



**EXPLORAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE
CIBERCONDRIA, CRENÇAS EM SAÚDE E
SOMATIZAÇÃO EM ADULTOS EMERGENTES**

INÊS MESQUITA CARDOSO

**Orientador de Dissertação:
PROF. DOUTORA FILIPA PIMENTA**

**Coorientadora de Dissertação:
MESTRE FILIPA FONSECA**

**Professor de Seminário de Dissertação:
PROF. DOUTORA FILIPA PIMENTA**

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicologia Clínica.

2025

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutora Filipa Pimenta, apresentada no Ispa – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

À minha orientadora, agradeço a orientação nesta tese, pelo rigor acadêmico, e pelo sentido de autonomia e perseverança partilhado.

À minha coorientadora, agradeço por me ter aceito no seu projeto, pelo acompanhamento e sugestões pertinentes ao longo deste trabalho.

À minha família agradeço pelo suporte incondicional, por acreditarem em mim, e pela preocupação genuína com cada etapa deste percurso.

Aos meus amigos de longa data, e ao meu namorado, obrigada por me lembrarem, mesmo nos momentos difíceis, da minha força e resiliência.

À minha prima, agradeço por toda a ajuda preciosa com estatística e tudo o que envolveu compreender os meus dados.

Às minhas colegas e amigas do ISPA, obrigada por estes cinco anos, por cada partilha, cada desafio, cada riso, por fazerem parte desta viagem.

Aos meus orientadores de estágio, obrigada por me darem tempo quando precisei de escrever a tese, de descansar, ou de simplesmente respirar.

Às minhas colegas de trabalho, agradeço por me lembrarem, ao longo destes anos de curso, da importância de estudar, e de me focar no que realmente importa.

Agradeço também a mim mesma, por me ter permitido começar esta jornada no ISPA, por nunca ter desistido, mesmo quando tudo parecia demasiado.

Resumo

Introdução: À procura excessiva de conteúdos sobre saúde online, acompanhada de uma elevada preocupação e dificuldade em gerir a informação encontrada dá-se o nome de cibercondria. Este fenómeno emergente tem sido pouco explorado em jovens adultos, população altamente exposta a conteúdos digitais. Este estudo pretende explorar de que forma a cibercondria se relaciona com a perceção de autoeficácia, a gravidade percebida e a somatização, à luz do Modelo de Crenças em Saúde.

Método: Neste estudo quantitativo exploratório participaram 536 jovens adultos portugueses, com idades compreendidas entre os 18-30 anos ($M=24.10$; $DP=2.68$), que responderam a questões sociodemográficas, clínicas e relativas a hábitos de pesquisa sobre saúde online, seguido da *Cyberchondria Severity Scale* (com as subescalas Sofrimento, Compulsão, Excessividade, Reconfirmação e Desconfiança do médico), *Somatic Symptom Scale – 8* e do *Questionário de Crenças sobre Saúde Mental*.

Resultados: O modelo final apresentou bom ajustamento ($CFI=.97$; $TLI=.96$; $RMSEA=.04$; $SRMR=.06$), indicando que diferentes dimensões da cibercondria predizem de forma distinta as variáveis em estudo. Destaca-se o sofrimento como principal preditor da somatização ($\beta=.42$, $p < .001$) e da gravidade percebida ($\beta =.29$, $p < .001$), e a desconfiança do médico como preditor negativo da perceção de autoeficácia e benefícios ($\beta=-.53$, $p < .001$). O modelo explicou 17.6% da variância da somatização, 29.8% da autoeficácia/benefícios e 11.3% da gravidade percebida de doença mental.

Discussão: Estes resultados reforçam a escassa literatura existente ao evidenciar que dimensões específicas da cibercondria afetam de forma distinta as crenças em saúde e a somatização. Face a este panorama, torna-se essencial implementar intervenções que aliem a promoção da literacia digital crítica ao reforço da confiança na relação médico-paciente, e ao desenvolvimento de competências para lidar com a informação médica online.

Palavras-chave: Cibercondria, Somatização, Gravidade Percebida, Autoeficácia, Adultos emergentes

Índice

Introdução	1
Objetivo	3
Método	4
Delineamento da Investigação	4
Participantes	4
Material	6
<i>Questionário Sociodemográfico, clínico e de hábitos de pesquisas relacionadas à saúde</i>	6
<i>Cyberchondria Severity Scale (CSS)</i>	6
<i>Somatic Symptom Scale – 8 (SSS-8)</i>	7
<i>Questionário de Crenças em Saúde Mental (QCSM)</i>	8
Procedimento	9
Resultados	11
Análise Descritiva das Variáveis em Estudo	11
Propriedades Psicométricas da Somatic Symptom Scale – 8 (SSS-8).....	12
Propriedades Psicométricas da Cyberchondria Severity Scale (CSS)	13
Propriedades Psicométricas do Questionário de Crenças em Saúde Mental (QCSM)	16
Modelo de Equações Estruturais.....	17
Discussão	20
Limitações e Estudo Futuros	22
Referências	24
Anexos	31
Anexo A- Enquadramento Teórico.....	31
Anexo B- Consentimento Informado.....	41
Anexo C- Questionário Sociodemográfico e de Caracterização Clínica.....	43
Anexo D- Instrumentos Psicométricos	47

Anexo E- Propriedades Psicométricas da Escala SSS-8.....	59
Anexo F- Propriedades Psicométricas da Escala CSS.....	61

Introdução

Atualmente tem-se verificado uma crescente utilização da internet para procurar informações sobre saúde, física e mental, que têm moldado a forma como o indivíduo percebe, interpreta e gere os seus sintomas, e de que forma a informação que encontra influencia as suas decisões e comportamentos relacionados com a sua saúde (Jia et al., 2021). Paralelamente, o conceito emergente Cibercondria, surgiu dentro deste panorama digital, referindo-se ao comportamento de pesquisa online, incessante e sistemática, sobre informações de saúde e explicações médicas para sintomas experienciados, com o objetivo de procurar alívio e segurança, mas que tende a ter o efeito contrário, aumentando a ansiedade e preocupações somáticas sentidas pelo indivíduo (Baysan & Yavas, 2025; Yang et al., 2025). A sua manifestação agrava-se por um lado, pelo volume de informações encontradas online, e por outro, pelos conteúdos encontrados serem contraditórios, por vezes infundados e alarmistas (Starcevic, 2021).

Segundo McElroy e Shevlin (2014), e Norr et al. (2015), a cibercondria abrange cinco dimensões: 1) a Excessividade, que reflete quer a persistência, quer a intensidade da pesquisa online para procurar estas informações; 2) o *Distress* ou Sofrimento, que se traduz na resposta emocional negativa que estas pesquisas causam, como ansiedade, pânico e desconforto; 3) a Reconfirmação, que concerne à procura de segurança ou confirmação perto dos profissionais de saúde, relativas aos conteúdos encontrados sobre saúde na internet, numa tentativa de diminuir o sofrimento sentido; 4) a Compulsão diz respeito ao comportamento incessante do ato de pesquisar, que tira tempo de qualidade à pessoa, e pode ser até intrusivo, nos casos em que a pesquisa interrompe tarefas e hábitos do quotidiano; 5) a Desconfiança do médico, que se caracteriza por não confiar no que o profissional de saúde dá como orientações, após realizar a pesquisa sobre saúde online.

Apesar de haver um crescente número de estudos que exploram a cibercondria como consequência de fatores como ansiedade de doença, intolerância à incerteza ou uso problemático da internet (Gioia & Boursier, 2020; Kefeli et al., 2025), a literatura contemporânea tem vindo a reconhecê-la, também, como um potencial preditor de outros fenómenos psicológicos e comportamentais, como a perceção de sintomas físicos, a baixa autoeficácia e a gravidade percebida face à doença (Jokić-Begić et al., 2019; Starcevic et al., 2020; Hsu, 2024). Neste sentido, este estudo pretende começar por analisar a cibercondria à luz do Modelo de Crenças em Saúde (MCS), inicialmente

conceptualizado por Rosenstock (1974), atualmente utilizado para compreender e antever comportamentos relativos à saúde, e conceptualizar que crenças intrínsecas de um indivíduo, sobre uma condição de saúde específica, vão determinar a adoção de comportamento preventivos ou de tratamento (Jones et al., 2015).

Assim, segundo o MCS, a probabilidade de alguém vir a adotar um comportamento preventivo ou procurar ajuda médica é tanto maior quanto maior a sua noção de (1) Suscetibilidade- estar ou perceber-se em situação de risco; (2) Gravidade-efeitos adversos que acredita poderem resultar dessa condição; (3) Benefícios-vantagens associadas à adoção do comportamento protetor; (4) Barreiras- desafios e custos associados à adoção do comportamento; (5) Autoeficácia- capacidade de implementar e manter a ação. Para além das dimensões originais do MCS, diversos autores têm vindo a sugerir a inclusão de fatores contextuais e interpessoais que modulam a perceção e os comportamentos em saúde, como é o caso do suporte social (Glanz et al., 2015; Karademas, 2006). O suporte social, como a perceção de apoio por parte de familiares, amigos ou profissionais, pode atuar como um recurso protetor, promovendo a adoção de comportamentos preventivos, reduzindo o impacto da ansiedade relacionada com a saúde e reforçando crenças de autoeficácia.

A autoeficácia, inicialmente proposta por Bandura (1977) e posteriormente incorporada ao MCS (Rosenstock, 1988), refere-se à perceção que o indivíduo tem da sua capacidade para executar e manter comportamentos de saúde, mesmo perante dificuldades. No contexto da cibercondria, esta variável ganha especial relevância, já que níveis baixos de autoeficácia têm sido associados a uma maior dificuldade em gerir emocionalmente os conteúdos encontrados online, aumentando os níveis de ansiedade e a indecisão perante questões de saúde (Hsu, 2024; Shahani et al., 2023).

De igual modo, a gravidade percebida, outra dimensão central do MCS, tem-se revelado essencial para compreender como as pessoas avaliam os riscos de uma condição de saúde. Quando os indivíduos percecionam sintomas ou doenças como altamente graves, tendem a procurar mais intensamente por explicações e soluções, o que pode potenciar o comportamento de pesquisa excessiva característico da cibercondria (Jokic-Begic et al., 2020). Essa perceção exacerbada pode ser influenciada pela natureza alarmista de muitos conteúdos online, criando um ciclo em que a preocupação leva à pesquisa, e esta, por sua vez, reforça a sensação de ameaça.

Paralelamente, a somatização, ou seja, a manifestação psicofisiológica de sofrimento emocional, traduzida em sintomas físicos que não possuem explicação

médica clara (Lipowski, 1988; Kroenke, 2003), tem vindo a ser amplamente estudada no âmbito das perturbações psicossomáticas, sendo frequentemente associada à hipervigilância corporal e à ansiedade em saúde. Estudos recentes apontam que a cibercondria pode funcionar como um fator que agrava este fenómeno, uma vez que a exposição reiterada a conteúdos alarmistas e pouco fiáveis na internet pode intensificar a preocupação com o corpo e os seus sinais, promovendo interpretações catastróficas de sintomas benignos (Starcevic et al., 2020).

Esta investigação foca-se em estudar os adultos emergentes, grupo etário compreendido entre os 18 e os 30 anos, conceptualizado inicialmente por Arnett (2000) como um período de transição entre a adolescência e a idade adulta. Esta fase é marcada por instabilidade emocional, experimentação de papéis sociais e profissionais, desenvolvimento da autonomia e construção de uma identidade estável profissionais (Arnett et al., 2014; Nice & Joseph, 2025). Simultaneamente, os adultos emergentes experienciam níveis elevados de stress e incerteza em relação ao futuro, tornando-se particularmente vulneráveis a dificuldades psicológicas e a estratégias de *coping* menos eficazes (Bourion-Bédès et al., 2023). Acresce ainda que, nesta fase do desenvolvimento, têm-se verificado um uso frequente das tecnologias digitais, sendo a internet frequentemente utilizada como principal fonte de informação sobre saúde, muitas vezes em detrimento da consulta de profissionais (Zwierzikowski et al., 2024). Este comportamento pode amplificar a ansiedade relacionada à saúde, sobretudo quando associado a conteúdos alarmistas ou contraditórios (Starcevic, 2021). Estudos prévios têm demonstrado que o uso excessivo das redes sociais e a busca online por sintomas estão associados a maior *distress* e sofrimento psicológico, e a interpretações catastróficas de sensações corporais nesta população (Boursier et al., 2020; Gioia et al., 2020).

Objetivo

A relevância deste estudo reside em a) a cibercondria ser um construto emergente e ainda pouco definido, sendo que, este estudo contribui para aprofundar o seu entendimento teórico e empírico numa amostra da população portuguesa; b) embora a cibercondria tenha sido largamente associada à ansiedade de saúde, subsiste uma lacuna na literatura no que respeita à sua relação com outras variáveis relevantes do comportamento em saúde, nomeadamente aquelas enquadradas pelo MCS; c) há uma

escassez de estudos que examinem a cibercondria em populações específicas, como os adultos emergentes, uma faixa etária que tem uma elevada exposição a conteúdos digitais, em especial os relacionados com saúde, e com características desenvolvimentais que os tornam particularmente sensíveis a estados de ansiedade, incerteza e hipervigilância somática; d) preencher uma área pouco estudada na literatura ao explorar o papel da cibercondria na somatização, isto é, na manifestação de sintomas físicos decorrentes de sofrimento emocional, potenciados pelo consumo digital excessivo de informação médica.

Assim, o estudo tem como objetivos:

- 1) explorar a relação entre as várias dimensões da cibercondria e os componentes do MCS, mais concretamente:
 - 1.1.) Analisar se a cibercondria prediz a autoeficácia;
 - 1.2.) Investigar se a cibercondria constitui um preditor significativo da gravidade percebida;
- 2) Compreender a relação entre cibercondria e somatização, e se a exposição compulsiva a conteúdos de saúde online pode estar associada ao aumento de sintomas somáticos inexplicáveis.

Método

Delineamento da Investigação

Esta investigação apresenta uma metodologia quantitativa, com um design observacional-descritivo, do tipo correlacional, exploratório, de carácter transversal, já que os dados foram recolhidos num único momento, com o objetivo de analisar a relação entre as variáveis (Pais-Ribeiro, 2010). A variável independente do estudo corresponde à cibercondria, e as variáveis dependentes correspondem à somatização, e às variáveis psicológicas sobre crenças em saúde - gravidade percebida e autoeficácia.

Participantes

Os participantes deste estudo foram recolhidos através de uma amostra não probabilística, por conveniência, de tipo bola de neve. Os critérios de inclusão aplicados para a participação no presente estudo consistiram em: (1) idade compreendida entre 18 e 30 anos, (2) domínio da leitura, escrita e fala em português, (3) ter acesso e recorrer à internet para realizar pesquisas sobre sinais e sintomas associados à saúde física e/ou

mental. A amostra foi adquirida por meio de divulgação do questionário entre contactos próximos, e nas redes sociais, nomeadamente LinkedIn, Gmail, Instagram e WhatsApp. A amostra inicial perfazia 869 participantes, no entanto 325 indivíduos foram excluídos por terem desistido do preenchimento do questionário e 8 não compreendiam as idades de inclusão, sendo a amostra final de 536 participantes ($M = 24.1$; $DP = 2.68$).

Na tabela 1 apresenta-se a caracterização sociodemográfica dos participantes.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra (n = 536)

Características	n	%
Sexo		
Masculino	100	18.7
Feminino	432	80.6
Prefiro não informar	2	0.4
Transgénero	2	0.4
Nacionalidade		
Portuguesa	512	95.5
Outra	24	4.5
Área de residência		
Norte	41	7.6
Centro	44	8.2
Grande Lisboa	301	56.2
Oeste e Vale do Tejo	61	11.4
Península de Setúbal	39	7.3
Alentejo	10	1.9
Algarve	10	1.9
Região Autónoma dos Açores	3	0.6
Região Autónoma da Madeira	4	0.7
Fora de Portugal	23	4.3
Grau de Escolaridade		
Ensino Secundário	137	25.6
Licenciatura	191	35.6
Mestrado	207	38.6

Doutoramento	1	0.2
Situação profissional		
Sem trabalho remunerado	235	43.8
Trabalho em part-time	94	17.5
Trabalho a tempo inteiro	207	38.6
Área de formação universitária ^a		
Ciências da Saúde	49	18.8
Ciências Biológicas	5	1.9
Ciências Humanas e Sociais	147	56.5
Ciências Exatas	28	10.8
Outra	31	11.9

^a Apenas para participantes que indicaram ser estudantes universitários ($n = 260$)

Material

Após dado o consentimento informado, os participantes responderam a um questionário online de autopreenchimento, com questões sociodemográficas, clínicas, sobre o estilo de vida e questões relacionadas com as pesquisas efetuadas na internet. Para além disso utilizou-se a *Cyberchondria Severity Scale* (CSS), a *Somatic Symptom Scale – 8* (SSS-8) e o *Questionário de Crenças em Saúde Mental* (QCSM).

Questionário Sociodemográfico, clínico e de hábitos de pesquisas relacionadas à saúde. Para uma caracterização da amostra do estudo, compreendeu-se a recolha de dados sociodemográficos (e.g. “Quantos anos tem?”), clínicos e de caracterização da saúde mental (e.g. “Que tipo de cuidados tem com a sua saúde mental?”; “Já recebeu ao longo da sua vida, algum diagnóstico médico relacionado com um problema de saúde mental?”), e de hábitos de pesquisas relacionadas com saúde (e.g. “Quando tem dúvidas sobre problemas de saúde, onde procura informação?; Quando procura informações online sobre saúde, procura...?”).

Cyberchondria Severity Scale (CSS). A CSS é uma escala desenvolvida por McElroy e Shevlin (2014), composta por 33 itens, que avaliam a cibercondria em cinco dimensões: Compulsão (a pesquisa por informações online é um impulso incontrolável que interrompe outras atividades do quotidiano, e.g. “Pesquisar sintomas ou condições

médicas percebidas online interrompe outras pesquisas (por exemplo, para o meu emprego / trabalho da faculdade / trabalho da casa”), Excessividade (Procura excessiva no tempo por informações de saúde na internet, e.g. “Leio diferentes páginas da internet sobre a mesma condição percebida”), Sofrimento (Preocupação e angústia emocional sentida provocada pela pesquisa, e.g. “Tenho dificuldade em relaxar depois de pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online”), Reconfirmação (Reforço das preocupações com a saúde pesquisadas, através de um médico, e.g. “Sugiro ao meu médico de família / profissional de saúde que posso precisar de um procedimento de diagnóstico sobre o qual li online (por exemplo, uma biópsia / um exame de sangue específico)”) e Desconfiança do médico (Incapacidade de conseguir confiar no que os profissionais de saúde dizem, confiando mais nas informações encontrada online, e.g. “Quando o meu médico de família / profissional de saúde dispensa a minha pesquisa médica online, paro de me preocupar com isso”). As respostas são dadas utilizando uma escala do tipo Likert de 1 ("nunca") a 5 ("sempre"), para o participante indicar como é que as afirmações sobre as condições médicas percecionadas se aplicam ao mesmo. Os itens da dimensão *Desconfiança dos Profissionais de Saúde* são formulados de forma inversa, devendo ser recodificados antes da sua análise. O score total é obtido pela soma de todos itens, e varia de 33 a 165 pontos, sendo que pontuações mais altas indicam maior severidade da cibercondria. Na sua versão original, a escala apresentou alta confiabilidade (α de Cronbach= 0.97), e os fatores individuais apresentaram valores de α entre 0.75 e 0.94, demonstrando boa consistência interna (McElroy et al., 2014). Para garantir a equivalência linguística e conceptual do instrumento, o questionário passou por um processo de tradução e retrotradução, realizado por quatro tradutores independentes. As três versões traduzidas independentemente foi conciliadas após comparação das traduções e ajustes necessários para garantir clareza e precisão na adaptação cultural do instrumento. A retro-tradução fez-se com a versão final, conciliada. Estudos adicionais são necessários para a validação psicométrica deste instrumento.

Somatic Symptom Scale – 8 (SSS-8).

A SSS-8 é uma escala breve, unidimensional, criada por Gierk et al. (2014), que avalia a intensidade e o impacto de sintomas somáticos experienciados durante a última semana. Esta escala foi desenvolvida com base em itens de escalas previamente existentes, nomeadamente da Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) (Kroenke et

al., 2002), mas não é uma adaptação ou versão reduzida da mesma. É constituída por 8 itens, que abordam sintomas físicos comuns (e.g. “Sentir-me cansado/a ou ter pouca energia”; “Problemas de estômago ou intestinos”; “Problemas em dormir”), e cada item é avaliado numa escala do tipo Likert de 0 (“de modo nenhum”) a 4 (“muito”). Todos os itens são formulados no mesmo sentido, não sendo necessário proceder à sua recodificação. A soma dos scores dos 8 itens resulta na pontuação total, que varia entre 0 e 32, onde quanto mais alto for o valor, maior a intensidade dos sintomas. A escala possui boas propriedades psicométricas, sendo que a versão original da escala apresentou boa consistência interna (α de Cronbach= 0.81), e boa confiabilidade, com coeficientes de correlação intraclasse (ICC) de 0.70 para intervalos curtos (como 7 dias).

Questionário de Crenças em Saúde Mental (QCSM)

O (QCSM) foi desenvolvido no âmbito de um projeto de doutoramento em curso, com base nos pressupostos do Modelo de Crenças em Saúde proposto por Rosenstock (1974) e em instrumentos anteriores que focam as crenças de saúde de acordo com o MCS, debruçando-se, todavia, sobre outros comportamentos de saúde.

Trata-se de um instrumento em fase de construção, concebido para avaliar crenças específicas relacionadas à saúde mental. A construção do QCSM foi fundamentada em estudos prévios que aplicaram o Modelo de Crenças em Saúde a diferentes domínios da saúde física e mental, sendo estes Champion (1985), Dedeli e Fadiloğlu (2011), Nobiling e Maykrantz (2017), Saleeby (2000), Wu et al. (2020). Assim, esta escala avalia as seguintes dimensões: Suscetibilidade Percebida (e.g. “Sinto que tenho maior probabilidade de um dia vir a ter um problema psicológico ou de saúde mental, comparativamente com pessoas da mesma idade.”), Gravidade Percebida (e.g. “Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro a minha vida profissional irá sofrer perdas significativas”), Barreiras Percebidas (e.g. “Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro poderá demorar muito tempo até obter a ajuda necessária”), Benefícios Percebidos (e.g. “Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro e tiver acompanhamento por um profissional de saúde mental, a minha vida irá melhorar.”), Pistas para ação (e.g. “Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro e um *influencer* ou famoso recomendar, eu procurarei ajuda de um profissional de saúde mental”), Autoeficácia

(e.g. “Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro serei capaz de cumprir a intervenção/ tratamento proposto pelo profissional de saúde”), e Suporte social (e.g. “Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro posso contar com a minha família para me ajudar a procurar tratamento / gerir o problema”). A utilização desta escala no presente estudo tem carácter exploratório e visa contribuir para a sua validação psicométrica futura. O questionário é composto por 35 itens, respondidos em uma escala Likert de 5 pontos (1 = "Discordo Fortemente" a 5 = "Concordo Fortemente").

Procedimento

O questionário foi executado através da plataforma *Limesurvey*, onde em primeiro lugar se encontravam informações sobre o consentimento informado, explicação do que o estudo pretendia estudar, informações sobre a o carácter voluntário da participação, informações sobre a confidencialidade do estudo, sobre possíveis riscos associados, acesso a resultados, o contacto da investigadora principal e agradecimento aos participantes, informações que podem ser encontradas no Anexo B. Após estas informações, os participantes tinham acesso ao preenchimento do questionário sociodemográfico e de caracterização clínica (Anexo C), e por fim ao preenchimento das questões relacionadas com as escalas do estudo (Anexo D). A recolha da amostra realizou-se entre o dia 13 de dezembro de 2024, e o dia 12 de fevereiro de 2025, através da divulgação e partilha feita nas redes sociais, maioritariamente no LinkedIn. Em média, o preenchimento do questionário demorou 25 minutos.

Após a recolha da amostra, procedeu-se ao seu tratamento através do *Microsoft Excel*, onde se começou por eliminar todos os participantes que não cumpriam os critérios de inclusão e, posteriormente, os dados foram exportados para o software *IBM SPSS Statistics* (versão 30), onde se procedeu à recodificação dos itens formulados de foram inversa. Depois, foi realizada uma análise descritiva dos itens das escalas utilizadas, sendo calculados os valores mínimo (Min), máximo (Max), média (M), desvio padrão (DP), assimetria (Sk) e curtose (Ku). A sensibilidade psicométrica dos itens foi avaliada com base nos valores extremos (mínimo e máximo) e nos coeficientes de assimetria e curtose, sendo considerada adequada quando os valores mínimo e máximo correspondem aos limites da respetiva escala de Likert e os valores absolutos dos coeficientes de assimetria e curtose são inferiores a 3 e 7, respetivamente (Marôco, 2021).

Para examinar a estrutura interna dos itens do Questionário de Crenças em Saúde Mental, foi realizada uma Análise Fatorial Exploratória (AFE), com extração de fatores pelo método dos componentes principais e rotação ortogonal Varimax (Marôco, 2021). A adequação dos dados à AFE foi avaliada através do Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), considerado aceitável para valores superiores a .60, e do Teste de Esfericidade de Bartlett, cujo valor p deve ser inferior a .05. A decisão do número de fatores a extrair baseou-se no critério de Kaiser-Guttman (valores próprios superiores a 1) e na estrutura teórica subjacente à escala. A consistência interna dos fatores extraídos foi avaliada através do coeficiente Alfa de Cronbach (α), sendo considerados aceitáveis valores iguais ou superiores a .70 (Marôco, 2021).

Para avaliar a qualidade psicométrica das escalas SSS-8 e CSS, realizaram-se Análises Fatoriais Confirmatórias (AFC) com o método de estimação WLSMV (Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted), conforme recomendação para dados ordinais de escalas tipo Likert (Li, 2016). Para a avaliação da qualidade de ajustamento dos modelos, foram analisados os índices de ajustamento: Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) e Standardized Root Mean Square Residual (SRMR). O ajustamento foi considerado bom para valores de CFI e TLI superiores a .90, RMSEA inferior a .08 e SRMR inferior a .08 (Kline, 2023).

De seguida, foram analisados os pesos fatoriais padronizados (λ) e a fiabilidade individual (r^2) dos itens, considerando-se indicativos de validade fatorial adequada valores iguais ou superiores a .50 e a .25, respetivamente (Kline, 2023).

A validade convergente foi analisada através da Variância Extraída Média (VEM), considerando-se aceitáveis valores iguais ou superiores a .50 (Kline, 2023). A validade discriminante foi avaliada com base no critério de Fornell-Larcker, que estabelece que a VEM de cada fator deve ser superior ao quadrado da correlação entre esse fator e os restantes (Fornell & Larcker, 1981).

Para avaliar a consistência interna foram calculados os coeficientes Alpha de Cronbach (α), Ómega de McDonald (ω) e Fiabilidade Composta (FC), sendo considerados aceitáveis valores iguais ou superiores a .70 (Kline, 2023).

Após a validação dos modelos de medida, foi desenvolvido um modelo de equações estruturais com o objetivo de explorar as relações entre as variáveis independentes e dependentes. O modelo foi avaliado relativamente à sua qualidade de ajustamento com os mesmos critérios descritos anteriormente para as AFC, e o nível de

significância adotado para a análise das trajetórias estruturais foi de 10% ($p \leq .10$). Posteriormente, foi construído um modelo refinado mantendo apenas as trajetórias que se revelaram estatisticamente significativas ou marginalmente significativas. Todas as análises estatísticas foram realizadas com recurso aos softwares *IBM SPSS Statistics* (versão 30) e *RStudio* (R versão 4.4.3), utilizando os pacotes *lavaan* e *semTools*.

Resultados

Análise Descritiva das Variáveis em Estudo

As características sociodemográficas da amostra encontram-se na Tabela 1, na secção participantes. Relativamente às características de saúde (Tabela 2), observa-se que 22.8% dos participantes indicaram *ter problemas de saúde*, e 18.8% afirmaram *auto-medicar-se*. A maioria dos participantes (81.7%) afirmou *que procurava informações sobre saúde junto dos profissionais de saúde*, e 68.2% indicaram que *recorriam à internet para procurar informações sobre saúde*. Quanto aos motores de pesquisa utilizados para procurar informações sobre saúde na internet, 89.9% reportou *utilizar o Google / Safari / Bing*, 11.4% o *Tiktok*, 10.1% o *YouTube*, 7.7% o *Instagram*, 8.5% *fóruns temáticos* e 5.2% o *Reddit*, sendo que 9.5% relatou *não recorrer a nenhuma desta plataformas*. No que concerne ao tipo de informações online que os participantes pesquisavam, 38.1% dos participantes afirmaram *procurar maioritariamente informações sobre saúde física e minoritariamente sobre saúde psicológica*, 28.9% *reportaram pesquisar informações de igual forma sobre saúde física e psicológica*, 15.1% *referiram pesquisar exclusivamente sobre saúde física*, e apenas 1.5% dos participantes *pesquisavam exclusivamente sobre saúde psicológica*, salientando que 9.5% dos dados referentes a esta questão estavam omissos.

Tabela 2

Caracterização clínica da amostra (n = 536)

Características	n	%
Problemas de saúde		
Não	414	77.2
Sim	122	22.8
Auto-medicação		
Não	435	81.2

Sim	101	18.8
Onde procura informação ^a		
Internet	365	68.2
Profissional de saúde/ saúde mental	437	81.7
Familiares	254	47.5
Amigos/ colegas	157	29.3
Motores de pesquisa ou aplicações ^a		
Google/ Safari/ Bing	465	89.9
Tik-Tok	59	11.4
Instagram	40	7.7
Youtube	52	10.1
Reddit	27	5.2
Fóruns temáticos	44	8.5
Nenhum	49	9.5
Procura informações online sobre ^b		
Exclusivamente sobre saúde física	81	15.1
Maioritariamente sobre saúde física e minoritariamente sobre saúde psicológica	204	38.1
De igual forma sobre saúde física e psicológica	155	28.9
Maioritariamente sobre saúde psicológica e minoritariamente sobre saúde física	37	6.9
Exclusivamente sobre saúde psicológica	8	1.5

^a Mais do que uma opção de resposta

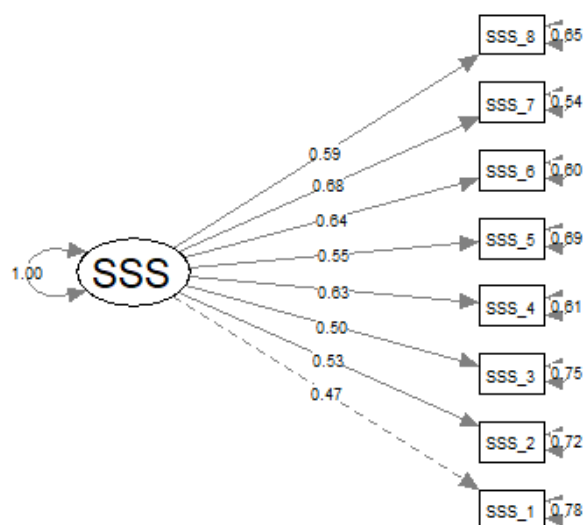
^b Dados omissos $n = 51$ (9.5%)

Propriedades Psicométricas da Somatic Symptom Scale – 8 (SSS-8)

Os itens da escala demonstraram boa sensibilidade psicométrica (Anexo E, Tabela 1). Todos os itens apresentaram respostas a variar entre o mínimo (0) e o máximo (4) da escala e os coeficientes de assimetria e curtose situaram-se abaixo dos valores de referência ($|Sk| \leq 2.40$, $|Ku| \leq 5.80$). Foi realizada uma AFC para avaliar o ajustamento do modelo unidimensional da escala SSS-8 (Figura 1). Os índices de ajustamento indicaram um bom ajustamento global à amostra em estudo (CFI = .96; TLI = .94; RMSEA = .07, $IC_{90\%} = [.052, .086]$; SRMR = .06).

Figura 1

Análise Fatorial Confirmatória SSS-8



Nota. SSS – Somatização.

Todos os itens da escala apresentaram pesos fatoriais padronizados adequados, a variar entre .50 e .68, à exceção do item 1 (“Problemas de estômago ou intestinos”) ($\lambda = .47$). A fiabilidade individual dos itens também se revelou apropriada ($.25 \leq r^2 \leq .46$), à exceção do item 1 ($r^2 = .22$) (Anexo E, Tabela 2). Relativamente à validade convergente da escala SSS, esta não foi confirmada, uma vez que o valor da VEM obtido foi inferior ao valor de referência (VEM = .33).

A consistência interna da escala foi avaliada com base nos coeficientes de fiabilidade Alfa de Cronbach ($\alpha = .79$), Ómega de McDonald ($\omega = .74$) e Fiabilidade Compósita (FC = .80), revelando uma boa consistência interna.

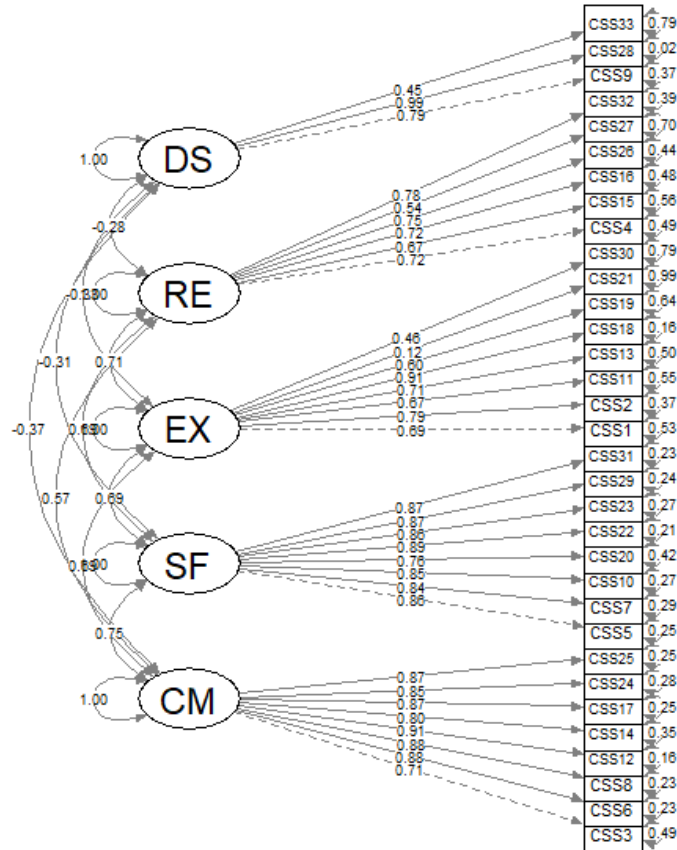
Propriedades Psicométricas da Cyberchondria Severity Scale (CSS)

Os itens da escala demonstraram boa sensibilidade psicométrica (Anexo F, Tabela 3). Todos os itens apresentaram respostas a variar entre o mínimo (1) e o máximo (5) da escala e os coeficientes de assimetria e curtose situaram-se abaixo dos valores de referência ($|Sk| \leq 2.49$, $|Ku| \leq 6.74$). Foi realizada uma AFC para avaliar o ajustamento do modelo com cinco dimensões da escala CSS (Figura 2). Os índices de ajustamento indicaram um bom ajustamento global à amostra em estudo (CFI = .95; TLI = .95;

RMSEA = .07, IC_{90%} = [.064, .071]; SRMR = .07).

Figura 2

Análise Fatorial Confirmatória CSS – Modelo Original



Nota. CM – Compulsão; SF – Sofrimento; EX – Excessividade; RE – Reconfirmação; DS – Desconfiança do médico.

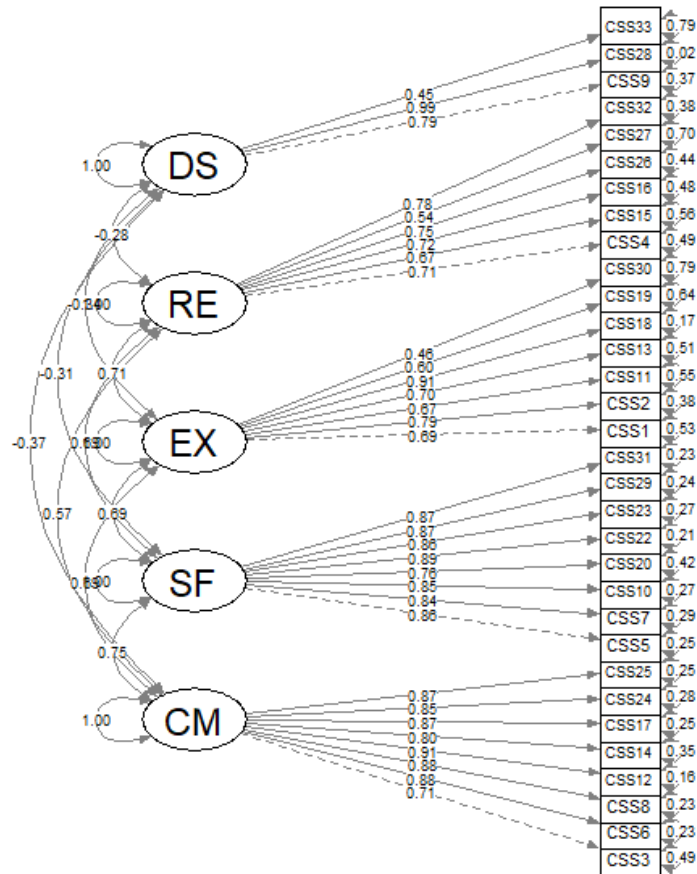
Todos os itens da escala apresentaram pesos fatoriais padronizados adequados, a variar entre .54 e .99, à exceção do item 21 (“Eu visito fontes confiáveis (por exemplo, <https://www.sns24.gov.pt>) ao pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online.”) ($\lambda = .12$), do item 30 (“Ao pesquisar sintomas ou condições médicas na internet, visito quer sites confiáveis, quer fóruns dirigidos a utilizadores.”) ($\lambda = .46$) e do item 33 (“Quando o meu médico de família / profissional de saúde dispensa a minha pesquisa médica online, paro de me preocupar com isso.”) ($\lambda = .45$). A fiabilidade individual dos itens também se revelou apropriada ($.30 \leq r^2 \leq .97$), à exceção dos itens 21 ($r^2 = .01$), 30 ($r^2 = .21$) e 33 ($r^2 = .21$) (Anexo F, Tabela 4).

Com base nos resultados, o modelo foi refinado removendo o item 21 por apresentar um peso fatorial e fiabilidade individual muito abaixo do valor de referência (Figura 3). O

modelo final manteve um bom ajustamento global (CFI = .96; TLI = .95; RMSEA = .07, IC_{90%} = [.066, .069]; SRMR = .06).

Figura 3

Análise Fatorial Confirmatória CSS – Modelo Final



Nota. CM – Compulsão; SF – Sofrimento; EX – Excessividade; RE – Reconfirmação; DS – Desconfiança do médico.

Todos os itens da escala apresentaram pesos fatoriais padronizados adequados, a variar entre .54 e .99, à exceção dos itens 30 ($\lambda = .46$) e 33 ($\lambda = .45$), com um valor ligeiramente abaixo do valor de referência. A fiabilidade individual dos itens também se manteve apropriada ($.30 \leq r^2 \leq .98$), à exceção dos itens 30 ($r^2 = .21$) e 33 ($r^2 = .21$) (Anexo F, Tabela 4). Relativamente à validade convergente, esta foi confirmada ($VEM_{Compulsão} = .72$; $VEM_{Sofrimento} = .73$; $VEM_{Desconfiança\ do\ médico} = .60$), à exceção das dimensões Excessividade e Reconfirmação com um valor ligeiramente abaixo do valor de referência ($VEM_{Excessividade} = .49$; $VEM_{Reconfirmação} = .49$). A consistência interna das cinco dimensões da escala foi avaliada com base nos coeficientes de fiabilidade Alfa de Cronbach ($\alpha_{Compulsão} = .95$; $\alpha_{Sofrimento} = .95$; $\alpha_{Excessividade} = .86$; $\alpha_{Reconfirmação} = .84$; $\alpha_{Desconfiança\ do\ médico} =$

.80), Ómega de McDonald ($\omega_{\text{Compulsão}} = .92$; $\omega_{\text{Sofrimento}} = .94$; $\omega_{\text{Excessividade}} = .83$; $\omega_{\text{Reconfirmação}} = .79$; $\omega_{\text{Desconfiança do médico}} = .64$) e Fiabilidade Compósita ($FC_{\text{Compulsão}} = .95$; $FC_{\text{Sofrimento}} = .96$; $FC_{\text{Excessividade}} = .87$; $FC_{\text{Reconfirmação}} = .85$; $FC_{\text{Desconfiança do médico}} = .81$). Os resultados sugerem uma consistência interna boa a muito boa, à exceção da dimensão Desconfiança do médico com um valor de ω mais baixo. A comparação do quadrado das correlações entre dimensões e a VEM de cada dimensão forneceu evidências de validade discriminante, exceto entre as dimensões Excessividade e Recompensa (Anexo F, Tabela 5).

Propriedades Psicométricas do Questionário de Crenças em Saúde Mental (QCSM)

Os itens da escala demonstraram boa sensibilidade psicométrica (Anexo G, Tabela 6). Todos os itens apresentaram respostas a variar entre o mínimo (1) e o máximo (5) da escala e os coeficientes de assimetria e curtose situaram-se abaixo dos valores de referência ($|Sk| \leq 1.81$, $|Ku| \leq 3.86$).

A medida de adequação amostral Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .91$) e o Teste de Esfericidade de Bartlett ($\chi^2(595) = 9120.165$, $p < .001$) indicaram que os dados são adequados para a realização da AFE.

A AFE resultou numa solução de oito fatores, explicando 64.2% da variância total (Anexo G, Tabela 7). No entanto, o oitavo fator apresentou um valor próprio apenas ligeiramente superior a 1 e explicou apenas 4.6% da variância. Tendo em conta este resultado e a estrutura teórica da escala, foi realizada uma nova Análise Fatorial Exploratória, fixando a extração em sete fatores. Os sete fatores, em conjunto, explicaram 61.3% da variância total e os itens foram atribuídos aos fatores com base nos seus pesos fatoriais (Anexo G, Tabela 8).

O Fator 1, Perceção de Autoeficácia e Benefícios, explicou 12.9% da variância e ficou composto por seis itens (itens 10, 11, 12, 13, 14 e 15) com pesos fatoriais a variar entre .63 e .75. O fator revelou uma boa consistência interna ($\alpha = .88$). O Fator 2, Pistas para a Ação Intrínsecas, explicou 12.2% da variância, com os itens 25, 28, 29, 30, 31 e 35 a apresentar pesos fatoriais a variar entre .54 e .79 nesse fator. No entanto, o item 35 (“...sei que posso contar com o apoio de um profissional de saúde mental.”) apresentou pesos fatoriais semelhantes em dois fatores (.54 no Fator 2 e .50 no Fator 1), não evidenciando uma associação clara a um único fator. Este fator revelou muito boa consistência interna ($\alpha = .90$), sendo que se mantém boa se for excluído o item 35 ($\alpha =$

.88). O Fator 3, Barreiras Percebidas, explicou 9.2% da variância e ficou composto por oito itens (itens 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 23), com pesos fatoriais a variar entre .41 e .75. O fator revelou uma boa consistência interna ($\alpha = .81$). O Fator 4, Gravidade Percebida, explicou 9.0% da variância e ficou composto por cinco itens (itens 5, 6, 7, 8 e 9), com pesos fatoriais a variar entre .68 e .81. O fator revelou uma boa consistência interna ($\alpha = .83$). O Fator 5, Suscetibilidade Percebida, explicou 8.2% da variância e ficou composto por quatro itens (itens 1, 2, 3 e 4), com pesos fatoriais a variar entre .64 e .90. O fator revelou uma boa consistência interna ($\alpha = .86$). O Fator 6, Suporte Social, explicou 5.2% da variância e ficou composto por três itens (itens 32, 33 e 34), com pesos fatoriais a variar entre .64 e .71. O fator revelou uma consistência interna aceitável ($\alpha = .63$). Por último, o Fator 7, Pistas para a Ação Extrínsecas, explicou 4.6% da variância e ficou composto por três itens (itens 24, 26 e 27), com pesos fatoriais a variar entre .45 e .80. Este fator apresentou uma consistência interna baixa ($\alpha = .57$).

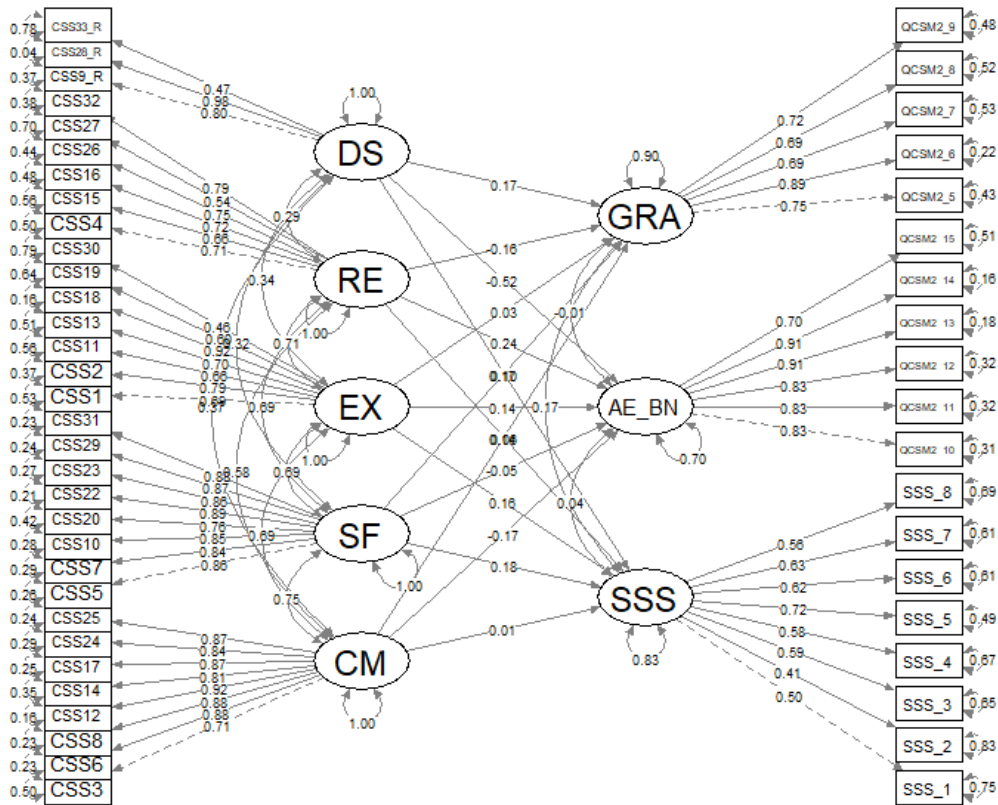
Modelo de Equações Estruturais

Com o objetivo de explorar as relações entre as variáveis independentes (Compulsão, Sofrimento, Excessividade, Reconfirmação e Desconfiança do médico) e as variáveis dependentes (Percepção da Autoeficácia e Benefícios, Gravidade Percebida e Somatização), foi construído um modelo de equações estruturais (Figura 4). Previamente a esta análise, os itens da dimensão Desconfiança do médico (itens 9, 28 e 33), redigidos pela negativa, foram recodificados.

Os índices de ajustamento indicaram um bom ajustamento global à amostra em estudo (CFI = .97; TLI = .96; RMSEA = .04, IC_{90%} = [.037, .042]; SRMR = .06).

Figura 4

Modelo de Equações Estruturais – Modelo Original



Nota. CM – Compulsão; SF – Sofrimento; EX – Excessividade; RE – Reconfirmação; DS – Desconfiança do médico; GRA – Gravidade Percebida; AE_BN – Percepção de Autoeficácia e Benefícios; SSS – Somatização.

O modelo estrutural obtido mostrou que a Compulsão influencia significativa e negativamente a Percepção de Autoeficácia e Benefícios ($\beta = -.17, p = .031$). No entanto, não se verificou uma influência significativa na Somatização ($\beta = .01, p = .917$) ou na Gravidade Percebida ($\beta = .14, p = .152$).

O Sofrimento influencia significativa e positivamente a Somatização ($\beta = .18, p = .068$) e a Gravidade Percebida ($\beta = .17, p = .080$), não se verificando uma influência significativa na Percepção de Autoeficácia e Benefícios ($\beta = -.05, p = .601$).

A Excessividade influencia significativa e positivamente a Percepção de Autoeficácia e Benefícios ($\beta = .14, p = .100$). Não se verificou uma influência significativa na Somatização ($\beta = .16, p = .108$) ou a Gravidade Percebida ($\beta = .03, p = .728$).

Relativamente à Reconfirmação, verificou-se uma influência significativa e positiva na Percepção de Autoeficácia e Benefícios ($\beta = .24, p = .008$) e negativa na

Gravidade Percebida ($\beta = -.16, p = .046$). Não se verificou uma influência significativa na Somatização ($\beta = .06, p = .515$).

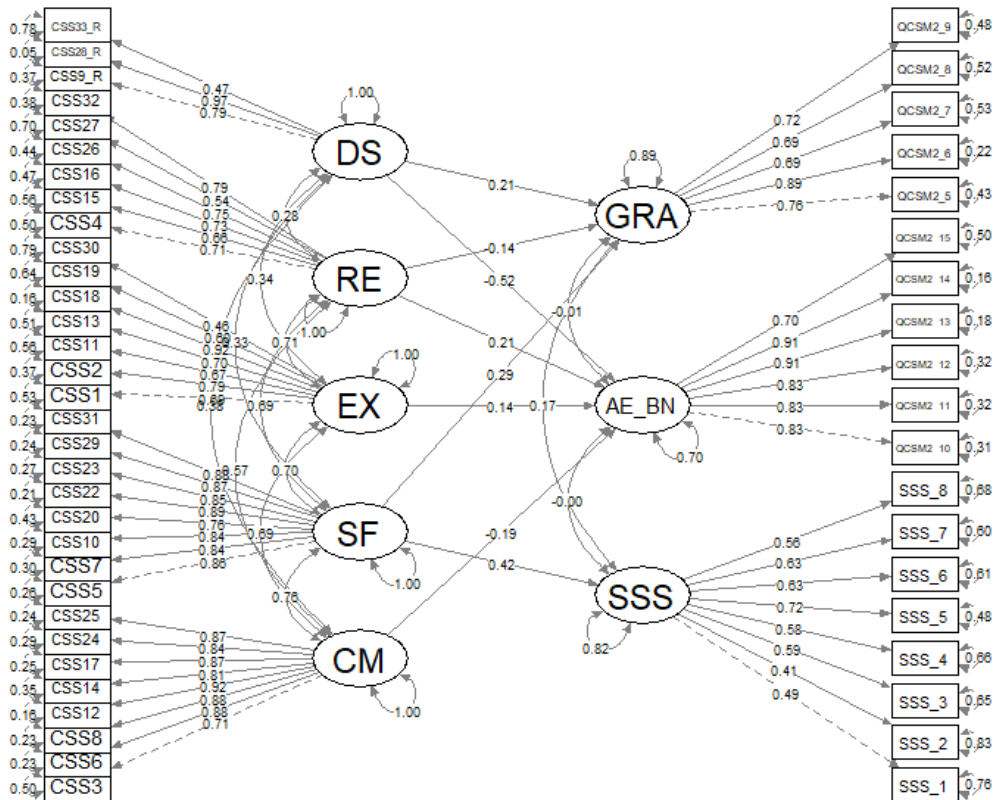
Por último, o modelo mostrou que a Desconfiança do médico influencia significativa e negativamente a Perceção de Autoeficácia e Benefícios ($\beta = -.53, p < .001$) e positivamente a Gravidade Percebida ($\beta = .17, p = .005$). Não se verificou uma influência significativa na Somatização ($\beta = .10, p = .160$).

Tendo em conta os resultados obtidos, foi desenvolvido um novo modelo estrutural, incluindo apenas as trajetórias estatisticamente significativas observadas no modelo inicial (Figura 5).

Os índices de ajustamento do modelo refinado (Modelo Final) indicaram um bom ajustamento global à amostra em estudo (CFI = .97; TLI = .96; RMSEA = .04, IC_{90%} = [.037, .042]; SRMR = .06). Este modelo explica 17.6% da variância da Somatização, 29.8% da Perceção de Autoeficácia e Benefícios e 11.3% da Gravidade Percebida.

Figura 5

Modelo de Equações Estruturais – Modelo Final



Nota. CM – Compulsão; SF – Sofrimento; EX – Excessividade; RE – Reconfirmação; DS – Desconfiança do médico; GRA – Gravidade Percebida; AE_BN – Perceção de Autoeficácia e Benefícios; SSS – Somatização.

A Tabela 3 apresenta os coeficientes padronizados (β) e os valores-p (p) das trajetórias estatisticamente significativas no Modelo Final.

Tabela 3

Trajelórias estatisticamente significativas estimadas no Modelo Final

Trajelórias	β	p
Somatização ← Sofrimento	.42	< .001
Perceção da Autoeficácia e Benefícios ← Compulsão	-.19	.007
Perceção da Autoeficácia e Benefícios ← Excessividade	.14	.090
Perceção da Autoeficácia e Benefícios ← Reconfirmação	.21	.006
Perceção da Autoeficácia e Benefícios ← Desconfiança do médico	-.53	< .001
Gravidade Percebida ← Sofrimento	.29	< .001
Gravidade Percebida ← Reconfirmação	-.14	.061
Gravidade Percebida ← Desconfiança do médico	.21	.001

Discussão

Inicialmente o presente estudo tinha como objetivo principal explorar a relação entre a cibercondria, as crenças em saúde e a somatização, e como objetivos específicos:

Analisar se a cibercondria prediz a autoeficácia; Investigar se a cibercondria constitui um preditor significativo da gravidade percebida; Compreender a relação entre cibercondria e somatização.

A partir do modelo de equações refinado, foi possível identificar trajetórias estatisticamente significativas entre dimensões específicas da cibercondria e as outras variáveis em estudo, o que permitiu olhar para a cibercondria de forma mais aprofundada e diferenciar quais os mecanismos subjacentes a este fenómeno emergente. Embora inicialmente um dos objetivos fosse analisar a cibercondria enquanto variável independente de forma global, considerou-se na AE por analisar separadamente as suas dimensões, *Compulsão*, *Sofrimento*, *Excessividade*, *Reconfirmação* e *Desconfiança do médico*, por um lado pela sua estrutura multifatorial, e por outro para ter uma compreensão mais precisa das trajetórias específicas em que a cibercondria influencia as outras variáveis. Esta abordagem mostrou-se válida, uma vez que diferentes dimensões

da cibercondria predizem de formas diversas os componentes do MCS e a somatização.

Um aspeto adicional relevante foi a alteração estrutural resultante da análise fatorial exploratória do QCSM. Verificou-se que a percepção de capacidade de agir (autoeficácia) e a crença nos benefícios dessa ação se juntaram, apontando para a sua proximidade teórica. Assim, ambas foram agregadas numa única dimensão, denominada por Percepção de Autoeficácia e Benefícios, o que reforça a natureza interdependente dessas crenças, tal como sugerido por Glanz et al., 2015.

Os resultados confirmam que a cibercondria prediz significativamente a percepção de autoeficácia e benefícios. Quatro das cinco dimensões da cibercondria apresentaram trajetórias significativas ou próximas da significância estatística com esta variável. A *Compulsão* demonstrou uma associação negativa ($\beta = -.19$, $p = .007$), indicando que a procura repetitiva e incontrolável de informações de saúde online está associada a uma menor percepção de capacidade e de utilidade em adotar comportamentos de saúde. Este resultado sustenta as evidências de que o consumo digital desregulado pode diminuir o sentimento de eficácia pessoal (Hsu, 2024; Shahani et al., 2023). A dimensão *Desconfiança do médico* revelou a associação negativa mais acentuada com a autoeficácia e benefícios ($\beta = -.53$, $p < .001$), sugerindo que a quebra de confiança nas orientações médicas compromete significativamente a crença de que se é capaz de agir e de que esse esforço será benéfico. Este resultado confirma a preocupação levantada por Starcevic (2021) quanto ao impacto da cibercondria na relação médico-paciente e nas decisões em saúde. Em contraste, observaram-se associações positivas com a *Reconfirmação* ($\beta = .21$, $p = .006$) e com a *Excessividade*, embora esta última com significância marginal ($\beta = .14$, $p = .090$). No caso da Reconfirmação, o efeito positivo pode refletir uma estratégia de *coping* orientada para a resolução, em que o contacto com profissionais permite restaurar o sentido de controlo e promover a percepção de benefícios em agir. Já a Excessividade poderá traduzir uma tentativa de compreender melhor a própria condição antes de recorrer a ajuda, o que pode temporariamente reforçar crenças de competência, desde que não evolua para um padrão disfuncional.

Os resultados indicaram que a cibercondria também prediz a gravidade percebida, embora com trajetórias mais restritas. A dimensão *Sofrimento* mostrou uma associação positiva significativa ($\beta = .29$, $p < .001$), o que sugere que o mal-estar emocional gerado pela exposição a conteúdos de saúde online está relacionado com uma percepção mais elevada da gravidade de potenciais condições de saúde. Este

resultado é suportado pelo Modelo de Crenças em Saúde Mental, segundo o qual o desconforto emocional influencia diretamente as avaliações cognitivas de risco (Mobiling, 2017; Wu, 2020). A *Desconfiança do médico* também apresentou uma associação positiva significativa ($\beta = .21, p = .001$), sugerindo que a rejeição da autoridade médica pode amplificar a percepção de gravidade. Esta tendência pode dever-se à maior exposição e sensibilidade a conteúdos alarmistas e descontextualizados encontrados online, em detrimento de fontes fiáveis. Este dado reforça a hipótese de que a cibercondria compromete a capacidade de avaliar riscos de forma realista e ponderada (Starcevic, 2021). A *Reconfirmação*, por outro lado, apresentou uma trajetória negativa marginalmente significativa ($\beta = -.14, p = .061$), apontando para a possibilidade de que o contacto com profissionais de saúde possa funcionar como um fator regulador, reduzindo a percepção de ameaça. Esta leitura é coerente com os dados de Jokić-Begić et al. (2019), que destacam a importância da validação profissional na redução da ansiedade relacionada com a saúde.

Por fim, os dados demonstraram que a dimensão *Sufrimento* da cibercondria prediz fortemente os níveis de somatização ($\beta = .42, p < .001$). Este resultado corrobora a hipótese de que o sofrimento emocional causado pela exposição repetida a conteúdos de saúde online, sobretudo quando alarmistas ou contraditórios, se traduz numa maior probabilidade de manifestação de sintomas físicos sem explicação médica clara. A somatização, enquanto resposta psicofisiológica ao sofrimento emocional (Lipowski, 1988; Kroenke, 2003), parece ser especialmente influenciada pela ansiedade e hipervigilância geradas por estas pesquisas, em linha com estudos prévios (Starcevic et al., 2020). Este fenómeno pode ser particularmente acentuado nos adultos emergentes, que, segundo Arnett et al. (2014), experienciam instabilidade emocional e são altamente dependentes de fontes digitais para gerir a sua saúde, o que os torna mais vulneráveis a este tipo de resposta.

Limitações e Estudo Futuros

Apesar da relevância dos resultados obtidos, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser reconhecidas. Em primeiro lugar, a natureza transversal do desenho metodológico impede a formulação de inferências causais. Ainda que o modelo

de equações estruturais permita estimar relações direcionais, estas não substituem a evidência empírica proveniente de estudos longitudinais. Em segundo lugar, os dados foram recolhidos exclusivamente por questionários de autorrelato, o que pode introduzir enviesamentos, nomeadamente efeitos de desejabilidade social, memória seletiva ou interpretações subjetivas dos itens.

Estudos futuros poderão beneficiar do uso de metodologias longitudinais ou experimentais, que permitam acompanhar a evolução da cibercondria ao longo do tempo ou testar intervenções que visem reduzir o seu impacto. Será igualmente pertinente explorar o papel de variáveis mediadoras, como o suporte social, a literacia em saúde ou a exposição a redes sociais específicas. Para além disso, a inclusão de medidas objetivas ou clínicas, como avaliações médicas, poderá complementar os dados de autorrelato e aprofundar a compreensão da ligação entre cibercondria e somatização.

De forma global, este estudo contribuiu para uma compreensão mais aprofundada da cibercondria enquanto fenómeno multifacetado, ao evidenciar que diferentes dimensões deste construto se associam de forma distinta a crenças cognitivas sobre a saúde e à manifestação de sintomas físicos. A articulação com parte do Modelo de Crenças em Saúde permitiu integrar a cibercondria num quadro explicativo mais alargado do comportamento em saúde, revelando trajetórias específicas que explicam a perceção de autoeficácia e benefícios, a gravidade atribuída a sintomas e a somatização. Ao centrar-se numa população, os adultos emergentes, este trabalho salienta a importância de desenvolver intervenções que promovam a literacia digital crítica, o reforço da confiança nos profissionais de saúde e a regulação emocional face à informação médica online. Em síntese, os resultados obtidos não só respondem aos objetivos propostos, como abrem caminho a novas investigações e práticas que visem mitigar os efeitos adversos da cibercondria num mundo crescentemente digital.

Referências

- Adams, L. M., & Turk, D. C. (2018). Central sensitization and the biopsychosocial approach to understanding chronic pain. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 23(2), e12125. <https://doi.org/10.1111/jabr.12125>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. 2nd edn (New York, 2014; online edn, Oxford Academic, 23 Oct. 2014), <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2004). Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties. *Oxford University Press*. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199929382.001.0001>
- Arnett, J. J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 1(7), 569-576. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7)
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barke, A., et al. (2016). The cyberchondria severity scale (CSS): German validation and development of a short form. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 50-58. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.06.002>
- Barke, A., et al. (2022). Cyberchondria in times of COVID-19: The role of online health information seeking. *Frontiers in Psychology*, 13, 843517. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.843517>
- Baysan, C., & Palanbek Yavaş, S. (2025). Global Research on Cyberchondria: Scientometric and Visual Analysis From 2003 to 2022. *Stress and Health*, 41(1), e3524. <https://doi.org/10.1002/smi.3524>
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24. <http://www.jstor.org/stable/3763271>
- Catedrilla, J. P., et al. (2022). Cyberchondria among young professionals in the Philippines. *Psychology Research and Behavior Management*, 15, 1023-1038.
- Champion, V. (1985). Use of the health belief model in determining frequency of breast self-examination. *Research in Nursing & Health*, 8(4), 373-

379. <https://doi.org/10.1002/nur.4770080410>

Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4th ed., pp. 45-65).

Jossey-Bass.

Côté, J., & Bynner, J. M. (2008). Changes in the transition to adulthood in the UK and Canada: The role of structure and agency in emerging adulthood. *Journal of youth studies*, 11(3), 251-268. <https://doi.org/10.1080/13676260801946464>

Dedeli, O., & Fadiloglu, C. (2011). Development and Evaluation of the Health Belief Model Scale in Obesity. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(5).

<https://doi.org/10.5455/pmb.20110118022318>

De Veirman, M., et al. (2017). Marketing through Instagram influencers: The impact of number of followers and product divergence on brand attitude. *International Journal of Advertising*, 36(5), 798-828.

<https://doi.org/10.1080/02650487.2017.1348035>

Dryhurst, S., Schneider, C. R., Kerr, J., Freeman, A. L. J., Recchia, G., van der Bles, A. M., Spiegelhalter, D., & van der Linden, S. (2020). Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*, 23(7–8), 994–1006.

<https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193ResearchGate+5>

Eastin, M. S., & Guinsler, N. M. (2006). Worried and wired: Effects of health anxiety on information-seeking and health care utilization behaviors. *CyberPsychology & Behavior*, 9(4), 494-498. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.494>

Fergus, T. A., & Russell, L. H. (2016). Does cyberchondria overlap with health anxiety and obsessive–compulsive symptoms? An examination of latent structure and scale interrelations. *Journal of anxiety disorders*, 38, 88-94. measure of somatic symptom burden. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 399-407.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.01.009>

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50. <https://doi.org/10.1177/002224378101800104>

Gioia, F., & Boursier, V. (2020). What does predict cyberchondria? Evidence from a sample of women. *J Psychol*, 7(69), 1047-2313

<https://doi.org/10.12974/2313-1047.2020.07.6>

Hendry, L. B., & Kloep, M. (2007). Conceptualizing emerging adulthood: Inspecting the emperor’s new clothes?. *Child development perspectives*, 1(2), 74-79.

- <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00017.x>
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Jia, X., Pang, Y., & Liu, L. S. (2021, December). Online health information seeking behavior: a systematic review. *Healthcare* (Vol. 9, No. 12, p. 1740). MDPI.
- <https://doi.org/10.3390/healthcare9121740>
- Jokic-Begic, N., Lauri Korajlija, A., & Mikac, U. (2020). Cyberchondria in the age of COVID-19. *Plos one*, 15(12), e0243704.
- <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243704>
- Jones, C. L., Jensen, J. D., Scherr, C. L., Brown, N. R., Christy, K., & Weaver, J. (2015). The health belief model as an explanatory framework in communication research: Exploring parallel, serial, and moderated mediation. *Health Communication*, 30(6), 566–576.
- <https://doi.org/10.1080/10410236.2013.873363>
- Kefeli Col, B., Gumusler Basaran, A., & Genc Kose, B. (2025). The Relationship Between E-Health Literacy, Health Anxiety, Cyberchondria, and Death Anxiety in University Students That Study in Health Related Department. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 1581-1595.
- <https://doi.org/10.2147/JMDH.S513017>
- Kins, E., Beyers, W., & Soenens, B. (2013). When the separation-individuation process goes awry: Distinguishing between dysfunctional dependence and dysfunctional independence. *International Journal of Behavioral Development*, 37(1), 1-12.
- <https://doi.org/10.1177/0165025412454027>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (5^a ed.). The Guilford Press.
- Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: Epidemiology, psychiatric co-morbidity and management. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 34-43. <https://doi.org/10.1002/mpr.140>
- Li, C.-H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavior Research Methods*, 48(3), 936–949. <https://doi.org/10.3758/s13428-015-0619-7>
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358-1368.

- <https://doi.org/10.1176/ajp.145.11.1358>
- Löwe, B., Levenson, J., Depping, M., Hüsing, P., Kohlmann, S., Lehmann, M., ... & Weigel, A. (2022). Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychological Medicine*, 52(4), 632-648. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004177>
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8a ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- McElroy, E., & Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 259–265. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.007>
- Mestre-Bach, G., & Potenza, M. N. (2023). Cyberchondria: a growing concern during the COVID-19 pandemic and a possible addictive disorder?. *Current Addiction Reports*, 10(1), 77-96. <https://doi.org/10.1007/s40429-022-00462-3>
- Nelson, L. J., & Padilla-Walker, L. M. (2013). Flourishing and floundering in emerging adult college students. *Emerging Adulthood*, 1(1), 67-78. <https://doi.org/10.1177/2167696812470938>
- Nice, M. L., & Joseph, M. (2025). Psychometric Evidence and Measurement Invariance by College-Going Status for the Inventory of the Dimensions of Emerging Adulthood (IDEA). *Journal of Personality Assessment*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/00223891.2025.2454031>
- Nobiling, B. D., & Maykrantz, S. A. (2017). Exploring perceptions about and behaviors related to mental illness and mental health service utilization among college students using the health belief model (HBM). *American journal of health education*, 48(5), 306-319. <https://doi.org/10.1080/19325037.2017.1335628>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>
- Norr AM, Allan NP, Boffa JW, Raines AM, Schmidt NB. Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS): replication and extension with bifactor modeling. *J Anxiety Disord*. 2015 Apr;31:58-64. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.02.001>. Epub 2015 Feb 14. PMID: 25734759.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3.ª ed.). Lisboa: Legis Editora.
- Pearlman, R. L., Patel, V., Davis, R. E., Ferris, T. S., Gruszynski, K., Elledge, T.,

- Bhattacharya, K., & Nahar, V. K. (2021). Effects of health beliefs, social support, and self-efficacy on sun protection behaviors among medical students: Testing of an extended health belief model. *Archives of Dermatological Research*, 313, 445–452. <https://doi.org/10.1007/s00403-020-02123-9>
- Rief, W., & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical psychology review*, 27(7), 821-841. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.005>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Shahani, R., Asmi, F., Ma, J., Zawar, A., Rufai, O. H., Muhideen, S., ... & Jianxun, C. (2023). How cyberchondria and decision self-efficacy shapes the acceptability of COVID-19 vaccine: A gender-based comparison. *Digital Health*, 9, 20552076231185430. <https://doi.org/10.1177/20552076231185430>
- Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 205–213. <https://doi.org/10.1586/ern.12.162>
- Starcevic, V. (2017). Cyberchondria: challenges of problematic online searches for health-related information. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(3), 129-133. <https://doi.org/10.1159/000465525>
- Starcevic, V., Schimmenti, A., Billieux, J., & Berle, D. (2021). Cyberchondria in the time of the COVID-19 pandemic. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 3(1), 53-62. <https://doi.org/10.1002/hbe2.233>
- Şahan, F. U., & Purtul, S. (2023). Health anxiety and eHealth literacy as predictors of cyberchondria in women. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3), 454-461. <https://doi.org/10.31067/acusaglik.1285876>
- Saleeby, J. R. (2000). Health beliefs about mental illness: An instrument development study. *American Journal of Health Behavior*, 24(2), 83-95. <https://doi.org/10.5993/AJHB.24.2.1>
- Santoro, G., Starcevic, V., Scalone, A., Cavallo, J., Musetti, A., & Schimmenti, A. (2022). The doctor is in (ternet): the mediating role of health anxiety in the

- relationship between somatic symptoms and cyberchondria. *Journal of personalized medicine*, 12(9), 1490. <https://doi.org/10.3390/jpm12091490>
- Syed, M., & Mitchell, L. L. (2013). Race, ethnicity, and emerging adulthood: Retrospect and prospects. *Emerging adulthood*, 1(2), 83-95. <https://doi.org/10.1177/2167696813480503>
- Valkenburg, P., Beyens, I., Pouwels, J. L., van Driel, I. I., & Keijsers, L. (2021). Social media use and adolescents' self-esteem: Heading for a person-specific media effects paradigm. *Journal of communication*, 71(1), 56-78. <https://doi.org/10.1093/joc/jqaa039>
- Verma, G., Bhardwaj, A., Aledavood, T., De Choudhury, M., & Kumar, S. (2022). Examining the impact of sharing COVID-19 misinformation online on mental health. *Scientific Reports*, 12(1), 8045 <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11488-y>
- Vismara, L., Caricasole, V., Starcevic, V., Cinosi, E., Dell'Osso, B., & Fineberg, N. A. (2020). Is cyberchondria a new transdiagnostic digital compulsive syndrome? A systematic review of the evidence. *Comprehensive Psychiatry*, 116, Article ~ 152331. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152167>
- White, R. W., & Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Transactions on Information Systems (TOIS)*, 27(4), 1-37. <https://doi.org/10.1145/1629096.1629101>
- Wu, S., Feng, X., & Sun, X. (2020). Development and evaluation of the health belief model scale for exercise. *International journal of nursing sciences*, 7, S23-S30. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.006>
- Yang, X., Luo, C., Xu, Y., He, Y., & Zhao, R. (2025). Unpacking cyberchondria: The roles of online health information seeking, health information overload, and health misperceptions. *Telematics and Informatics*, 97, 102225. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2024.102225>

ANEXOS

Anexo A- Enquadramento Teórico

Cibercondria

O conceito de cibercondria tem sido descrito na comunidade científica como a pesquisa exagerada e repetitiva de informações ligadas à saúde, física ou mental, na internet, que decorre de uma preocupação persistente com o próprio estado de saúde, promotor de sintomas ansiosos ou desconforto emocional no indivíduo (Barke et al., 2016; Starcevic & Berle, 2013). A origem etimológica do conceito surge da combinação entre *ciber*, referente à internet e à tecnologia, e *hipocondria*, que diz respeito a uma inquietação constante e obsessiva quanto a possíveis patologias (Vismara et al., 2022).

O interesse na comunidade académica sobre este fenómeno tem vindo a crescer, como mostra a análise cientométrica de Baysan e Yavas (2025) onde compreenderam que 79% das publicações sobre cibercondria ocorreram nos últimos quatro anos, evidenciado o carácter emergente deste construto. Na literatura existe uma imprecisão na definição da cibercondria (Mestre-Bach & Potenza, 2023), possivelmente por se tratar de um construto emergente e estar associado a manifestações clínicas variadas.

Assim, nos últimos anos, vários autores como Barke et al. (2022) e Starcevic et al. (2021), têm estudado esta condição, e têm verificado que a Cibercondria é agravada pela abundante disponibilidade de informações contraditórias existentes quer em websites, fóruns digitais, ou redes sociais. Esta magnitude de informações ambíguas, e de relatos alarmistas leva a que esta condição se manifeste numa tendência a interpretar sintomas simples, ou passageiros, como sendo muito graves e críticos.

Quando expostos a estes conteúdos de forma sistemática, os indivíduos têm maior dificuldade em avaliar e interpretar a informação que lhes é apresentada, o que contribui para a perpetuação de sentimentos de ansiedade e de urgência, já que estes acabam por sentir que têm de pesquisar mais a fundo para encontrar informação que lhes dê uma sensação de segurança duradoura (Starcevic, 2021).

Na sua investigação Barke e colaboradores (2016) compreendem que a cibercondria não só intensifica os níveis de ansiedade em saúde nos indivíduos, como também afeta negativamente a qualidade de vida e o bem-estar psicológico. A preocupação excessiva e infundada com a própria saúde, conhecida na literatura como

ansiedade de doença ou ansiedade em saúde, pode ser intensificada pela exposição a informações contraditórias e não verificadas encontradas na internet (Şahan & Purtul, 2023). Pesquisas apontam que indivíduos que apresentam níveis elevados de ansiedade de saúde, e que recorrem sistematicamente à internet para investigar possíveis doenças, acabam por procurar vários profissionais de saúde na expectativa de encontrar um diagnóstico, comportamento conhecido como *doctor hopping* (Eastin & Guinsler, 2006; White & Horvitz, 2009). Mrayyan et al. (2022), verificaram que níveis mais elevados de cibercondria, em jovens adultos, estão significativamente associados a uma maior adição à internet.

De acordo com Norman & Skinner (2006), quando as pessoas não dispõem de uma capacidade crítica para analisar a fiabilidade dos conteúdos encontrados na internet, sobre saúde, é comum surgirem interpretações enviesadas e auto-diagnósticos incorretos.

Estudos mais recentes como os de Hsu (2025) corroboram com esta ideia, destacando que a falta de competência por parte do indivíduo em saber escolher qual a informação fidedigna que encontra online repercute-se numa maior vulnerabilidade à cibercondria, de tal modo que, quem pratica estas pesquisas é mais facilmente influenciado por testemunhos alarmistas, teorias da conspiração, sendo uma das faixas etárias mais afetada, os jovens adultos (Arnett, 2004), que estão em plena exploração identitária e ocupacional, e apresentam maior risco de adotar crenças e comportamentos baseados em informações erróneas (Hsu, 2025).

Dentro deste temática da cibercondria, é crucial falar da relevância de *eHealth literacy*, também conhecido como literacia em saúde digital, que se refere à capacidade que o indivíduo tem em aceder, avaliar criticamente e conseguir utilizar de forma eficaz para tomar decisões, as informações sobre saúde que encontra no meio digital (Norman & Skinner, 2006).

O que acontece quando se fazem estas pesquisas é que a informação que se encontra na internet é na maior parte das vezes alarmante, e/ou contraditória, mesmo que o objetivo inicial da pessoa que pesquisa sobre informações de saúde na internet seja encontrar informações que validem ou confirmem ou que está a sentir, acontece o efeito contrário, que é, o aumento da incerteza e preocupação sobre aquilo que está a pesquisar, que reforça a sua ansiedade (Barke et al., 2022).

O contexto pandémico recente intensificou o aumento destas pesquisas, já que a incerteza sobre o vírus da COVID-19, aliado à ampla difusão de desinformações na

internet, levou muitas pessoas a pesquisarem sintomas e tratamentos de forma mais frequente, agravando a ansiedade e, conseqüentemente, a cibercondria (Verma et al., 2022).

A comparação social constante, presente nas redes sociais, pode intensificar as preocupações relativas à saúde de qualquer pessoa (Valkenburg et al., 2021). No entanto, existe um grupo etário denominado na comunidade científica por adultos emergentes, que é dos que mais utiliza a internet, não apenas para fins de socialização e aprendizagem, mas também para procurar informações relacionadas à saúde (Barke et al., 2016). Nos adultos emergentes, indivíduos entre os 18 e os 25 anos (mas que em algumas culturas pode ir até aos 30 anos), este tipo de confrontação online, com pares ou *influencers* pode traduzir-se numa preocupação de não corresponder aos padrões de saúde e bem-estar difundidos, resultando numa ruminação excessiva sobre sintomas e doenças, o que aumenta o comportamento de cibercondria (Arnett, 2000).

O número de *influencers* que discutem saúde e bem-estar tem aumentado, abrangendo temas como nutrição, fitness, tratamentos estéticos e saúde mental (De Veirman et al., 2017), o que muitas vezes cria desinformação online, que podem alimentar o receio de desenvolver certas doenças ou intensificar sintomas de ansiedade relacionados à saúde, levando a uma procura compulsiva por informação na internet (Verma et al., 2022).

A nível de intervenção psicológica, algumas abordagens sugerem a importância, da psicoeducação, e de reforçar a literacia em saúde digital, capacitando os utilizadores a saber distinguir as diferentes informações que encontram online, que sites e plataformas utilizar para a pesquisa, e principalmente saber analisar criticamente os conteúdos que encontram (Starcevic & Berle, 2013).

Embora este comportamento esteja a ser mais estudado nos últimos anos, salienta-se que grande parte dos estudos existentes aborda a cibercondria como uma consequência de outras variáveis psicológicas, como no estudo de Gioia e Boursier (2020), onde a ansiedade foi identificada como um preditor da cibercondria. focando-se, sobretudo na relação com os mecanismos de reforço negativo e a ansiedade em relação à saúde. No entanto, até à data, a Cibercondria foi pouco explorada dentro do Modelo de Crenças em Saúde, o que poderia oferecer uma nova forma de compreensão de como as crenças subjetivas sobre saúde se relacionam com a pesquisa extenuante por informações médicas online.

Modelo de Crenças em Saúde

Para haver aderência a estes comportamentos, é necessário compreender por um lado a percepção de ameaça do indivíduo, que inclui o grau de gravidade e suscetibilidade percebida em relação a uma condição de saúde, e por outro lado, através do equilíbrio entre benefícios esperados e barreiras identificadas para implementar essas ações, sendo estes conceitos nucleares do modelo (Jones et al., 2015).

Posto isto, segundo o MCS a probabilidade de alguém vir a adotar um comportamento preventivo ou procurar ajuda médica é tanto maior quanto maior a sua noção de (1) Suscetibilidade- estar ou perceber-se em situação de risco; (2) Gravidade- efeitos adversos que acredita poderem resultar dessa condição; (3) Benefícios- vantagens associadas à adoção do comportamento protetor; (4) Barreiras- desafios e custos associados à adoção do comportamento; (5) Autoeficácia- capacidade de implementar e manter a ação.

A suscetibilidade percebida (1), uma dimensão presente desde a criação do MCS, refere-se à crença individual sobre a probabilidade de desenvolver uma doença ou uma condição de saúde específica (Rosenstock, 1974). Quando existe uma percepção elevada de suscetibilidade, há uma maior adoção de comportamentos preventivos. Em contrapartida, a ausência dessa percepção de risco pessoal reduz consideravelmente a probabilidade de serem tomadas medidas preventivas (Champion & Skinner, 2008).

Também presente desde a formulação original do modelo, a gravidade percebida (2) diz respeito à avaliação que o indivíduo faz sobre os impactos de uma condição de saúde, considerando tanto as consequências médicas quanto as implicações sociais (Rosenstock, 1974). Se um indivíduo acredita que determinada doença pode causar dor severa ou prejudicar a sua funcionalidade, este tende a agir de forma mais proativa para prevenir ou tratar essa condição (Janz & Becker, 1984; Champion & Skinner, 2008).

Relativamente aos benefícios percebidos (3), estes refletem a crença de que determinados comportamentos de saúde são eficazes na prevenção ou mitigação de uma condição de saúde, de modo que, quanto mais positivos forem os resultados esperados, maior a probabilidade de os indivíduos adotarem ações preventivas (Rosenstock, 1974).

Por outro lado, as barreiras percebidas (4) dizem respeito aos desafios ou obstáculos que podem dificultar a adoção de comportamentos de saúde, que podem incluir barreiras financeiras, emocionais ou sociais (Rosenstock, 1974). Estudos sugerem que esta dimensão é uma das mais determinantes na tomada de decisão, pois,

mesmo quando os benefícios são reconhecidos, as barreiras significativas podem desmotivar a ação (Janz & Becker, 1984).

Desde a sua formulação, o MCS inclui o conceito de pistas para ação, que correspondem a estímulos internos, como sintomas físicos, ou externos, como campanhas educativas. Esses fatores podem incentivar comportamentos de saúde, especialmente quando o indivíduo já reconhece os riscos e benefícios associados a essas ações (Rosenstock, 1974).

A noção de autoeficácia (5) foi incorporada ao modelo em 1977, com base na ideia de que a confiança que um indivíduo tem na sua capacidade de executar uma ação é essencial para a adoção de comportamentos de saúde (Bandura, 1977). Mesmo com uma boa percepção de riscos e benefícios, muitas pessoas deixam de agir devido à falta de confiança nas suas próprias competências (Champion & Skinner, 2008). Importa referir que este conceito de autoeficácia tem-se reconstruindo ao longo do tempo, principalmente associado à cibercondria. Por exemplo, no estudo de Hsu (2024), a controlabilidade percebida, que representa uma expressão contextualizada da autoeficácia, e é definida pelo autor como a percepção de conseguir gerir emocionalmente os efeitos provocados pelas pesquisas sobre saúde, traduz a confiança que a pessoa tem na sua capacidade de saber lidar com o que sente relativamente à informação que encontra.

Autoeficácia

A autoeficácia foi primeiramente apresentada dentro da Teoria Social Cognitiva, cujo autor é Bandura (1977), e foi conceptualizada enquanto uma crença na capacidade de realizar ações específicas que levem à realização de objetivos. Posteriormente, em 1988, este construto foi incorporado formalmente ao MCS, por Rosenstock (1988), já que, mesmo que o MCS conseguisse explicar a motivação de o indivíduo querer vir a mudar o seu comportamento em saúde, falhava em conseguir demonstrar como é que de facto essa mudança era executável, ou seja não explicava a transição entre a intenção e a ação real. Assim, no contexto do MCS, a autoeficácia assume um papel de facilitador entre os benefícios ou barreiras percebidas, e a tomada de decisão quanto à adoção ou manutenção de comportamentos em saúde. Posto isto, quando o indivíduo acredita na sua capacidade de implementar mudanças tende a perceber os benefícios como mais alcançáveis, e as barreiras como menos impeditivas.

No contexto da cibercondria, Shahani e colaboradores (2023) demonstraram que a autoeficácia é menor na tomada de decisões de saúde quando existe um nível elevado de cibercondria. Acrescentam que, por um lado a cibercondria faz com que os níveis de alarmismo e ansiedade aumentem no indivíduo, e por outro, tem uma implicação direta na autoeficácia decisional, dificultando a capacidade do indivíduo de avaliar opções e agir de forma informada.

Pearlman et al. (2021) defendem que a autoeficácia emerge como um fator crucial, não apenas para o início da adoção dos comportamentos saudáveis, mas também para a sua continuidade ao longo do tempo, descrevendo que a observação de pessoas a serem bem-sucedidas, em situações semelhantes às que o indivíduo está a passar, atuam como um catalisador motivacional, fortalecendo a crença na própria capacidade de alcançar resultados semelhantes.

Já o estudo de Catedrilla et al. (2022), focado em jovens profissionais recém-formados nas Filipinas, não identificou uma associação significativa entre autoeficácia digital e a cibercondria. Embora a ansiedade relacionada com a saúde e o excesso de informação tenham sido fatores preditores da cibercondria, a autoeficácia digital não demonstrou exercer um impacto relevante. Os autores sugerem que, ao contrário dos estudantes, os jovens profissionais podem possuir uma maior maturidade na avaliação de fontes, utilizando as suas competências digitais de forma mais criteriosa e reduzindo, assim, o risco de desenvolverem cibercondria.

Gravidade Percebida

Como já introduzido no MCS, a gravidade percebida concerne a ponderação subjetiva que o ser-humano faz ao avaliar a seriedade de uma questão relacionada com a sua saúde, e possíveis repercussões, que essa condição de saúde pode vir a tomar na sua vida, quer sejam estas emocionais, físicas, sociais ou económicas (Rosenstock, 1974; Becker & Maiman, 1975).

Segundo a concessão inicial do MCS (Rosenstock et al., 1988), somente quando se acredita estar vulnerável a uma condição de saúde grave, e se compreende que os benefícios em realizar ações preventivas são maiores, do que as barreiras associadas à implementação dos mesmos, é que o ser-humano tende a adotar comportamentos preventivos. Ou seja, a gravidade percebida experienciada pelo indivíduo influencia a forma como este avalia os riscos de aderir ou não a medidas preventivas para a sua

condição de saúde.

Segundo Jokic-Begic e colaboradores (2020), indivíduos que sejam mais sensíveis à gravidade da sua condição de saúde, tendem a pesquisar de forma compulsiva por informações médicas online, o que mostra haver uma relação entre este construto e a cibercondria.

Diante a crescente disponibilidade de informações médicas disponíveis na internet, muitos indivíduos começaram a utilizá-la para compreender os seus sintomas e condições de saúde, sem ter em conta que estes conteúdos muitas vezes incluem relatos alarmistas ou de casos extremos, o que não representa a realidade da maioria dos pacientes (White e Horvitz, 2009). A relevância desta dimensão para adoção de comportamentos saudáveis continua a ser estudada, como mostra o estudo de Champion e Skinner (2008), que encontra correlações positivas entre a gravidade percebida e a predisposição em participar em exames de rastreio do cancro, ou em programas de vacinação.

Durante a pandemia COVID-19, estudos como o de Dryhurst et al., (2020) mostraram que quem percecionava este vírus como altamente grave (do ponto de vista da saúde e do impacto socioeconómico) apresentava uma maior propensão a seguir medidas de proteção, como usar máscaras, manter o distanciamento social e higienizar frequentemente as mãos.

Autores como Starcevic & Berle (2013) e Barke et al., (2022), sugerem que quando o indivíduo tem uma alta perceção de gravidade às doenças, pesquisa com mais frequência e intensidade, na internet, sobre temáticas relacionadas às doenças. Na investigação de Dryhurst et al. (2020), que estudaram as perceções de risco associadas à pandemia da COVID-19, uma delas a gravidade percebida, em 10 países da Ásia, América e Europa, numa amostra de quase 7000 pessoas, as suas observações foram bastante relevantes para a contribuição da literatura sobre a gravidade percebida: Em países como a Noruega e Alemanha, os participantes perceberam a COVID-19 como menos grave, acreditando que, caso adoecessem, poderiam contar com um tratamento eficaz. Em comparação com países com sistemas de saúde mais frágeis, como é o caso de alguns países da América Latina.

Num estudo semelhante, Jokic-Begic et al. (2020) analisaram como diferentes grupos etários respondiam à ameaça da COVID-19 e verificaram que a cibercondria era particularmente prevalente entre aqueles que percecionavam a pandemia como um risco significativo. O aumento das pesquisas online sobre sintomas e condições médicas

revelou-se mais comum entre os participantes que reportavam um elevado nível de preocupação com a doença, indicando que a gravidade percebida atua como um fator determinante na intensidade e frequência da cibercondria. A repetição desse comportamento, segundo os autores, pode ter implicações psicológicas adversas, exacerbando estados emocionais negativos e aumentando o stress relacionado com a saúde.

Assim, os diferentes estudos convergem na constatação de que a percepção da gravidade de uma ameaça à saúde está intimamente ligada ao desenvolvimento e agravamento da cibercondria, mas que é relevante continuar a estudar a relação entre ambos.

Somatização

É consensual na literatura (Keen et al., 2022; Lipowski, 1988) que a somatização se expressa pela vivência de sofrimento psicológico que se exterioriza por meio de queixas somáticas, ou sintomas físicos, apesar da ausência de uma causa orgânica clara. Normalmente, os sintomas físicos a serem relatados incluem problemas digestivos, fadiga, dores, que frequentemente são intensos e persistentes ao longo do tempo, e que consequentemente interferem significativamente na qualidade de vida e tarefas diárias do indivíduo (Kroenke, 2003).

Ademais, a experiência subjetiva de sintomas físicos é mais evidente em indivíduos com níveis de ansiedade e/ou stress mais elevados, como aponta Adams e Turk (2018) e Rief e Broadbent (2007). Consequentemente, quando o indivíduo faz uma interpretação das suas sensações corporais, mesmo das mais banais, tende a vivenciar um sofrimento físico desproporcional à presença de qualquer doença orgânica, ou mesmo quando os exames médicos não revelam alterações significativas (Keen et al., 2022).

Esta temática da existência de uma ligação entre a mente e o corpo tem vindo a ser estudada desde a Grécia Antiga, com Hipócrates a propor que desequilíbrios emocionais poderiam manifestar-se no corpo, através de doenças (Löwe et al., 2022). Mais tarde na História, no século XIX, continuaram a explorar estas temáticas, onde autores como Freud e Charcot, investigando a forma como as emoções reprimidas se manifestam em sintomas físicos. Mais adiante, no século XX, o psiquiatra Lipowski (1988), descreveu a somatização tal como é conhecida nos dias de hoje, salvaguardando

que estes sintomas tinham que ser observados através de uma abordagem biopsicossocial, reconhecendo que não se podia olhar só para os aspetos biológicos da doença, mas sim integrá-la com as experiências subjetivas e contexto social do paciente.

Uma revisão de literatura mais recente de Keen et al. (2022), sugere que existe uma associação entre as crenças sobre o próprio pensamento do indivíduo e a forma como estas reforçam a atenção a sensações corporais, o que influenciam a perceção de gravidade dos sintomas físicos, aproximando-se de forma indireta, do conceito de gravidade percebida, presente no HBM.

A interação entre somatização e cibercondria ocorre de forma bidirecional: por um lado, a predisposição para interpretar sensações corporais como sinais de doença pode agravar-se com o acesso constante a informações de saúde online, e por outro, a cibercondria reforça a tendência para somatizar, criando ciclos de preocupação e consultas médicas repetidas (Santoro et al., 2022). Comportamentos de verificação constante e pesquisas compulsivas na internet podem produzir um alívio momentâneo, mas contribuem para perpetuar a ansiedade relacionada à saúde (Starcevic, 2017).

Em termos de prevalência, estima-se que os sintomas relacionados à somatização sejam mais comuns em jovens adultos, entre a faixa etária dos 18 e dos 30 anos, que muitas vezes são expostos a níveis elevados de pressão social e académica. Embora os estudos, em Portugal, sobre este construto sejam incipientes, sobretudo no que concerne a jovens adultos, a investigação de Becker et al., (2021), identificou uma associação significativa entre queixas somáticas e sintomas de depressão e ansiedade, o que releva a importância de fazer mais estudos que vejam a relação entre fatores psicológicos e sintomas somáticos na população portuguesa.

Adultos emergentes

Vários autores (Côté & Bynner, 2008; Hendry & Kloep, 2007; Kins, Beyers, & Soenens, 2013) têm vindo a estudar um estágio etário específico, entre os 18 até aos 25-29 anos, que Arnett (2000) conceptualizou no início do século XIX como *adultos emergentes*, um período entre o final da adolescência, até à adultez plena, caracterizado por mudanças consideráveis na identidade do indivíduo, nos seus relacionamentos, e nas suas escolhas profissionais (Hendry & Kloep, 2007; Syed & Mitchell, 2013).

Em primeiro lugar, nesta etapa do ciclo de vida, existe uma procura ativa por uma identidade quer pessoal, quer profissional, através da experimentação de diferentes

áreas da vida (relacionamentos, cursos, hobbies, empregos) (Arnett, 2004). Assim, segundo os autores, esta é uma fase experimental, onde os jovens emergentes ponderam intensamente sobre questões como “Quem sou eu?”, ou “O que quero da vida?”, sendo uma fase experimental quer ao nível relacional, tipos de carreiras ou relacionamentos (Kins et al., 2013).

Para além disso, é esperado que este seja um período instável, marcado por mudanças em várias áreas da vida, representativo quer de oportunidades, quer de desafios, necessários para a exploração de novas opções e aprendizagens (Hendry & Kloep, 2007; Nelson & Padilla-Walker, 2013). Ademais, os jovens adultos tendem a concentrar-se nas suas necessidades e desejos, em detrimento do que o outro espera, o que é considerado essencial para que as suas escolhas reflitam valores e aspirações pessoais (Syed & Mitchell, 2013). Como já referido, existem poucos estudos que associem estas variáveis, principalmente com amostras de indivíduos portugueses.

Anexo B- Consentimento Informado

A presente investigação é da responsabilidade da doutoranda Filipa Pancada Fonseca, no âmbito do Doutoramento em Psicologia da Saúde no ISPA – Instituto Universitário, sob orientação da Prof. Doutora Filipa Pimenta, e co-orientação do Professor Doutor João Marôco. Esta investigação foi aprovada pela Comissão de Ética do ISPA – Instituto Universitário [parecer n.º D-058-3-23].

Esta investigação pretende estudar o comportamento de pesquisa online sobre saúde mental. Para isso, convido-o/a a preencher o questionário que se segue. Podem participar nesta investigação todas as pessoas com idade compreendida entre 18 e 30 anos, que falem, escrevam e leiam português e que utilizem a internet como meio de pesquisa de sinais e sintomas relacionados com saúde mental, independentemente do motor de pesquisa ou aplicação utilizada. O preenchimento do questionário demora cerca de 15 minutos [estimado]. Numa fase posterior, a investigação pretende testar a eficácia de uma intervenção psicológica breve e gratuita para melhorar o desconforto psicológico que estas pesquisas podem provocar e promover uma utilização eficaz de estratégias de controlo comportamental. Se tiver interesse em participar nessa última fase, deverá deixar o seu contacto no final do questionário.

A sua participação é muito importante para podermos conhecer de forma mais objetiva e abrangente quais as características e como é que os adolescentes e jovens adultos utilizam a internet como forma de pesquisar assuntos relacionados com a saúde mental. Contudo, a sua participação é totalmente voluntária e pode desistir de participar a qualquer momento, sem que isso tenha quaisquer consequências para si.

Todas as informações recolhidas são totalmente confidenciais – a partir do momento em que decidir participar, a sua identificação será um código alfanumérico. Os dados serão armazenados numa base de dados protegida por password (armazenada num computador protegido por password), serão acessíveis apenas aos membros da equipa de investigação do estudo e serão guardados pelo menos até 5 anos após a publicação ou divulgação pública do estudo.

É altamente improvável que sofra qualquer risco ou prejuízo físico, emocional ou social, mas algumas perguntas poderão causar-lhe algum desconforto emocional temporário. Se desejar, pode contactar a investigadora responsável através do email: ffonseca@ispa.pt. A equipa de investigação é composta por psicólogas clínicas que estão à sua disposição para o/a escutar, dialogar e encaminhar, se necessário.

Poderá aceder aos resultados da investigação e esclarecer qualquer dúvida contactando a investigadora responsável através do email: ffonseca@ispa.pt. Ao decidir participar, está a concordar com uma Declaração de Consentimento Informado de participação nesta investigação, reconhece que leu cuidadosamente toda a informação acima descrita, e que aceita participar nesta investigação de forma esclarecida e voluntária.

Declaro que (assinalar todas):

- Li e compreendi as informações acima indicadas
- Fui informado de que a minha participação é voluntária e de que posso desistir de participar a qualquer momento sem que daqui decorram quaisquer consequências
- Aceito participar voluntariamente neste estudo

Receber resultados Gostaria de receber os resultados do estudo quando forem conhecidos e divulgados?

- Sim
- Não

Receber resultados Gostaria de receber os resultados do estudo quando forem conhecidos e divulgados?

- Sim
- Não

Fase Final Gostaria de ser contactado para participar na fase final do projeto de investigação, integrando o programa de intervenção psicológica breve e gratuita, para melhorar o desconforto psicológico que estas pesquisas podem provocar e promover uma utilização eficaz de estratégias de controlo comportamental?

- Sim
- Não

Anexo C- Questionário Sociodemográfico e de Caracterização Clínica

- 1. Quantos anos tem? _____**
- 2. Qual o seu sexo?**
 - a. Masculino
 - b. Feminino
 - c. Prefiro não responder
 - d. Outro (qual)
- 3. Com quem reside? _____**
- 4. Tem atualmente uma relação de compromisso?**
 - a. Sim, tenho e coabito com o/a meu/minha parceiro/a
 - b. Sim, tenho mas não coabito com o/a meu/minha parceiro/a
 - c. Não tenho nenhuma relação de compromisso
- 5. Qual a sua nacionalidade?**
 - a. Portuguesa
 - b. Outra nacionalidade (qual): _____
- 6. Qual a sua área de residência?**
- 7. Qual o grau de escolaridade mais elevado que completou?**
 - a. 1º ciclo
 - b. 2º ciclo
 - c. 3º ciclo ou equivalente
 - d. Ensino Secundário ou equivalente
 - e. Licenciatura
 - f. Mestrado
 - g. Doutoramento
- 8. Qual a sua situação profissional? (Selecione todos os que se aplicam)**
 - a. Estudante
 - b. Trabalhador-estudante
 - c. Trabalhador
 - d. Desempregado/a
 - e. Outro (trabalhador/a familiar sem remuneração, cuidador/a informal, etc.)
- 9. Qual a sua profissão? _____**
- 10. O seu trabalho é...**
 - a. Na área da saúde

- b. Noutra área que não é relacionada com saúde

11. É estudante universitário?

- a. Não
- b. Sim

12. Qual o ano, do seu curso, que frequenta?

- a. 1º ano
- b. 2º ano
- c. 3º ano
- d. 4º ano
- e. 5º ano ou mais

13. Qual é a sua área de formação universitária/ pós-graduada?

- a. Ciências exatas e naturais
- b. Ciências de engenharia e tecnologia
- c. Humanidades
- d. Ciências sociais
- e. Ciências biológicas
- f. Ciências médicas e da saúde
- g. Artes
- h. Outra

14. Tem algum problema de saúde?

- a. Não
- b. Sim

15. Indique por favor qual o problema de saúde que tem.: ____

16. Já recebeu, ao longo da sua vida, algum diagnóstico médico relacionado com um problema de saúde mental?

- a. Não
- b. Sim

17. Qual o diagnóstico médico que lhe foi dado?

- a. Perturbação de ansiedade
- b. Perturbação de pânico
- c. Perturbação bipolar
- d. Depressão
- e. Perturbação do comportamento alimentar
- f. Perturbação do neurodesenvolvimento

- g. Perturbação psicótica
- h. Outra. Qual? _____

18. Tem algum cuidado com a sua saúde mental?

- a. Não
- b. Sim

19. Que tipos de cuidados tem com a sua saúde mental?

- a. Tomo medicação
- b. Faço psicoterapia
- c. Presto atenção ao meu estilo de vida

20. Que medicamentos toma? _____

21. Se referiu prestar atenção ao seu estilo de vida, qual ou quais são os seus cuidados?

- a. Exercício físico
- b. Alimentação saudável
- c. Meditação
- d. Prática religiosa/espiritual
- e. Atividades de lazer
- f. Artes (dança, pintura, artesanato, música)
- g. Auto-ajuda
- h. Técnicas de medicina ternária ou complementar (yoga, acupuntura, reiki)
- i. Outros

22. Costuma tomar alguma medicação por iniciativa própria (auto-medicação), sem a prescrição de um profissional de saúde?

- a. Não
- b. Sim

23. Quando tem dúvidas sobre problemas de saúde, onde procura informação?

- a. Na internet
- b. Junto de um profissional de saúde / saúde mental
- c. Junto de familiares
- d. Junto de amigos / colegas

24. Quais os principais motores de pesquisa ou aplicações que utiliza para procurar informações de saúde?

- a. Google / safari
- b. Tik-tok
- c. Instagram

- d. Youtube
- e. Reddit
- f. Foruns temáticos
- g. Outro (qual): _____

25. Quando procura informações online sobre saúde, procura:

- a. Exclusivamente sobre saúde física
- b. Maioritariamente sobre saúde física e minoritariamente sobre saúde psicológica
- c. De igual forma sobre saúde física e psicológica
- d. Maioritariamente sobre saúde psicológica
- e. Exclusivamente sobre saúde psicológica

26. Quando procura informações online sobre saúde, você procura informações sobre:

- a. Diagnóstico
- b. Tratamento
- c. Medicamentos

27. Quando procura informações sobre saúde, quais os descritores, palavras-chave ou hashtags que costuma utilizar? _____

28. Tem algum acompanhamento psicoterapêutico ou psiquiátrico regular?

- a. Não
- b. Sim

29. Qual é o seu rendimento familiar mensal?

- a. <550.21€
- b. 550.21€ - 830.21€
- c. 830.22€ - 1,176.57€
- d. 1,176.58€ - 1,522.93€
- e. 1,522.94€ - 1,938.14€
- f. 1,938.15€ - 2,842.21€
- g. 2,842.22€ - 3,071.43€
- h. 3,071.44€ - 5,714.29€
- i. > 5,714.29€

Anexo D- Instrumentos Psicométricos

Cyberchondria Severity Scale (CSS)

De seguida, irá responder a várias questões sobre comportamentos ou aspetos relacionados com saúde. Salientamos que não existem respostas certas ou erradas. Por favor, leia as seguintes afirmações e imagine como elas tipicamente se aplicam a si. Indique até que ponto elas normalmente se aplicam a si selecionando a opção apropriada.

Glossário de termos:

Sintoma - Uma sensação física ou mental inexplicável e desconfortável (por exemplo, uma tosse, dor de cabeça, carço, dor em algum lugar, agitação mental, pensamentos intrusivos ou repetitivos).

Condição Médica Percebida - Uma doença ou perturbação que sente que pode ter, mas que não foi formalmente diagnosticada por um profissional médico.

Pesquisa na Internet - Inserir termos num motor de busca (por exemplo, google, bing, chatbot) e ler informações das páginas encontradas.

	Nunca 1 (1)	Raramente 2 (2)	Às vezes 3 (3)	Muitas vezes 4 (4)	Sempre 5 (5)
Se eu notar uma sensação corporal inexplicável, irei procurá-la na internet. (CSS_1E)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insiro os mesmos sintomas numa pesquisa de internet em mais do que uma ocasião. (CSS_2E)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online interrompe o meu tempo gasto no Facebook / Twitter / outras redes sociais. (CSS_3C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet leva-me a consultar o meu médico (de família ou outro). (CSS_4R)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldade em relaxar depois de pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online. (CSS_5D)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online interrompe outras pesquisas (por exemplo, para o meu emprego / trabalho da faculdade / trabalho da casa). (CSS_6C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fico mais facilmente enervado ou irritado depois de pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online. (CSS_7D)

Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online interrompe as minhas atividades de lazer online (por exemplo, streaming de filmes). (CSS_8C)

Levo a opinião do meu médico de família / profissional de saúde mais a sério do que a minha pesquisa médica online. (CSS_9Mr)

Começo a entrar em pânico quando leio na internet que um sintoma que tenho é encontrado numa condição rara / grave. (CSS_10D)

Ao pesquisar sintomas ou condições médicas online, visito fóruns onde indivíduos diagnosticados ou preocupados discutem as suas condições médicas, sintomas e experiências. (CSS_11E)

Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online interrompe o meu trabalho (por exemplo, escrever e-mails, trabalhar em documentos do Word ou folhas de cálculo). (CSS_12C)

Leio diferentes páginas da internet sobre a mesma condição percebida. (CSS_13E)

Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online interrompe as minhas atividades sociais offline (reduz o tempo passado com amigos / família). (CSS_14C)

Discuto as minhas descobertas médicas online com o meu médico de família / profissional de saúde. (CSS_15R)

Sugiro ao meu médico de família / profissional de saúde que posso precisar de um procedimento de diagnóstico sobre o qual li online (por exemplo, uma biópsia / um exame de sangue específico). (CSS_16R)

Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet distrai-me da leitura online de notícias, entretenimento ou desportos. (CSS_17C)

Leio as mesmas páginas da web sobre uma condição percebida em mais de uma ocasião. (CSS_18E)

Quando pesquiso um sintoma online, sinto que a classificação dos resultados da pesquisa na web reflete o quão comum é uma doença, com condições médicas mais prováveis a aparecer mais acima na página de resultados. (CSS_19E)

Acho que estou bem até ler sobre uma doença séria online. (CSS_20D)

Eu visito fontes confiáveis (por exemplo, SNS) ao pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online. (CSS_21E)

Sinto-me mais ansioso ou angustiado depois de pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online. (CSS_22D)

Perco o apetite depois de pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online, pois o meu estômago sente-se enjoado.
(CSS_23D)

Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online interrompe as minhas atividades de trabalho offline.
(CSS_25C)

Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online leva-me a consultar outros especialistas médicos (por exemplo, consultores).
(CSS_26R)

Discutir informações online sobre uma condição médica percebida com o meu médico tranquiliza-me.
(CSS_27R)

Confio mais no diagnóstico do meu médico de família / profissional de saúde do que no meu autodiagnóstico online.
(CSS_28Mr)

Acho difícil parar de me preocupar com sintomas ou condições médicas percebidas que pesquisei online.
(CSS_29D)

Ao pesquisar sintomas ou condições médicas online, visito quer sites confiáveis, quer fóruns dirigidos para utilizadores. (CSS_30E)

Tenho dificuldade para dormir depois de pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online, pois os resultados ficam na minha cabeça. (CSS_31D)

Eu dou por mim a pensar: “Eu não teria ido ao médico se não tivesse lido online sobre aquele sintoma/condição”. (CSS_32R)

Quando o meu médico de família / profissional de saúde dispensa a minha pesquisa médica online, paro de me preocupar com isso. (CSS_33Mr)

Somatic Symptom Scale – 8 (SSS-8)

Durante os últimos 7 dias, quão incomodado(a) foi por qualquer um dos seguintes problemas?

	De modo nenhum (0)	Um pouco (1)	De algum modo (2)	Bastante (3)	Muito (4)
Problemas de estômago ou intestinos (SSS8_1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dores de costas (SSS8_2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dores nos seus braços, pernas ou articulações (SSS8_3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dores de cabeça (SSS8_4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dor no peito ou respiração encurtada (SSS8_5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tonturas (SSS8_6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-me cansado/a ou ter pouca energia (SSS8_7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas em dormir (SSS8_8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionário de Crenças em Saúde Mental (QCSM)

Por favor, responda de acordo com o seu grau de concordância às seguintes questões:

Sinto que tenho maior probabilidade...

	Discordo Fortemente 1 (1)	2 (2)	Não concordo nem discordo 3 (3)	4 (4)	Concordo Fortemente 5 (5)
...do que a média das pessoas, de ter ou de vir a ter problemas psicológicos ou de saúde mental. (QCSM_1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...de ter ou vir a ter problemas psicológicos ou de saúde mental no futuro, porque estou frequentemente a pesquisar sobre o assunto. (QCSM_2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...de um dia vir a ter um problema psicológico ou de saúde mental, comparativamente com pessoas do mesmo sexo. (QCSM_3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...de um dia vir a ter um problema psicológico ou de saúde mental, comparativamente com pessoas da mesma idade. (QCSM_4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...

	Discordo Fortemente 1 (1)	2 (2)	Não concordo nem discordo 3 (3)	4 (4)	Concordo Fortemente 5 (5)
...isso vai ter um impacto muito negativo na minha vida. (QSCM_5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...o mesmo vai impedir-me de fazer coisas importantes na minha vida. (QSCM_6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...o meu relacionamento com familiares ou amigos vai piorar. (QSCM_7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...não viverei tanto quanto uma pessoa comum. (QSCM_8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...a minha vida profissional irá sofrer perdas significativas. (QSCM_9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...serei capaz de recorrer a ajuda de um profissional de saúde mental. (QSCM_10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...saberei a quem recorrer para me ajudar. (QSCM_11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...serei capaz de cumprir a intervenção / tratamento proposto pelo profissional de saúde. (QSCM_12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...terei benefícios em ter acompanhamento por um profissional de saúde mental. (QSCM_13)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>...e tiver acompanhamento por um profissional de saúde mental, a minha vida irá melhorar. (QSCM_14)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>...e obtiver ajuda profissional para o gerir, evitarei grandes problemas com familiares e amigos. (QSCM_15)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>...poderei sentir embaraço por procurar ajuda. (QSCM_16)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>...poderei não ter dinheiro suficiente para o tratar com um profissional de saúde mental. (QSCM_17)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>...poderá demorar muito tempo até obter a ajuda necessária. (QSCM_18)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>...poderá demorar muito tempo até o problema melhorar significativamente. (QSCM_19)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>...os profissionais de saúde não me irão entender. (QSCM_20)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>...as pessoas irão olhar para mim de forma diferente. (QSCM_21)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>...sei que me vai ser difícil procurar ajuda. (QSCM_22)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>...terei de aceitar que não haverá nada que eu possa fazer. (QSCM_23)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

...e ler ou vir algo relacionado nas redes sociais sobre o assunto, irei procurar ajudar de um profissional de saúde mental.
(QSCM_24)

...e o meu médico recomendar, eu procurarei ajuda de um profissional de saúde mental.
(QSCM_25)

...e um *influencer* ou famoso recomendar, eu procurarei ajuda de um profissional de saúde mental.
(QSCM_26)

...procurarei ajuda de um profissional de saúde mental se um amigo ou familiar me sugerirem.
(QSCM_27)

...e decorrente disso surgirem problemas académicos ou profissionais, irei procurar ajuda de um profissional de saúde mental.
(QSCM_28)

...e decorrente disso surgirem problemas sociais (por exemplo, perder ou afastar-me de amigos), irei procurar ajuda de um profissional de saúde mental.
(QSCM_29)

...e se isso causar grande sofrimento físico, eu irei procurar um profissional de saúde mental.
(QSCM_30)

...e se isso causar grande sofrimento emocional, eu irei procurar um profissional de saúde mental.
(QSCM_31)

...posso contar com a minha família para me ajudar a procurar tratamento / gerir o problema.
(QSCM_32)

...acredito que os meus amigos me vão ajudar.
(QSCM_33)

...sei que posso contar com algum professor / minha chefia para me ajudar na gestão do tratamento / doença,
(QSCM_34)

...sei que posso contar com o apoio de um profissional de saúde mental.
(QSCM_35)

Anexo E- Propriedades Psicométricas da Escala SSS-8

Tabela 1

Estatísticas descritivas e coeficientes de assimetria e curtose dos itens do SSS-8

Item	Min	Max	M	DP	Sk	Ku
[1. Problemas de estômago ou intestinos]	0	4	,98	1,178	,983	-,114
[2. Dores de costas]	0	4	1,26	1,174	,667	-,537
[3. Dores nos seus braços, pernas ou articulações]	0	4	,63	,945	1,394	,966
[4. Dores de cabeça]	0	4	1,16	1,186	,856	-,168
[5. Dor no peito ou respiração encurtada]	0	4	,49	,915	1,939	3,135
[6. Tonturas]	0	4	,43	,860	2,398	5,799
[7. Sentir-me cansada/o ou ter pouca energia]	0	4	1,63	1,252	,344	-,986
[8. Problemas em dormir]	0	4	1,15	1,250	,857	-,374

Tabela 2

Pesos fatoriais padronizados e fiabilidade individual dos itens do SSS-8

Item	λ	r^2
SSS_1	0,469	0,219961
SSS_2	0,533	0,284089
SSS_3	0,504	0,254016
SSS_4	0,628	0,394384
SSS_5	0,554	0,306916
SSS_6	0,635	0,403225
SSS_7	0,679	0,461041
SSS_8	0,588	0,345744

Anexo F- Propriedades Psicométricas da Escala CSS

Tabela 3

Estatísticas descritivas e coeficientes de assimetria e curtose dos itens do CSS

Item	Min	Max	M	DP	Sk	Ku
1. Se eu notar uma sensação (física ou mental) inexplicável, irei procurá-la na internet.	1	5	3,07	,976	-,106	-,373
2. Pesquiso os mesmos sintomas na internet mais que uma vez.	1	5	2,57	1,060	,371	-,405
3. Pesquisar na internet sobre sintomas ou condições médicas percebidas interrompe o meu tempo gasto no Facebook/Twitter/outras redes sociais	1	5	1,93	1,015	,974	,378
4. Pesquisar na internet sobre sintomas ou condições médicas percebidas, leva-me a consultar o meu médico (de família, psiquiatra ou outro).	1	5	2,49	1,027	,197	-,673
5. Tenho dificuldade em relaxar depois de pesquisar na internet sobre sintomas ou condições médicas percebidas.	1	5	2,14	1,087	,829	,031
6. Pesquisar na internet sobre sintomas ou condições médicas percebidas, interrompe outras pesquisas (por exemplo, para o meu emprego / trabalho da faculdade / trabalho de casa).	1	5	1,77	,913	1,114	,754
7. Fico mais facilmente enervado/a ou irritado/a depois de pesquisar na internet sobre sintomas ou condições médicas percebidas.	1	5	1,81	,978	1,224	1,133

8. Pesquisar na internet sobre sintomas ou condições médicas percebidas, interrompe as minhas atividades de lazer online (por exemplo, assistir a filmes).	1	5	1,77	,912	1,019	,333
9. Levo a opinião do meu médico ou profissional de saúde mais a sério do que a minha pesquisa médica na internet.	1	5	4,58	,803	-2,437	6,673
10. Começo a entrar em pânico quando leio na internet que um sintoma que tenho é encontrado num problema de saúde raro/grave.	1	5	2,17	1,124	,804	-,095
11. Ao pesquisar sobre sintomas ou condições médicas na internet, visito fóruns onde indivíduos diagnosticados ou preocupados discutem as suas condições médicas, sintomas e experiências.	1	5	1,79	,984	1,028	,140
12. Pesquisar na internet sobre sintomas ou condições médicas percebidas, interrompe o meu trabalho (por exemplo, escrever e-mails, trabalhar em documentos do Word ou folhas de cálculo).	1	5	1,55	,812	1,451	1,734
13. Leio diferentes páginas da internet sobre a mesma condição médica percebida ou sintoma.	1	5	2,91	1,144	,029	-,708
14. Pesquisar na internet sobre os sintomas ou condições médicas percebidas, interrompe as minhas atividades sociais presenciais (reduz o tempo passado com amigos / família).	1	5	1,36	,704	2,099	4,167

15. Discuto as descobertas médicas que fiz na internet com o meu médico de família / profissional de saúde.	1	5	2,09	1,106	,742	-,276
16. Sugiro ao meu médico/profissional de saúde que posso precisar de um procedimento diagnóstico sobre o qual eu li na internet (por exemplo, uma biópsia/exame de sangue específico).	1	5	1,49	,816	1,727	2,666
17. Pesquisar sobre sintomas ou condições médicas percebidas na internet distrai-me da leitura online de notícias, entretenimento ou desportos.	1	5	1,49	,790	1,599	2,076
18. Leio as mesmas páginas da internet sobre uma condição percebida ou sintoma, em mais de uma ocasião.	1	5	1,99	,992	,714	-,268
19. Quando pesquiso um sintoma na internet, sinto que a classificação dos resultados da pesquisa na internet reflete o quão comum é uma doença, com condições médicas mais prováveis a aparecer mais acima na página de resultados.	1	5	2,15	1,079	,456	-,826
20. Acho que estou bem até ler sobre um problema de saúde sério na internet.	1	5	1,73	,926	1,305	1,331
21. Eu visito fontes confiáveis (por exemplo, https://www.sns24.gov.pt) ao pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online.	1	5	3,67	1,123	-,739	-,072
22. Sinto-me mais ansioso/a ou angustiado/a depois de pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online.	1	5	2,20	1,100	,666	-,296

23. Perco o apetite depois de pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas online, pois fico enjoado/a.	1	5	1,44	,823	2,096	4,213
24. Pesquisar na internet sobre os sintomas ou condições médicas percebidas interrompe ou torna mais lenta a minha comunicação on-line (por exemplo, mensagens instantâneas, Skype).	1	5	1,42	,765	1,966	3,887
25. Pesquisar na internet sobre os sintomas ou condições médicas percebidas interrompe as minhas atividades de trabalho fora da internet (offline).	1	5	1,46	,735	1,524	1,741
26. Pesquisar na internet sobre sintomas ou condições médicas percebidas leva-me a consultar outros especialistas médicos.	1	5	2,21	1,099	,431	-,827
27. Discutir informações da internet com meu médico, sobre um problema de saúde, tranquiliza-me.	1	5	2,88	1,437	,005	-1,339
28. Confio mais no diagnóstico do meu médico de família / profissional de saúde do que no meu autodiagnóstico realizado na internet.	1	5	4,57	,837	-2,493	6,742
29. Acho difícil parar de me preocupar com sintomas ou condições médicas percebidas sobre as quais pesquisei na internet.	1	5	1,98	1,064	,886	,002
30. Ao pesquisar sintomas ou condições médicas na internet, visito quer sites confiáveis, quer fóruns dirigidos a utilizadores.	1	5	2,74	1,221	,093	-,981

31. Tenho dificuldade em dormir depois de pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet, pois os resultados ficam a repetir-se na minha cabeça.	1	5	1,65	,922	1,360	1,107
32. Eu dou por mim a pensar: “Eu não teria ido ao médico se não tivesse lido sobre aquele sintoma/condição na internet”.	1	5	1,69	,951	1,276	,953
33. Quando o meu médico de família / profissional de saúde dispensa a minha pesquisa médica online, paro de me preocupar com isso.	1	5	3,60	1,416	-,638	-,910

Tabela 4

Pesos fatoriais padronizados e fiabilidade individual dos itens do CSS

Item	Modelo Original		Modelo Final	
	λ	r^2	λ	r^2
Compulsão	0,711	0,505521	0,711	0,505521
CSS3	0,878	0,770884	0,878	0,770884
CSS6	0,877	0,769129	0,877	0,769129
CSS8	0,914	0,835396	0,914	0,835396
CSS12	0,804	0,646416	0,804	0,646416
CSS14	0,866	0,749956	0,866	0,749956
CSS17	0,849	0,720801	0,849	0,720801
CSS24	0,867	0,751689	0,867	0,751689
CSS25	0,711	0,505521	0,711	0,505521
Sofrimento				
CSS5	0,864	0,746496	0,864	0,746496
CSS7	0,843	0,710649	0,843	0,710649
CSS10	0,853	0,727609	0,853	0,727609
CSS20	0,761	0,579121	0,761	0,579121
CSS22	0,891	0,793881	0,891	0,793881
CSS23	0,857	0,734449	0,857	0,734449
CSS29	0,873	0,762129	0,873	0,762129
CSS31	0,875	0,765625	0,875	0,765625
Excessividade				
CSS1	0,689	0,474721	0,686	0,470596
CSS2	0,791	0,625681	0,79	0,6241
CSS11	0,669	0,447561	0,669	0,447561
CSS13	0,706	0,498436	0,702	0,492804
CSS18	0,915	0,837225	0,914	0,835396

CSS19	0,601	0,361201	0,6	0,36
CSS21	0,117	0,013689	-	-
CSS30	0,458	0,209764	0,455	0,207025
Reconfirmação				
CSS4	0,715	0,511225	0,715	0,511225
CSS15	0,666	0,443556	0,666	0,443556
CSS16	0,724	0,524176	0,724	0,524176
CSS26	0,746	0,556516	0,745	0,555025
CSS27	0,544	0,295936	0,544	0,295936
CSS32	0,783	0,613089	0,785	0,616225
Desconfiança do médico				
CSS9	0,793	0,628849	0,793	0,628849
CSS28	0,987	0,974169	0,988	0,976144
CSS33	0,454	0,206116	0,454	0,206116

Tabela 5

Validade Discriminante do CSS (quadrado das correlações entre fatores; VEM a negrito)

	CM	SF	EX	RE	DS
CM	0,718847				
SF	0,561	0,727531			
EX	0,475	0,475	0,49085		
RE	0,33	0,471	0,503	0,490874	
DS	0,137	0,099	0,115	0,08	0,603358

Anexo G

Propriedades Psicométricas da Escala QCSM

Tabela 6

Estatísticas descritivas e coeficientes de assimetria e curtose dos itens do QCSM

Item	Min	Max	M	DP	Sk	Ku
[1. ...do que a média das pessoas, de ter ou de vir a ter problemas psicológicos ou de saúde mental.] Sinto que tenho maior probabilidade...	1	5	2,77	1,200	,052	-1,019
[2. ...de ter ou de vir a ter problemas psicológicos ou de saúde mental no futuro, porque estou frequentemente a pesquisar sobre o assunto.] Sinto que tenho maior probabilidade...	1	5	1,85	,919	,949	,273
[3....de um dia vir a ter um problema psicológico ou de saúde mental, comparativamente com pessoas do mesmo sexo.] Sinto que tenho maior probabilidade...	1	5	2,38	1,115	,423	-,716
[4. ...de um dia vir a ter um problema psicológico ou de saúde mental, comparativamente com pessoas da mesma idade.] Sinto que tenho maior probabilidade...	1	5	2,52	1,166	,243	-,998
[5. ...isso vai ter um impacto muito negativo na minha vida.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	3,27	,970	-,350	-,633
[6. ...o mesmo vai impedir-me de fazer coisas importantes na minha vida.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	3,02	1,033	-,174	-,921

[7. ... o meu relacionamento com familiares ou amigos vai piorar.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	2,83	1,013	-,060	-,768
[8. ...não viverei tanto quanto uma pessoa comum.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	2,49	1,099	,343	-,771
[9. ...a minha vida profissional irá sofrer perdas significativas.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	3,10	1,058	-,214	-,775
[10. ...serei capaz de recorrer a ajuda de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	4,39	,894	-1,813	3,508
[11. ...saberei a quem recorrer para me ajudar.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	4,32	,862	-1,539	2,746
[12. ...serei capaz de cumprir a intervenção / tratamento proposto pelo profissional de saúde.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	4,31	,782	-1,268	2,256
[13. ... terei benefícios em ter acompanhamento por um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	4,56	,697	-1,783	3,859

[14. ...e tiver acompanhamento por um profissional de saúde mental, a minha vida irá melhorar.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	4,47	,731	-1,404	2,048
[15. ...e obtiver ajuda profissional para o gerir, evitarei grandes problemas com familiares e amigos.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	4,19	,843	-,831	,280
[16. ...poderei sentir embaraço/vergonha por procurar ajuda.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	2,01	1,145	,892	-,304
[17. ...poderei não ter dinheiro suficiente para o tratar com um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	3,17	1,124	-,310	-,729
[18. ...poderá demorar muito tempo até obter a ajuda necessária.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	2,89	1,126	-,078	-,983
[19. ...poderá demorar muito tempo até o problema melhorar significativamente.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	3,44	,939	-,533	-,043
[20. ...os profissionais de saúde não me irão entender.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	1,91	,934	,902	,361

[21. ...as pessoas irão olhar para mim de forma diferente.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	2,51	1,122	,204	-1,060
[22. ...sei que me vai ser difícil procurar ajuda.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	2,20	1,143	,705	-,503
[23. ...terei de aceitar que não haverá nada que eu possa fazer.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	1,90	1,066	1,036	,223
[24. ...e ler ou vir algo relacionado nas redes sociais sobre o assunto, irei procurar ajudar de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	3,34	1,007	-,415	-,107
[25. ...e o meu médico recomendar, eu procurarei ajuda de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	4,32	,745	-1,223	2,245
[26. ...e um influencer e/ou famoso recomendar, eu procurarei ajuda de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	2,22	1,037	,421	-,546
[27. ...procurarei ajuda de um profissional de saúde mental se um amigo ou familiar me sugerirem.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	3,83	,876	-,787	,785

<p>[28. ...e decorrente disso surgirem problemas acadêmicos ou profissionais, irei procurar ajuda de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...</p>	1	5	4,18	,779	-,977	1,488
<p>[29. ...e decorrente disso surgirem problemas sociais (por exemplo, perder ou afastar-me de amigos), irei procurar ajuda de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...</p>	1	5	4,05	,875	-,980	1,242
<p>[30. ...e se isso causar grande sofrimento físico, eu irei procurar um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...</p>	1	5	4,23	,812	-1,073	1,353
<p>[31. ...e se isso causar grande sofrimento emocional, eu irei procurar um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...</p>	1	5	4,34	,747	-1,216	2,215
<p>[32. ...posso contar com a minha família para me ajudar a procurar tratamento / gerir o problema.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...</p>	1	5	4,04	1,052	-1,101	,644

[33. ...acredito que os meus amigos me vão ajudar.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	4,15	,844	-1,042	1,335
[34. ...sei que posso contar com algum professor / minha chefia para me ajudar na gestão do tratamento / doença.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	3,17	1,126	-,145	-,616
[35. ...sei que posso contar com o apoio de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	1	5	4,36	,763	-1,244	1,878

Tabela 7

Análise Fatorial Exploratória do QCSM (Análise de Componentes Principais, rotação Varimax, critério de Kaiser-Guttman)

	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
[13. ... terei benefícios em ter acompanhamento por um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,806	,237	-,018	,036	-,073	,028	,135	-,094
[14. ...e tiver acompanhamento por um profissional de saúde mental, a minha vida irá melhorar.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,794	,242	-,071	-,005	-,116	,053	,168	-,051

[12. ...serei capaz de cumprir a intervenção / tratamento proposto pelo profissional de saúde.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,729	,231	-,041	-,073	-,140	-,163	,067	,084
[11. ...saberei a quem recorrer para me ajudar.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,682	,190	-,031	,012	-,309	-,107	,047	,120
[10. ...serei capaz de recorrer a ajuda de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,674	,280	,071	-,032	-,230	-,120	,017	,107
[15. ...e obtiver ajuda profissional para o gerir, evitarei grandes problemas com familiares e amigos.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,661	,152	,019	-,069	-,121	,151	,119	,092
[25. ...e o meu médico recomendar, eu procurarei ajuda de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,544	,534	-,058	,039	-,012	-,081	,106	,099
[35. ...sei que posso contar com o apoio de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,543	,490	-,079	-,026	-,199	-,080	,313	-,071

[30. ...e se isso causar grande sofrimento físico, eu irei procurar um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,302	,780	,041	-,006	-,109	,050	,100	-,015
[29. ...e decorrente disso surgirem problemas sociais (por exemplo, perder ou afastar-me de amigos), irei procurar ajuda de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,275	,749	,000	,026	-,159	,048	,125	,155
[28. ...e decorrente disso surgirem problemas acadêmicos ou profissionais, irei procurar ajuda de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,331	,722	,045	,044	-,030	-,028	,150	,102
[31. ...e se isso causar grande sofrimento emocional, eu irei procurar um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,401	,713	,013	,020	-,221	-,049	,043	,009

[6. ...o mesmo vai impedir-me de fazer coisas importantes na minha vida.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,017	-,005	,813	,112	,107	,109	-,048	-,082
[9. ...a minha vida profissional irá sofrer perdas significativas.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,009	,083	,791	-,001	,121	,022	,046	,030
[5. ...isso vai ter um impacto muito negativo na minha vida.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,044	-,001	,758	,141	,062	,039	-,006	-,022
[7. ... o meu relacionamento com familiares ou amigos vai piorar.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,009	-,009	,704	,074	,027	,216	-,043	-,003
[8. ...não viverei tanto quanto uma pessoa comum.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,129	-,054	,675	,130	,171	,044	-,070	,053
[4. ...de um dia vir a ter um problema psicológico ou de saúde mental, comparativamente com pessoas da mesma idade.] Sinto que tenho maior probabilidade...	-,026	,043	,172	,897	,045	,102	-,009	-,067

[3....de um dia vir a ter um problema psicológico ou de saúde mental, comparativamente com pessoas do mesmo sexo.] Sinto que tenho maior probabilidade...	-,073	,012	,149	,895	,023	,052	-,011	,003
[1. ...do que a média das pessoas, de ter ou de vir a ter problemas psicológicos ou de saúde mental.] Sinto que tenho maior probabilidade...	,002	,164	,070	,831	,042	,179	-,122	-,068
[2. ...de ter ou de vir a ter problemas psicológicos ou de saúde mental no futuro, porque estou frequentemente a pesquisar sobre o assunto.] Sinto que tenho maior probabilidade...	,012	-,170	,081	,643	,169	-,040	-,065	,178
[23. ...terei de aceitar que não haverá nada que eu possa fazer.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,169	-,128	,098	,063	,660	-,035	-,133	,153
[21. ...as pessoas irão olhar para mim de forma diferente.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,146	,072	,290	,011	,626	,045	-,193	,015
[22. ...sei que me vai ser difícil procurar ajuda.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,325	-,181	,061	,072	,617	,340	-,012	-,060

[16. ...poderei sentir embaraço/vergonha por procurar ajuda.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,198	-,301	,120	,125	,606	,294	,054	-,034
[20. ...os profissionais de saúde não me irão entender.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,312	-,224	,174	,164	,535	,226	-,063	-,008
[17. ...poderei não ter dinheiro suficiente para o tratar com um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,068	-,037	,098	,071	,000	,781	-,124	,130
[18. ...poderá demorar muito tempo até obter a ajuda necessária.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,132	-,058	,213	,082	,373	,665	-,019	,029
[19. ...poderá demorar muito tempo até o problema melhorar significativamente.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,055	,170	,254	,181	,291	,556	-,024	-,026
[34. ...sei que posso contar com algum professor / minha chefia para me ajudar na gestão do tratamento / doença.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,065	,065	,011	-,058	-,231	-,007	,711	,177

[32. ...posso contar com a minha família para me ajudar a procurar tratamento / gerir o problema.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,250	,185	-,053	-,069	,077	-,223	,679	-,037
[33. ...acredito que os meus amigos me vão ajudar.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,320	,306	-,114	-,111	-,154	,024	,647	,005
[26. ...e um influencer e/ou famoso recomendar, eu procurarei ajuda de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,063	-,068	,018	,045	-,034	,113	,053	,801
[24. ...e ler ou vir algo relacionado nas redes sociais sobre o assunto, irei procurar ajudar de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,157	,256	-,067	,003	,142	,005	,014	,719
[27. ...procurarei ajuda de um profissional de saúde mental se um amigo ou familiar me sugerirem.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,285	,412	,031	-,054	-,004	-,001	,182	,451
Valores Próprios	9,070	4,555	2,217	1,859	1,362	1,238	1,145	1,016
Variância (%)	13,768	10,569	9,102	8,295	7,457	5,400	5,021	4,561

Tabela 8

Análise Fatorial Exploratória do QCSM (Análise de Componentes Principais, rotação Varimax, extração forçada a 7 fatores)

Itens	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
[14. ...e tiver acompanhamento por um profissional de saúde mental, a minha vida irá melhorar.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,752	,333	-,030	-,066	-,010	,182	-,044
[13. ... terei benefícios em ter acompanhamento por um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,742	,336	-,019	-,011	,028	,154	-,086
[11. ...saberei a quem recorrer para me ajudar.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,670	,260	-,285	-,026	,014	,062	,120
[15. ...e obtiver ajuda profissional para o gerir, evitarei grandes problemas com familiares e amigos.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,667	,219	,036	,019	-,069	,118	,099
[12. ...serei capaz de cumprir a intervenção / tratamento proposto pelo profissional de saúde.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,640	,329	-,215	-,028	-,080	,100	,089

[10. ...serei capaz de recorrer a ajuda de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,627	,356	-,244	,079	-,033	,038	,108
[30. ...e se isso causar grande sofrimento físico, eu irei procurar um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,266	,791	-,042	,038	-,005	,090	-,025
[29. ...e decorrente disso surgirem problemas sociais (por exemplo, perder ou afastar-me de amigos), irei procurar ajuda de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,258	,754	-,079	-,004	,030	,111	,143
[28. ...e decorrente disso surgirem problemas acadêmicos ou profissionais, irei procurar ajuda de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,248	,754	-,046	,047	,040	,155	,095
[31. ...e se isso causar grande sofrimento emocional, eu irei procurar um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,368	,736	-,190	,013	,022	,041	-,001

[25. ...e o meu médico recomendar, eu procurarei ajuda de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,431	,608	-,073	-,049	,031	,128	,099
[35. ...sei que posso contar com o apoio de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,501	,539	-,185	-,076	-,027	,321	-,075
[18. ...poderá demorar muito tempo até obter a ajuda necessária.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,051	-,085	,747	,197	,081	-,068	,040
[22. ...sei que me vai ser difícil procurar ajuda.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,386	-,183	,666	,060	,057	-,018	-,046
[16. ...poderei sentir embaraço/vergonha por procurar ajuda.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,271	-,279	,630	,122	,108	,058	-,017
[19. ...poderá demorar muito tempo até o problema melhorar significativamente.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,002	,149	,610	,239	,180	-,067	-,020
[17. ...poderei não ter dinheiro suficiente para o tratar com um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,279	-,083	,581	,071	,084	-,201	,136

[20. ...os profissionais de saúde não me irão entender.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,378	-,222	,527	,175	,150	-,060	,004
[21. ...as pessoas irão olhar para mim de forma diferente.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,331	,116	,441	,304	-,011	-,162	,027
[23. ...terei de aceitar que não haverá nada que eu possa fazer.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,372	-,071	,405	,115	,038	-,090	,169
[6. ...o mesmo vai impedir-me de fazer coisas importantes na minha vida.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,016	-,008	,162	,811	,112	-,050	-,082
[9. ...a minha vida profissional irá sofrer perdas significativas.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,027	,089	,104	,792	-,003	,053	,030
[5. ...isso vai ter um impacto muito negativo na minha vida.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,034	,005	,081	,757	,142	-,003	-,022
[7. ... o meu relacionamento com familiares ou amigos vai piorar.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,063	-,024	,187	,696	,079	-,061	-,003

[8. ...não viverei tanto quanto uma pessoa comum.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,155	-,058	,151	,676	,129	-,066	,054
[4. ...de um dia vir a ter um problema psicológico ou de saúde mental, comparativamente com pessoas da mesma idade.] Sinto que tenho maior probabilidade...	-,017	,042	,121	,167	,896	-,016	-,071
[3....de um dia vir a ter um problema psicológico ou de saúde mental, comparativamente com pessoas do mesmo sexo.] Sinto que tenho maior probabilidade...	-,065	,008	,067	,144	,895	-,015	-,002
[1. ...do que a média das pessoas, de ter ou de vir a ter problemas psicológicos ou de saúde mental.] Sinto que tenho maior probabilidade...	,020	,160	,169	,063	,830	-,137	-,072
[2. ...de ter ou de vir a ter problemas psicológicos ou de saúde mental no futuro, porque estou frequentemente a pesquisar sobre o assunto.] Sinto que tenho maior probabilidade...	-,050	-,135	,089	,087	,636	-,046	,182
[32. ...posso contar com a minha família para me ajudar a procurar tratamento / gerir o problema.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,135	,235	-,094	-,045	-,078	,709	-,036

[34. ...sei que posso contar com algum professor / minha chefia para me ajudar na gestão do tratamento / doença.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,137	,043	-,137	,001	-,046	,693	,169
[33. ...acredito que os meus amigos me vão ajudar.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,332	,321	-,067	-,120	-,107	,638	,001
[26. ...e um influencer e/ou famoso recomendar, eu procurarei ajuda de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	-,017	-,080	,048	,013	,054	,039	,800
[24. ...e ler ou vir algo relacionado nas redes sociais sobre o assunto, irei procurar ajudar de um profissional de saúde mental.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,069	,297	,078	-,061	-,002	,026	,721
[27. ...procurarei ajuda de um profissional de saúde mental se um amigo ou familiar me sugerirem.] Se eu tiver um problema psicológico ou de saúde mental no futuro...	,226	,447	-,013	,034	-,055	,187	,449
Valores Próprios	9,070	4,555	2,217	1,859	1,362	1,238	1,145
Variância (%)	12,905	12,188	9,194	9,033	8,238	5,154	4,561