de prazer, fadiga), sendo esta dimensão atualizada em resultado da experiência individual de doença e do tratamento (McAndrew et al., 2018). A duração refere-se ao tempo percebido para a progressão e recuperação da doença ou ciclo de doença (e.g., aguda, crónica ou cíclica), tendendo a influenciar o início do processo de procura de ajuda (McAndrew et al., 2018). A causa reflete a origem ou motivo que a pessoa atribui à doença (e.g., genética, fatores individuais de personalidade, relações interpessoais), e está associada à seleção do tratamento, nomeadamente à utilização dos serviços de saúde (McAndrew et al., 2018). A consequência reflete a perceção do impacto que a doença pode ter no quotidiano da pessoa (e.g., deterioração da qualidade de vida, estigma, perda de emprego). O controlo pessoal reflete a crença na possibilidade de cura através de ações desenvolvidas pelo próprio (e.g., autoajuda ou recurso a tratamento), enquanto o controlo sobre o tratamento reflete a crença na eficácia do tratamento na gestão da doença, sendo ambos determinantes no processo de procura de ajuda (Hagger & Orbell, 2022). A coerência reflete a compreensão que a pessoa tem da doença. A representação emocional capta as emoções associadas à doença, como ansiedade, raiva, tristeza ou outra (Hagger & Orbell, 2022; Mavroeides & Koutra, 2021).

As dimensões da representação de doença, apesar de distintas, pressupõem-se interrelacionadas e definem o que se pretende prevenir ou curar, constituindo a base para as estratégias a implementar e para avaliar a eficácia das mesmas na reposição da saúde (Hagger & Orbell, 2022; Mavroeides & Koutra, 2021). De acordo com o MSC, a representação de doença permite compreender a motivação para o comportamento de procura de ajuda (Carver et al., 1989; Hagger & Orbell, 2022) ou inibição do mesmo (Hagger et al., 2017; Hagger & Orbell, 2022; Leventhal et al., 1998). Neste sentido, a aplicação do modelo pode orientar a intervenção na mudança do comportamento para promover a procura de ajuda (Cameron et al., 2020; Hagger & Orbell, 2022; Horne et al., 2013).

Extensão do Modelo do Senso Comum: Percepção sobre o Tratamento

Na investigação sobre a mudança de comportamento, a integração de teorias tem vindo a ser defendida no sentido de captar e sintetizar os constructos e processos que permitem melhor compreender e intervir, na prática, sobre o comportamento (Hagger & Hamilton, 2020). Neste pressuposto, é proposta a extensão do MSC, através da introdução de constructos adicionais à percepção da doença, como a percepção sobre o tratamento (Cannon et al., 2022; Hagger et al., 2017; Hagger & Orbell, 2022). Hagger e Orbell (2022) sugerem o estudo da inclusão da percepção sobre o tratamento no MSC, como um novo e independente constructo, de modo consistente com os pressupostos originais do modelo (dimensão do controlo sobre o tratamento, na percepção de doença), na medida em que procurar e aderir a um tratamento consiste num comportamento que resulta de uma estratégia específica de lidar com a doença. Os autores defendem que, apesar da percepção de doença e do tratamento poderem estar correlacionadas, existe uma clara distinção conceptual, sendo que a investigação permitirá compreender melhor o papel das crenças sobre o tratamento nos comportamentos de promoção da saúde.

A crença na medicação tem sido uma das poucas áreas sistematicamente estudadas no que se refere à percepção sobre o tratamento, com o objetivo de avaliar o impacto nos comportamentos de promoção da saúde (Leventhal et al., 2016). A investigação de Horne (1999) incidiu na percepção de doença crónica (asma, diabetes, insuficiência renal ou doença psiquiátrica) e na crença sobre a medicação, propondo que o processamento paralelo de ambos os constructos conduziria a um modelo mais robusto. De acordo com os investigadores, as percepções sobre o tratamento não se desenvolvem de modo isolado, relacionando-se com o modelo que o paciente constrói sobre a doença e com a avaliação de resultados do tratamento. A inclusão da crença na medicação como extensão ao MSC foi estudada por outros investigadores (Byrne et al., 2005; Horne et al., 2013, 2019; Horne & Weinman, 2002; Nicklas et al., 2010; Omer et al., 2013; Phillips et al., 2012, 2014), que reforçaram a relevância de considerar ambas as representações em intervenção na gestão da doença, uma vez que a percepção sobre o tratamento tem impacto no recurso ao tratamento, de modo independente das dimensões da representação de doença.

O MSC tem vindo a ser cada vez mais investigado na saúde mental (Cannon et al., 2022), para melhorar o conhecimento das estratégias utilizadas para lidar com a doença (Baines & Wittkowski, 2013) e aprofundar a compreensão dos processos de procura de ajuda (Horne et al.,

2013; Leventhal et al., 2016; Scott, 2019). A literatura evidencia ainda a utilidade de aplicação do MSC na investigação da depressão (Brown et al., 2007), enquanto modelo teórico para a compreensão da percepção da doença (Mavroeides & Koutra, 2021) e da procura de ajuda por parte de pessoas com diagnóstico ou sintomas depressivos (Elwy et al., 2011). Contudo, estudos específicos sobre as representações de doença e do tratamento na doença mental (McLaren et al., 2023) e na depressão são escassos e necessários (Baines & Wittkowski, 2013; Glattacker et al., 2018).

Aplicação da Extensão do Modelo do Senso Comum à Procura de Ajuda na Depressão

Conhecer os fatores que influenciam a procura de ajuda no caso da depressão, por parte de pessoas diagnosticadas ou não com a doença, permite intervir na promoção do recurso a tratamentos cuja eficácia é suportada em evidência (Barnwell et al., 2022). A percepção sobre a depressão e sobre o tratamento são constructos com forte associação à atitude e comportamento de procura de tratamento na depressão, com maior impacto do que o estigma ou barreiras estruturais (Johnson & Possemato, 2021). A decisão de recorrer ao tratamento é tomada com base, quer na percepção da ameaça que a depressão constitui, quer na percepção da eficácia do tratamento (Nolan & O'Connor, 2019). Como referem Petrie e Weinman (2021), o aspeto fascinante na percepção de doença é o modo como diferentes pacientes com a mesma perturbação podem ter representações tão variadas, sendo conduzidos a percursos distintos. Torna-se, assim, imperativo conhecer as relações entre estes constructos e o modo como se influenciam entre si e influenciam tal percurso.

Fortune e colaboradores (2004) investigaram o modelo de doença em pessoas com historial de depressão, estudando o modo como interpretavam a experiência da depressão e como tal se relacionava com a forma de lidar com a doença e com o tipo de ajuda que procuravam. Os autores aplicaram o MSC para comparar o modelo de representação da depressão com o modelo de representação da doença física, amplamente estudado na literatura, tendo confirmado a adequação do MSC na depressão. Elwy e colaboradores (2011) na sua investigação verificaram que, mesmo em entrevista livre, os pacientes geraram narrativas, sobre a experiência de depressão e sobre o tratamento, compatíveis com os constructos do MSC.

Numa revisão de literatura que incluiu estudos sobre a aplicação do MSC a perturbações psicológicas, Baines e Wittkowski (2013), confirmaram a associação das dimensões da depressão (representação cognitiva: identidade, duração, causa, consequência, controlo pessoal e sobre o

tratamento; dimensão metacognitiva: coerência; representação emocional) à procura de ajuda ou adesão ao tratamento. A identidade, através da identificação dos sintomas e atribuição do nome de depressão, permite reconhecer a necessidade de ajuda, estando associada à procura de tratamento (Elwy et al., 2011). No que se refere à duração da depressão, a perceção de que os sintomas são agudos não estimula a procura de ajuda, enquanto que a cronicidade (Mavroeides & Koutra, 2021) ou o carácter cíclico da mesma, são percecionados como mais ameaçadores e estão positivamente associados à procura de ajuda (Elwy et al., 2011).

Num estudo em pessoas com primeiro episódio de depressão, Houle e colaboradores (2013) concluíram que os participantes que preferiam recorrer a psicoterapia consideravam que a depressão teria consequências mais graves nas suas vidas, atribuindo a doença a causas relacionadas com aspectos sociais ou interpessoais. Também Elwy e colaboradores (2011) verificaram que a perceção de consequências negativas relevantes decorrentes da depressão e a crença na eficácia do tratamento estavam associadas ao recurso a tratamento. No que se refere à perceção de controlo, os pacientes que acreditam que a doença pode ser controlada com o tratamento tendem a pedir ajuda, enquanto que os que acreditam no controlo pessoal apresentam menor probabilidade de recorrer a tratamento (Elwy et al., 2011).

A dimensão da coerência parece ser a menos estudada na literatura, sendo necessária mais investigação no sentido de melhor compreender a influência na procura de ajuda ou recurso ao tratamento para a depressão (Mavroeides & Koutra, 2021). Contudo, Elwy e colaboradores (2011) encontraram evidência de que as pessoas com sintomatologia depressiva e com elevada compreensão da doença, recorreram a tratamento. Não se encontraram associações significativas entre as representações emocionais da depressão e o recurso ao tratamento (Mavroeides & Koutra, 2021), constituindo esta uma área de investigação futura, apesar de estudos anteriores sugerirem que uma maior reação emocional à depressão estaria associada a estratégias não adaptativas no modo como se lida com a doença (Kelly et al., 2007).

A significativa associação entre a atribuição causal da depressão e a procura de ajuda ou tratamento é evidenciada na literatura (Mavroeides & Koutra, 2021; Nolan & O'Connor, 2019). Barnwell e colaboradores (2022) estudaram a influência da perceção sobre a causa da depressão e o recurso à psicoterapia. Os investigadores propõem que a depressão pode ser atribuída a três tipos distintos de causas: fatores ambientais (problemas familiares, desemprego, problemas financeiros,

excesso de trabalho ou problemas de relacionamento interpessoal), fatores biológicos (alterações no cérebro, hereditariedade ou origem genética) e atributos pessoais (personalidade, comportamento, envelhecimento ou sorte). Concluiu-se que as pessoas que atribuem a depressão a fatores ambientais recorrem com maior probabilidade a psicoterapia e não a medicação. A atribuição da depressão a fatores biológicos, inversamente, reflete maior confiança na medicação e não na terapia enquanto tratamento para a depressão. Os atributos pessoais como causa de depressão não surgem associados a qualquer forma particular de tratamento, o que pode refletir a crença de que as características psicológicas que conduzem à depressão são pouco permeáveis à mudança. Outros estudos revelam que apenas a atribuição da doença a causas biomédicas está associada a maior intenção de procura de ajuda profissional, especialmente em pessoas sem experiência prévia de tratamento (Stolzenburg et al., 2019). A atribuição da doença a causas pessoais está associada a menor percepção de necessidade de ajuda, especialmente em pessoas com experiência prévia de tratamento, o que pode dever-se à falta de crença na eficácia do tratamento (Stolzenburg et al., 2019).

Apesar de insuficientes, os estudos existentes sobre a percepção de doença e o tratamento na depressão, com aplicação do MSC, abordam essencialmente a crença na medicação ou o impacto das percepções na evolução da perturbação e reabilitação (Glattacker et al., 2013). Foi ainda realizado um estudo, com recurso ao MSC, que abordou a necessidade sentida por pacientes deprimidos a ter acesso a mais informação sobre a doença e sobre o tratamento, com impacto na satisfação dos mesmos (Glattacker et al., 2018). Um outro estudo em jovens (16 a 24 anos de idade) com depressão, identificou elevada diversidade de expectativas sobre a eficácia do tratamento, reforçando a necessidade de abordar estas questões na prática clínica (Bear et al., 2021).

Uma revisão de literatura, sobre outros fatores associados à procura de ajuda em pacientes com depressão (Magaard et al., 2017), evidenciou que ser novo ou idoso, pertencer ao sexo masculino e ter um nível de escolaridade baixo apresentam maior risco de não recorrer a tratamento para a depressão. Houle e colaboradores (2013) identificaram fatores como pertencer ao sexo feminino, ter formação universitária e historial familiar de depressão, associados a maior probabilidade de recorrer a tratamento da depressão através de psicoterapia.

Procura de Ajuda em Psicologia Clínica e Psicoterapia

A procura de ajuda específica nos serviços de psicologia clínica e psicoterapia é relevante na medida em que o processo terapêutico, por si, permite aceder e trabalhar a representação da depressão e do tratamento, no sentido de maior adaptação à doença e promoção da saúde, recorrendo ao tratamento quando necessário, esperando-se que esta capacidade perdure na vida do paciente após a terapia (McAndrew et al., 2018). O simples facto de abordar e trabalhar as representações do paciente sobre a doença e sobre o tratamento está associado à adesão ao tratamento e recuperação (Phillips et al., 2012). Um estudo numa amostra comunitária constituída maioritariamente por pessoas com sintomatologia depressiva, evidenciou que a crença na ajuda assegurada por psicólogos ou psicoterapeutas permitiu predizer o comportamento de procura de ajuda (Tomczyk, Schmidt, et al., 2020).

A aplicação do MSC permite obter um melhor conhecimento da relação entre a perceção de doença e do tratamento e que, aplicado no processo terapêutico, permite dotar as pessoas da capacidade de lidar com a doença, de modo autónomo e eficaz, ativando a estratégia mais adequada à situação (Hagger et al., 2017). O potencial do MSC é ainda reforçado pelo facto de assentar em crenças de acordo com o senso comum, permitindo a intervenção através da influência sociocultural implícita no modelo (Cameron et al., 2020), para além da experiência e perceção individuais.

Um estudo sobre a procura de ajuda para a depressão revelou que os participantes referiam existir uma compreensão limitada da natureza, efeito e disponibilidade dos serviços de psicoterapia, sendo a medicação vista como a principal opção disponível no tratamento da depressão; revelou ainda a perceção de que a informação pública sobre a procura de ajuda na depressão incidia maioritariamente nos aspetos negativos, como o risco de suicídio, e não nos positivos, como o potencial de recuperação e de tomada de controlo sobre a vida (House et al., 2018). A divulgação das opções de tratamento profissional para a depressão é importante, nomeadamente no que se refere à eficácia dos serviços de psicoterapia (Stolzenburg et al., 2019), e expectativas sobre o processo terapêutico. Em Portugal, num estudo realizado para aferir a opinião pública sobre a psicologia, a intenção de adesão terapêutica revelou-se positivamente associada à perceção sobre a competência e humanidade dos psicólogos, bem como à utilidade do processo terapêutico

(Ramos, 2017), sugerindo-se a realização de ações de sensibilização e reforço do conhecimento sobre os serviços de psicologia, no sentido de promover a adesão.

Anexo B. Consentimento Informado

Saúde mental: Perceção de doença, procura de ajuda e qualidade de vida

O presente estudo insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica no ISPA – Instituto Universitário, sob orientação do Professor Doutor David Dias Neto e Professor Doutor Jorge Sinval, tendo como objetivo explorar a relação entre perceção de doença e serviços de psicologia, procura de ajuda e qualidade de vida, contribuindo para a investigação científica em psicologia.

Caso tenha idade igual ou superior a 18 anos, a sua participação, muito apreciada, é voluntária, anónima e confidencial, consistindo na resposta ao questionário (tempo estimado: 15 minutos). Pode retirar o consentimento e desistir a qualquer momento, sem necessidade de justificação ou consequência. Os dados serão tratados de modo global, não individualizado, com garantia de confidencialidade e anonimato, para fins académicos e científicos. A investigação é de natureza académica, sem interesses a declarar ou financiamento de natureza privada.

Agradecemos a colaboração e estamos à disposição para qualquer esclarecimento, através dos contactos:

Lígia Mendes Serralha | ligia.p.serralha@gmail.com
Vera Cardoso | vera.f.cardoso@hotmail.com

Informo que li e compreendi o termo de consentimento livre e esclarecido, e pretendo participar neste estudo.

[Mostrar política](#)

Próximo

Anexo C. Dados Sociodemográficos e de Saúde

* Já recorreu a intervenção psicológica (ex. psicoterapia)?

Escolha uma das seguintes respostas:

Por favor, seleccione...

*

Nada satisfeito

1

2

3

4

Muito satisfeito

5

Qual o grau de satisfação com a intervenção psicológica (ex. psicoterapia)?

* Encontra-se atualmente a recorrer a intervenção psicológica (ex. psicoterapia)?

Escolha uma das seguintes respostas:

Por favor, seleccione...

*

Nada satisfeito

1

2

3

4

Muito satisfeito

5

Qual o grau de satisfação com a intervenção psicológica (ex. psicoterapia)?

* Já recorreu a medicação psiquiátrica (ex. antidepressivos, ansiolíticos, medicação para dormir)?

Escolha uma das seguintes respostas:

Por favor, seleccione...

*

Nada satisfeito

1

2

3

4

Muito satisfeito

5

Qual o grau de satisfação com a medicação psiquiátrica (ex. antidepressivos, ansiolíticos, medicação para dormir)?

* Encontra-se atualmente a recorrer a medicação psiquiátrica (ex. antidepressivos, ansiolíticos, medicação para dormir)?

Escolha uma das seguintes respostas:

Por favor, seleccione...

*

	Nada satisfeito				Muito satisfeito
	1	2	3	4	5
Qual o grau de satisfação com a medicação psiquiátrica (ex. antidepressivos, ansiolíticos, medicação para dormir)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Tem ou teve uma relação próxima com alguém com depressão?

✓
Sim

⊘
Não

*

	Pouco provável									Muito provável	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

* Está atualmente diagnosticado/a com depressão, por um/a profissional de saúde?

Escolha uma das seguintes respostas:

Por favor, seleccione...

* Sente estar com depressão, independentemente de estar ou não diagnosticada por um/a profissional de saúde?

Escolha uma das seguintes respostas:

Por favor, seleccione...

...vesse depressão?

* Já esteve diagnosticado/a com depressão por um/a profissional de saúde?

Escolha uma das seguintes respostas:

Por favor, seleccione...

Gostaríamos de saber alguns dados sociodemográficos sobre si:

* Qual é o seu sexo?

Por favor, selecione... ▼

* Qual é a sua idade?

Tenho anos

● Para participar no presente estudo deverá ter idade igual ou superior a 18 anos.

* Qual é o seu estado civil atual?

Por favor, selecione... ▼

* Qual o grau de escolaridade mais elevado que completou?

Por favor, selecione... ▼

* Distrito/região de residência?

Por favor, selecione... ▼

* Nacionalidade:

Por favor, selecione... ▼

* Ocupação atual:

● Escolha a(s) que mais se adequem

- Estudante
- Ativo/a (a exercer atividade profissional)
- Desempregado/a
- Reformado/a

● Pode selecionar, se aplicável, mais do que uma opção

* Tem formação na área da saúde ou da saúde mental?



Sim



Não

* Trabalha ou trabalhou como profissional de saúde ou de saúde mental?



Sim



Não

Anterior

Enviar



Sair e apagar o questionário

A saúde mental é importante para todos nós. Caso sinta necessidade de falar com alguém ou pedir ajuda, não hesite em recorrer a um profissional de saúde como o seu médico de família ou a um profissional de saúde mental.

Pode ainda contactar a Linha de Aconselhamento Psicológico do SNS24:
808 24 24 24

A sua resposta foi registada.

Agradecemos a sua importante colaboração na presente investigação!

Lígia Mendes Serralha | ligia.p.serralha@gmail.com
Vera Cardoso | vera.f.cardoso@hotmail.com

ISPA

Anexo D. Modelo de Medida Original: Dimensionalidade e Fiabilidade de Instrumentos

O modelo de medida foi construído com base nos instrumentos originais. Os itens avaliados (ver Tabela 1), apesar de não aparentarem distribuição normal, não apresentaram violações severas à normalidade (Finney & DiStefano, 2013; Marôco, 2021), à exceção do item 4 do Brief IPQ e do item 8 da BAPS. Os itens 3, 4 e 7 do Brief IPQ (itens invertidos) não apresentaram frequência de resposta em todos os pontos da escala (pontos 3, 4 e 7 sem frequência de resposta), tal como o item 8 do Brief IPQ (pontos 0 e 1 sem frequência de resposta).

Tabela 1

Estatística Descritiva e Histograma dos Itens dos Instrumentos de Medida

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>P25</i>	<i>Mdn</i>	<i>P75</i>	<i>Max</i>	Histograma	<i>SEM</i>	<i>Sk</i>	<i>ku</i>
Brief IPQ – Perceção de Doença											
B_IPQ_1	9.01	1.53	0	8	10	10	10		0.05	-2.07	5.42
B_IPQ_2	7.30	1.55	0	6	7	8	10		0.05	-0.47	0.54
B_IPQ_3	4.28	2.48	0	2	4	5	10		0.08	1.00	0.56
B_IPQ_4	1.01	1.24	0	0	1	2	10		0.04	1.81	7.48
B_IPQ_5	6.65	2.22	0	5	7	8	10		0.07	-0.40	-0.31
B_IPQ_6	6.52	2.48	0	5	7	8	10		0.08	-0.34	-0.65
B_IPQ_7	3.22	2.15	0	2	3	4	10		0.07	1.60	2.93
B_IPQ_8	9.15	1.32	2	9	10	10	10		0.04	-1.93	4.00
BAPS Expertness – Perceção do Tratamento – Competência											
BAPS_7	4.96	1.14	1	4	5	6	6		0.04	-1.05	0.68
BAPS_9	4.30	1.59	1	3	5	6	6		0.05	-0.60	-0.72
BAPS_14	4.94	1.29	1	4	5	6	6		0.04	-1.12	0.51
BAPS_16	4.76	1.25	1	4	5	6	6		0.04	-1.00	0.51
BAPS Stigma Tolerance – Perceção do Tratamento – Tolerância ao Estigma											
BAPS_5	5.33	1.29	1	5	6	6	6		0.04	-2.12	3.60
BAPS_8	5.77	0.65	1	6	6	6	6		0.02	-3.59	15.38
BAPS_10	5.35	1.17	1	5	6	6	6		0.04	-2.09	3.89
BAPS_11	5.44	1.11	1	5	6	6	6		0.03	-2.37	5.44

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>P25</i>	<i>Mdn</i>	<i>P75</i>	<i>Max</i>	Histograma	<i>SEM</i>	<i>Sk</i>	<i>ku</i>
BAPS_13	5.45	1.14	1	5	6	6	6		0.04	-2.45	5.57
BAPS_15	4.93	1.40	1	4	5	6	6		0.04	-1.36	0.93
BAPS_17	5.33	1.15	1	5	6	6	6		0.04	-2.01	3.70
BAPS_18	5.14	1.26	1	5	6	6	6		0.04	-1.48	1.41
BAPS Intent e Item adicional – Intenção de Procura de Ajuda Psicológica											
BAPS_1	4.87	1.34	1	4	5	6	6		0.04	-1.08	0.34
BAPS_2	5.11	1.17	1	4	6	6	6		0.04	-1.23	0.70
BAPS_3	5.29	1.05	1	5	6	6	6		0.03	-1.57	2.10
BAPS_4	4.78	1.36	1	4	5	6	6		0.04	-0.91	-0.09
BAPS_6	4.15	1.47	1	3	4	5	6		0.05	-0.32	-0.85
BAPS_12	4.39	1.45	1	3	5	6	6		0.05	-0.57	-0.64
Prob_Int_Psi	8.49	2.32	0	8	10	10	10		0.07	-1.94	3.54

Nota. *M* – média; *DP* – desvio padrão; *Min* – mínimo; *P25* – percentil 25; *Mdn* – mediana; *P75* – percentil 75; *Max* – máximo; *SEM* – erro standard da média; *sk* – assimetria; *ku* – curtose.

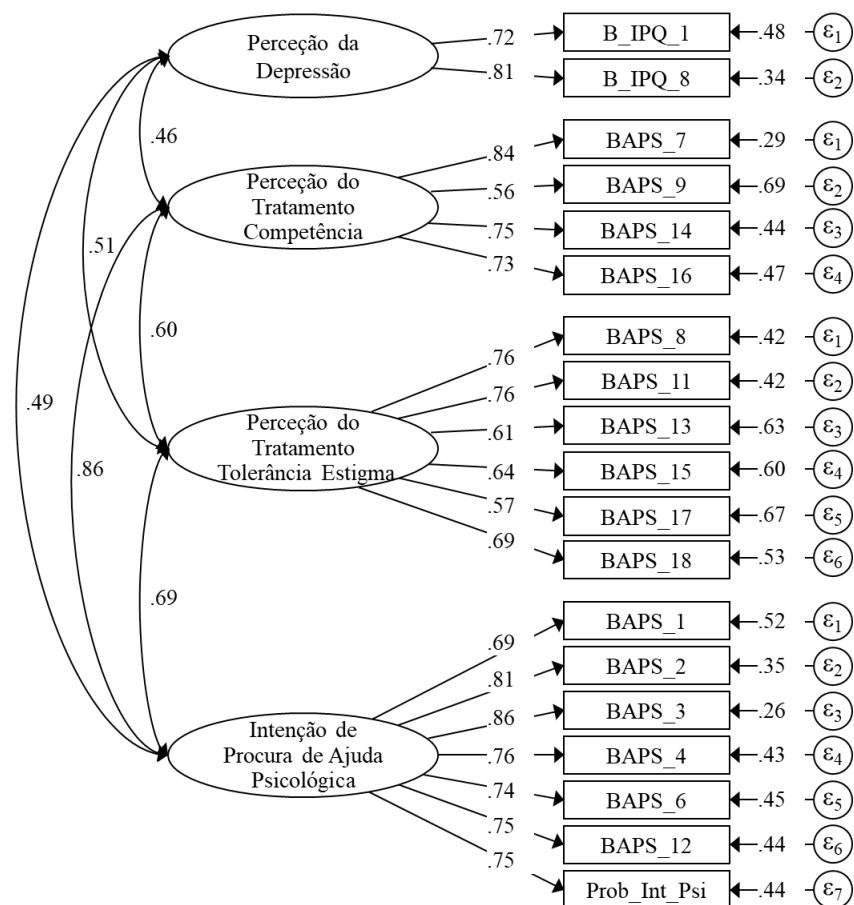
Anexo E. Análise Fatorial Confirmatória do Modelo de Medida Ajustado

Considerando a qualidade do modelo original, procedeu-se ao seu ajustamento. Na composição da perceção de doença retiveram-se os itens 1 e 8 da perceção da depressão, atendendo a que todos os outros apresentaram cargas fatoriais inaceitáveis. No que se refere à perceção do tratamento – tolerância ao estigma, optou-se pela remoção dos itens 5 e 10, dadas as cargas fatoriais apresentadas, o que foi corroborado pelo estudo da escala na população portuguesa (Ramos, 2017).

No modelo ajustado, as cargas fatoriais dos itens são todas aceitáveis ($\lambda > .5$), tal como a fiabilidade, em termos de consistência interna, dos fatores. A qualidade do ajustamento revelou-se boa. A Figura 1 apresenta o diagrama do modelo de medida ajustado.

Figura 1

Diagrama do Modelo de Medida Ajustado



Nota. As trajetórias apresentadas são estatisticamente significativas ($p < .001$).